

¿Se me reembolsará el costo de los dispositivos auditivos por parte de la compañía de seguros o se deducirá el importe cubierto en el momento de la compra?

Realice la compra y solicite el reembolso. Algunos proveedores pueden estar dispuestos a esperar a ver lo que paga el seguro y luego facturar el resto.

Se me ha denegado la cobertura pero creo que mi plan de salud está obligado a proporcionar prestaciones en virtud de la Ley de Gracia. ¿Qué debo hacer?

Si cree que su plan de salud está obligado a proporcionar beneficios de la Ley de Grace pero le han denegado la cobertura, póngase en contacto con la agencia correspondiente según su plan de salud.

Para **FamilyCare**, póngase en contacto con la HMO en la que está inscrito. *(Consulte la parte de atrás de su tarjeta de inscripción para obtener la información de contacto).*

Para los **planes completamente asegurados** redactados en New Jersey, póngase en contacto con el
Departamento de Banca y Seguros
(DOBI, por sus siglas en inglés)
Unidad de Investigación y Preparación de Casos
609-292-7272



Estado de New Jersey
Phil Murphy, *Gobernador*
Sheila Oliver, *Vicegobernadora*



Departamento de Servicios Humanos
Sarah Adleman, *Comisionada*

La Ley de Grace

La primer ley de New Jersey que exige cobertura de seguro limitada para dispositivos auditivos para niños



Su plan de seguro médico puede o no estar sujeto a los requisitos de la Ley de Grace. La siguiente información debería ayudar a determinar si su plan de salud está obligado a cumplir con esta ley



Estado de New Jersey
Departamento de Servicios Humanos
División para la Sordera y Discapacidad Auditiva

La Ley de Grace

La primera ley de New Jersey que exige una cobertura de seguro limitada para dispositivos auditivos para niños.

Su plan de beneficios de salud puede o no estar sujeto a los requisitos de la Ley Grace. La siguiente información debería ayudar a determinar si su plan de salud está obligado a cumplir con esta ley.

¿Cuáles son los beneficios establecidos en la Ley de Grace?

La Ley de Grace, P. L. 2008, c. 126, en vigor desde el 30 de marzo de 2009 requiere que las compañías de seguros de salud, incluyendo hospitales, médicos y corporaciones de servicios de salud; compañías de seguros de salud individuales y de grupo; Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés); planes de beneficios de salud emitidos de conformidad con la Cobertura de Salud Individual (IHC, por sus siglas en inglés) y los Programas de Beneficios Sanitarios para Pequeños Empresarios (SEH, por sus siglas en inglés); el Plan Estatal de Beneficios de Salud (SHBP, por sus siglas en inglés) y el Programa NJ FamilyCare para proporcionar prestaciones por los gastos médicamente necesarios incurridos en la compra de un dispositivo auditivo para una persona cubierta menor de 15 años de edad. Aunque la ley establece que las prestaciones pueden limitarse a \$1.000 dólares por dispositivo auditivo para cada oído con pérdida auditiva cada 24 meses, el límite de la prestación de \$1.000 se eliminó a partir del inicio del año del plan a partir del 1 de enero de 2014. La eliminación del límite de la prestación significa que una solicitud de un dispositivo auditivo se tramita aplicando la participación en los gastos de costes aplicables (copago, deducible y coseguro) y la prestación pagada será el importe después de la aplicación de ese reparto de costes y ya no se reduce a \$1.000 dólares.

EJEMPLO

Si un niño necesita un dispositivo auditivo que cuesta \$5.000 y la compañía de seguros está de acuerdo en que es médicamente necesario tener el dispositivo de \$5.000 y el cargo permitido es \$5.000

Suponga que el plan tiene un deducible de \$1.000 y después paga el 70%

$\$5.000 - \$1.000 = \$4.000$. $\$4.000 \times .70 = \2.800

El beneficio sería de \$2.800.

La familia pagará $\$1.000 + \$1.200 = \$2.200$.

¿Cómo puedo saber si mi plan de salud debe proporcionar cobertura de los dispositivo auditivos según la Ley de Grace?

Es importante entender su plan de beneficios de salud para determinar si la Ley de Grace aplica.

Si su hijo(a) está inscrito en el Programa FamilyCare o usted está inscrito en el Programa de Beneficios de Salud del Estado de New Jersey, la Ley Grace se aplica a su plan de beneficios de salud.

Para otros planes de salud, consulte con su compañía de seguros para ver si la compra de los dispositivos auditivos de su hijo(a) está cubierta. Hágales las siguientes preguntas:

- ¿Mi plan de salud está autofinanciado o totalmente asegurado? (Sólo los planes de salud, regulados por el estado de New Jersey, están obligados a cumplir con la Ley Grace).
- Si mi plan de salud está totalmente asegurado, ¿en qué estado está redactada la póliza de seguro? (Sólo los planes redactados en New Jersey están obligados a cumplir con la Ley de Grace).

Si su compañía de seguros no está asegurada a todo riesgo, debe informarse de todos modos para ver si cumplen voluntariamente con la ley.

¿Cómo se determina que los dispositivos auditivos de mi hijo(a) son “médicamente necesarios” para la cobertura de la Ley de Grace?

La Ley de Grace establece que la cobertura de los dispositivos auditivos se proporciona “cuando médicamente necesarios y según lo prescrito o recomendado por un médico o audiólogo”. Esto significa que, en primer lugar, el dispositivo auditivo debe ser recetado o recomendado por un médico o audiólogo autorizado; y en segundo lugar, el plan de salud determina que es médicamente necesario.

¿Aborda la Ley de Grace otros costes incurridos en la compra de un dispositivo auditivo?

La ley establece que la cobertura de los “gastos médicamente necesarios desde el punto de vista médico” por la compra de un dispositivo auditivo será proporcionada por cualquier plan de salud que esté obligado a cumplir con la Ley de Grace. Consulte con su compañía de seguros para saber qué gastos incurridos están cubiertos.

