



Cómo Compartimos el Coste de Servicios

Esta publicación fue preparada por la
Oficina de Asuntos Públicos del
Departamento de Salud del Estado de Misuri

Documento revisado: Agosto de 2013



STATE OF MISSOURI
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

1706 EAST ELM STREET
P.O. BOX 887
JEFFERSON CITY, MISSOURI 65102
(573) 751-4122
(573) 526-1201 TTY
www.dmh.mo.gov

Febrero de 2013

Estimados clientes de los Servicios del Departamento:

Cada año, el Departamento de Salud Mental presta servicios a más de 100,000 habitantes de Misuri y a sus familias. A través de las instalaciones operadas por el estado y los programas subcontratados, el Departamento ayuda a personas con enfermedades mentales, con discapacidades de desarrollo y con problemas de abuso de alcohol y drogadicción. Asimismo; provee servicios a las personas que son apostadores compulsivos .

El objetivo de este folleto es explicar la manera en que el Departamento cobra a sus clientes por los servicios. Las preguntas que no se respondan en este folleto deberán dirigirse al encargado de reembolsos en las Oficinas de Administración del Departamento. El número de teléfono es 573-751-3398.

Atentamente,

Keith Schafer
Director

(E) ¿Algún otro miembro de su casa está recibiendo servicios a través de (por parte de) DMH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si dos o más miembros de la casa reciben servicios en el mismo mes, el proveedor no cargará más que la cantidad determinada para un beneficiario.						
(F) ¿Alguna otra persona recibe los cheques del estado del cliente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre:		Dirección:		Telf.:		
Ciudad:		Estado / Código postal:				
(G) Nombre de los padres o del cónyuge, según aplique						
NOMBRES		PARENTESCO CON EL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCIÓN	NO. SEGURO SOCIAL	¿VETERANO?
PRIMER NOMBRE	2º NOMBRE APELLIDO					SÍ
Las secciones de H a J deberán omitirse si el cliente no es paciente a largo plazo.						
(H) ¿Posee el cliente y/o su cónyuge bienes personales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
DESCRIPCIÓN	SÍ	NO	A NOMBRE DE QUIÉN	LOCALIDAD	VALOR	
Bonos						
Equipo de negocios						
Efectivo						
Cuenta corriente						
Equipo de agricultura						
Granos o productos agrícolas						
Ganado						
Maquinaria de agricultura						
Préstamos (Sin colateral)						
Casa móvil						
Hipoteca que se le adeuda						
Pagarés que se le adeudan						
Reclamaciones en tribunal de testamentaria						
Cuenta de ahorros						
Acciones						
Certificados de depósito negociable						
Fondos de cuenta de fideicomiso						
Otra fuente						
(I) ¿Posee el cliente y/o su cónyuge bienes personales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
DESCRIPCIÓN Y UBICACIÓN DE LOS BIENES PERSONALES	¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ LA ESCRITURA?		¿QUIÉN TIENE LA HIPOTECA?	VALOR ACTUAL	CANTIDAD ADEUDADA	
(J) ¿Tiene el cliente un seguro de vida y/o un plan prepago de servicios funerarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	TIPO	NO. PÓLIZA	VALOR NOMINAL	PRIMA	¿CON CUANTA FRECUENCIA SE PAGA?	
	Servicios Funerarios					
	Vida					
(K) Comentarios						
(L) Certificación						
Por el presente certifico que no he retenido intencionalmente información sobre los ingresos u otros recursos económicos y que las cantidades que he declarado son exactas y verdaderas a mi leal saber y entender.						
FIRMA						
PARENTESCO CON EL CLIENTE					FECHA	
FIRMA DEL ENTREVISTADOR/A					FECHA	

MO 650-0216 (12-93)

ESTADO DE MISURI
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
CUESTIONARIO DEL CRITERIO DE INVESTIGACIÓN DE MEDIOS ECONÓMICOS

INSTALACIÓN		FECHA	FECHA NACIMIENTO DEL CLIENTE:		NO. SEGURO SOCIAL DEL CLIENTE:							
APELLIDO DEL CLIENTE		NOMBRE	2º NOMBRE		NO. DE CASO	FECHA DE INGRESO	NO. DE MEDICARE					
NO. DE MEDICAID		SI EN EDAD ESCOLAR, NOMBRE DEL DISTRITO ESCOLAR			NO. DE PERSONAS EN LA CASA	SI ES VETERANO, FECHAS DE SERVICIO						
RAMA DE SERVICIO		NUMERO DE SERVICIO		DIRECCION ANTERIOR (SI CAMBIO EN LOS ULTIMOS 6 MESES)								
NOMBRE DE LA PERSONA A FACTURAR		DOMICILIO		CIUDAD-ESTADO-COD. POSTAL		TELÉFONO						
(A) ¿Tiene el cliente seguro médico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>												
PERSONA ASEGURADA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPANIA DE SEGUROS				NO. PÓLIZA/GRUPO						
		Nombre:		TEL.								
		Dirección:										
		Nombre:		TEL.								
		Dirección:										
(B) ¿Trabaja el cliente o la persona responsable de pagar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>												
NOMBRE DE LA PERSONA EMPLEADA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR										
		Nombre:		Tel.								
		Dirección:										
		Nombre:		Tel.								
		Dirección:										
(C) Ingresos												
LINEA NO.		FUENTES DE INGRESOS		INGRESOS DEL CLIENTE		INGRESOS DEL CÓNYUGE O PADRES						
				SI	NO	CANTIDAD	PERIODO DE PAGO	SI	NO	CANTIDAD	PERIODO DE PAGO	
1		Estipendio de las Fuerzas Armadas										
2		Pensionados / Inquilinos (Ingreso tributable)					Mes				Mes	
3		Gratificaciones										
4		Manutención de menores										
5		Jubilación de Servicio Civil										
6		Dividendos o intereses					Mes				Mes	
7		Manutención (Pensión alimenticia)					Mes				Mes	
8		Jubilación militar					Mes				Mes	
9		Pensiones (Empresa o Sindicatos)										
10		Jubilación de Ferrovianos					Mes				Mes	
11		Alquileres (Ingreso tributable)										
12		Salario o Sueldo (Bruto)										
13		Empleo autónomo (Ingreso tributable)										
14		Seguro Social					Mes				Mes	
15		Seguridad de Ingreso Suplementario (S.S.I.)					Mes				Mes	
16		Propinas y gratificaciones										
17		Indemnización de desempleo					Semana				Semana	
18		Prestaciones para veteranos					Mes				Mes	
19		Indemnización de trabajadores					2 Semanas				2 Semanas	
20		Otra fuente										
(D) Conversión de Ingresos (Para Uso Exclusivo del Departamento de Salud Mental)												
NO. LINEA SECC. (C)	CANTIDAD	PERIODO DE PAGO	MULTIPLICADOR X	INGRESOS AL MES	NO. LINEA SECC. C	CANTIDAD	PERIODO DE PAGO	MULTIPLICADOR X	INGRESOS AL MES			
Menos: Gastos Médicos Extraordinarios					Menos: Gastos Médicos Extraordinarios							
Total Ingresos Mensuales					Total Ingresos Mensuales							
Tarifa por mes de la Tabla de Crédito de Investigación de Medios Económicos \$					Tarifa por mes de la Tabla de Crédito de Investigación de Medios Económicos \$							

MO 650-0216 (12-93)

DMH-69 (12-93)

El costo de los servicios es compartido por muchos

La atención médica y el tratamiento de personas que padecen enfermedades mentales, discapacidades de desarrollo y aquellas que tienen problemas con el abuso de sustancias son costosos. En Misuri, dicha atención médica puede costar cientos de dólares al día. Muchas familias no pueden afrontar solas el costo de dicha atención médica y tratamiento. El Departamento de Salud Mental del Estado de Misuri se encuentra aquí para ayudar.

A través de sus múltiples programas, el Departamento de Salud Mental del Estado de Misuri le presta ayuda a miles de personas. Se deben de emplear muchos recursos para poder recuperar los gastos en los que se incurre. Sin embargo, el Departamento realiza un gran esfuerzo para proveer un servicio de calidad a sus clientes, al mismo tiempo que mantiene los costos lo más bajo posible.

Por ejemplo, las prestaciones de terceras partes se aplican primero para contrarrestar los costos. Estas prestaciones pueden provenir de pólizas de seguros médicos públicos o de Medicare o Medicaid.

Si estos pagos son insuficientes, se le pide al cliente o a su familia que contribuya una porción de los costos, basándose en la capacidad de la familia para pagar por la atención prestada al cliente. Dichos cobros se determinan usando una tabla que toma en consideración el tamaño de la familia y sus ingresos.

La tabla es aplicada por cada instalación en particular; Ésta se aplica uniformemente a través de todo el estado y se revisa anualmente.

Otros fondos son recaudados cuando el cliente no tiene cónyuge o personas a su cargo y si es necesario proveer

tratamiento médico de tiempo completo, a largo plazo (hospitalización o emplazamiento). En dichos casos, los ingresos derivados del trabajo, al igual que los no derivados pueden aplicarse a los costos. Los ingresos no derivados del trabajo, entre ellos, prestaciones por incapacidad, pensiones de jubilación o retiro, son utilizados primero. Algunos ejemplos de ingresos no derivados del trabajo incluyen: pagos de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos, la Junta de Jubilación para Ferroviarios, la Comisión de Servicios Civiles y la División de Servicios para Familias. Si los ingresos no derivados del trabajo no cubren los costos, éstos se deducen de los ingresos derivados de sueldos y salarios.

No obstante, se le permite al cliente retener una parte de sus ingresos para gastos personales. El equipo profesional de planificación ha determinado la cantidad mensual de \$30 o más para el cuidado del cliente.

La ley del Estado de Misuri obliga al Departamento de Salud Mental a cobrar por los servicios que suministra y a tomar ciertas medidas para recobrar sus costos. Los cargos al cliente o a su familia, sin embargo, se mantienen a un mínimo para que los servicios sean accesibles para todo el mundo. La ley del Estado de Misuri también requiere que el estado recupere los costos de la herencia de un cliente que haya fallecido. Al compartir los costos con el cliente y su familia, el Departamento puede ofrecer mejor atención médica. Y lo más importante para el Departamento de Salud es proveer atención médica.

ESTADO DE MISURI
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
NOTIFICACIÓN DE LOS COSTOS

Se ha determinado que los cargos y el coste de _____, No. Caso. _____, un cliente de _____, quien recibe atención y tratamiento en _____ son:

- \$ _____ por mes por la atención o tratamiento, con fecha de vigencia ____/____/____. El coste real por mes varía conforme a los servicios provistos.
- \$ _____ por mes por tratamiento con fecha de vigencia ____/____/____. El coste real por mes es de \$ _____.

El cliente o la parte responsable están obligados a suministrar la información sobre el seguro. El no proveer esta información podría resultar en que los cargos se calculen al coste real. A las compañías de seguros se les facturará el coste real de los servicios suministrados.

Los cargos fueron determinados aplicando el CRITERIO DE INVESTIGACIÓN DE MEDIOS ECONÓMICOS (Sección 630.210 del Reglamento del Estado de Misuri y el Capítulo 9 del Código del Reglamento de Misuri, 10.31-011). El coste se refiere al coste real por el suministro de servicios por parte del Departamento de Salud Mental o el coste de subcontratación por la adquisición de los servicios. El coste del Departamento es calculado anualmente. Los cargos se vuelven a determinar anualmente o en cualquier momento en que se sepa que ha habido cambios en la capacidad económica del cliente (o de la persona que es responsable del cliente) para pagar.

La diferencia entre el coste de la atención y el tratamiento y las cantidades que se recaudan como pago pueden constituir una reclamación de reembolso por parte del Departamento de Salud Mental (Sección 473.398, Reglamento del Estado de Misuri) contra la herencia del cliente a su muerte.

Si tiene alguna pregunta sobre el coste de la atención médica y la cantidad que se carga, comuníquese con la instalación que emitió esta notificación.

FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA ECONÓMICAMENTE RESPONSABLE X	TESTIGO	FECHA
<input type="checkbox"/>	TESTIGO	FECHA
El cliente o la persona económicamente responsable se negó a firmar esta notificación en mi presencia:		
<input type="checkbox"/>	FECHA	FIRMA
Esta notificación se envió por correo el día _____		

MO 650-0215 (12-93)
(Rev. 12-93)

DISTRIBUTION: WHITE – CLIENT FILE CANARY – CLIENT

DMH-8004

Para información acerca de programas comunitarios que prestan servicios a personas con problema de abuso de alcohol o drogas y a sus familias:

Paseo Clinic
2600 E. 12th St.
Kansas City, MO 64127
TEL. (816) 482-5770
FAX (816) 482-5774

St. Louis Psychiatric
Rehabilitation Center
Dome Building
5400 Arsenal
Mail Stop A-419, 4th Floor
St. Louis, MO 63112
TEL. (314) 877-0370
FAX (314) 877-0392

Departamento de Salud Mental
1706 E. Elm St.
Jefferson City, MO 65101
TEL. (573) 751-8090
FAX (573) 751-7814

La dirección de la Oficina Central del Departamento de Salud Mental de Jefferson City es:

Department of Mental Health
1706 E. Elm St.
P.O. Box 687
Jefferson City, MO 65102
TEL. (573) 751-4122
FAX (573) 751-8224
<http://www.dmh.mo.gov>

El Departamento de Salud Mental no niega empleo o servicios debido a la raza, sexo, credo, estado civil, origen nacional, discapacidad o edad de los solicitantes o empleados.

En las páginas que siguen hay ejemplos de los formularios que se utilizan para la solicitud del Criterio de Investigación de Medios Económicos. Los formularios son:

Notificación del Costo y Cuestionario del Criterio de Investigación de Medios Económicos.

Preguntas y respuestas sobre las tarifas de los servicios

- P. *Los precios por el suministro de atención médica parecen tan costosos. ¿Qué se incluye en los costos del Departamento?*
- R. El Departamento provee una gran variedad de servicios, los cuales son, efectivamente, muy costosos. Los mayores gastos incluyen alojamiento y comida de pacientes, cuidados de enfermería, gastos médicos, tratamiento diurno, servicios de apoyo a familias y administración del caso médico.
- P. *¿Los cargos que se me cobren a mí pueden ser más que el coste de los servicios suministrados?*
- R. No. El Departamento de Salud Mental del Estado de Misuri está obligado por ley a determinar los cargos a cobrar y deben revisarlos cada año. Cuando se contratan proveedores de servicios particulares para proveer los servicios, los precios se fijan mediante contratos. No está permitido que los cargos que se le cobran excedan el coste de los servicios suministrados.
- P. *Mi hijo es mayor de 18 años. ¿Es mi responsabilidad pagar por los servicios que se le suministren?*
- R. No. Los padres no son responsables de pagar con sus ingresos por los cargos de los servicios suministrados a hijos de 18 años o mayores. Sin embargo, los fondos que los padres reciban en una capacidad fiduciaria a nombre de sus hijos, están sujetos a cargos.
- P. *Mi hijo de edad escolar necesita educación especial. ¿Se me puede cobrar por esto?*
- R. No. Los padres de un beneficiario de edades comprendidas entre los 3 y los 18 años no son responsables por los gastos de educación especial. No obstante, es posible que se le cobre por ciertos gastos médicos, entre ellos, suministros médicos, anestesiología, oxigenoterapia, radiología, electrocardiología y electroencefalografía. Además, también se cobran los cargos de quirófano, laboratorio, odontología y honorarios médicos. Se les pide a los padres que también proporcionen dinero para gastos personales.

- P. *¿Qué artículos se consideran gastos personales?*
- R. Las necesidades personales de cada cliente pueden variar enormemente. Se le puede pedir a una familia que proporcione dinero para dulces o refrescos. Otros artículos, como ropa, joyas, juegos y algunos artículos de tocador también son la responsabilidad de la familia.
- P. *Si dos miembros de la familia reciben servicios el mismo mes, ¿debo pagar doble?*
- R. No. Su capacidad para pagar es la misma cada mes, sin importar la cantidad de consultas a las que asista cada mes. Es la misma cantidad sin importar cuántos miembros de la familia reciban tratamiento. Es la responsabilidad del cliente o de la familia notificarle al proveedor si dos o más miembros reciben servicios el mismo mes.
- P. *¿Se requiere que suministre documentos para verificar mis ingresos, bienes y las personas a mi cargo?*
- R. No. El cliente o su familia puede revelar sus recursos económicos usando documentos como los talones de cheques de pago, la declaración de impuestos más reciente, verificación de los ingresos por el empleador, etc.
- P. *Mi situación económica cambió y ahora gano menos dinero. ¿Debo continuar pagando la misma cantidad?*
- R. No necesariamente. Si su situación económica cambia, usted puede presentar nueva información y solicitar una revisión de su status financiero. Se le ajustarán los cargos según corresponda.
- P. *¿Cuándo se vencen las facturas?*
- R. Las facturas por los servicios de cada mes se envían por correo el mes siguiente. Y éstas deben pagarse al momento de recibirse.

Oficinas Regionales Estatales que prestan servicio a personas con retraso mental y otras discapacidades de desarrollo y a sus familias:

Albany Regional Office
809 N. 13th St.
Albany, MO 64402
TEL. (660) 726-5246
FAX (660) 726-5165

Poplar Bluff Regional Office
2351 Kanell Blvd.
Poplar Bluff, MO 63902
TEL. (573) 840-9300
FAX (573) 840-9311

Central Missouri Regional Office
1500 Vandiver Dr., Suite 100
Columbia, MO 65202
TEL. (573) 441-6278
FAX (573) 884-4294

Rolla Regional Office
105 Fairgrounds Rd.,
PO Box 1098
Rolla, MO 65402
TEL. (573) 368-2200
FAX (573) 368-2206

Hannibal Regional Office
805 Clinic Rd., PO Box 1108
Hannibal, MO 63401
TEL. (573) 248-2400
FAX (573) 248-2408

St. Louis Regional Office, North
211 North Lindbergh
St. Louis, MO 63141
TEL. (314) 340-6500
FAX (314) 340-6666

Joplin Regional Office
3600 E. Newman Rd.,
PO Box 1209
Joplin, MO 64802
TEL. (417) 629-3020
FAX (417) 629-3026

St. Louis Regional Office, South
111 N 7th St., 6th Floor
St. Louis, MO 63101
TEL. (314) 244-8800
FAX (314) 244-8804

Kansas City Regional Office
821 E. Admiral Blvd.
PO Box 412557
Kansas City, MO 64106
TEL. (816) 889-3400
FAX (816) 889-3325

Sikeston Regional Office
112 Plaza Dr., PO Box 966
Sikeston, MO 63801
TEL. (573) 472-5300
FAX (573) 472-5308

Kirksville Regional Office
1702 E. LaHarpe
Kirksville, MO 63501
TEL. (660) 785-2500
FAX (660) 785-2520
PARA SORDOS (660) 785-2500

Springfield Regional Office
1515 East Pythian, PO Box 5030
Springfield, MO 65801-5030
TEL. (417) 895-7400
FAX (417) 895-7412

Instalaciones del Estado que prestan servicio a personas con retraso mental u otras discapacidades de desarrollo y a sus familias:

Bellefontaine Habilitation Center
10695 Bellefontaine Rd.
St. Louis, MO 63137
TEL. (314) 340-6000
FAX (314) 340-6199

Nevada Habilitation Center
2323 North Ash
Nevada, MO 64772
TEL. (417) 667-7833
FAX (417) 448-1138

Higginsville Habilitation Center
Morris Dr., PO Box 517
Higginsville, MO 64037
TEL. (660) 584-2142
FAX (660) 584-6244

St. Louis Developmental
Disabilities Treatment Centers
211 N. Lindbergh
St. Louis, MO 63141
TEL. (314) 340-6702
FAX (314) 340-6724

Marshall Habilitation Center
Slater St., P.O. Box 190
Marshall, MO 65340
TEL. (660) 886-2201
FAX (660) 831-3071

Southeast Missouri
Residential Services
2351 Kanell Blvd.
Poplar Bluff, MO 63902
TEL. (573) 840-9370
FAX (573) 840-9373

- P. *¿Qué puedo hacer si creo que mis cargos no son justos?*
R. Puede apelar sus cargos únicamente si usted cree que su evaluación se calculó de manera inexacta. La apelación al director no puede hacerse simplemente porque usted está en desacuerdo con la parte que le corresponde pagar. La apelación debe basarse en lo que usted cree es un cálculo inexacto de las exenciones bajo las reglas del Criterio de Investigación de Medios Económicos.
- P. *¿Qué pasa si no pago los costos que se me asignan mediante el Criterio de Investigación de Medios Económicos?*
R. El Estado buscará otros medios para recibir el pago; por ejemplo, mediante el programa de intercepción de reembolsos de impuestos, y por cualquier otro medio permitido por las leyes estatales y federales.
- P. *No tengo los recursos para pagar por el tratamiento que mi familia necesita. ¿Se nos puede negar la ayuda?*
R. No. El Departamento nunca se ha negado a proveer servicios a alguien que no tenga fondos para pagar. No obstante, si el Departamento descubre que usted puede pagar y no lo hace, éste se reserva el derecho de abstenerse de proveer servicios.
- P. *¿Dónde puedo obtener más información?*
R. Comuníquese con el administrador de las instalaciones de su localidad.

Lista de verificación para el ingreso

Se deberá proporcionar la siguiente información al solicitar servicios para una persona de una de las instalaciones del Departamento de Salud Mental:

Nombre y dirección de la compañía de seguros _____

Número de póliza o número del grupo _____

Número de Medicare _____

Número de Medicaid _____

Comprobantes de ingresos _____

Comprobante de las personas a su cargo _____

Número de Seguro Social del cliente, del cónyuge o de los padres, en caso de un menor _____

Para recibir información sobre el Criterio de Investigación de Medios Económicos, comuníquese con cualquiera de las siguientes:

Instalaciones del Departamento de Salud Mental

Instalaciones del Estado que prestan servicio a personas con enfermedades mentales o trastornos mentales y a sus familias:

St. Louis Psychiatric Rehab. Center 5300 Arsenal St. Louis, MO 63139 TEL. (314) 877-6500 FAX (314) 877-5982	Southwest Missouri Psychiatric Rehabilitation Center 1301 Industrial Parkway East El Dorado Springs, MO 64744 TEL. (417) 876-1002 FAX (417) 876-1004
---	---

Hawthorn Children's
Psychiatric Hospital
1901 Pennsylvania
St. Louis, MO 63133
TEL. (314) 512-7800
FAX (314) 512-7812

Center for Behavioral Medicine
1000 East 24th St.
Kansas City, MO 64108
TEL. (816) 512-7000
FAX (816) 512-7509

Fulton State Hospital
600 E. 5th St.
Fulton, MO 65251-1798
TEL. (573) 592-4100
FAX (573) 592-3000

Metropolitan St. Louis
Psychiatric Center
5351 Delmar
St. Louis, MO 63112
TEL. (314) 877-0500
FAX (314) 877-0553

Northwest Missouri Psychiatric
Rehabilitation Center
3505 Frederick
St. Joseph, MO 64506
TEL. (816) 387-2300
FAX (816) 387-2329

Cottonwood Residential Treatment
Center
1025 North Sprigg St.
Cape Girardeau, MO 63701
TEL. (573) 290-5888
FAX (573) 290-5895

Southeast MO Mental Health Center
1010 West Columbia
Farmington, MO 63640
TEL. (573) 218-6792
FAX (573) 218-6703