

De padres a padres

El compañero de bolsillo Guía sobre seguros de salud



Coordinado por la atención centrada en la familia
de la Facultad de la Familia.

Mayo de 2015

Bienvenido a Children's Specialized Hospital

Estimados padres y cuidadores:

Este **Compañero de bolsillo** se elaboró en un esfuerzo por cooperar con las familias y los cuidadores, con el fin de brindar la mejor experiencia de atención de salud para los niños. El objetivo de este **Compañero de bolsillo** es ofrecer información práctica e importante sobre su seguro de salud. Esperamos que sea un recurso útil al que pueda acudir cada vez que lo necesite.

Aprender sobre los beneficios y la cobertura del seguro que ofrece su compañía de seguros de salud puede consumir mucho tiempo y ser una tarea difícil. Es muy importante que comprenda cómo funciona su seguro y qué debe hacer para acceder a él. El hecho de que tenga un seguro **no garantiza** la cobertura de todos los servicios médicos o equipos de adaptación que su hijo puede necesitar. Hemos destacado alguna información en este **Compañero de bolsillo** que podría serle útil para comprender su seguro y utilizarlo de manera eficaz. Esperamos que esta información también lo ayude a hacerse cargo de su seguro de salud y a actuar como defensor* de su hijo.

*Consulte el glosario

Índice

Números de teléfono de Enlace para Acceso de Pacientes	4
Lo que debe saber sobre su compañía de seguros	7
Hacerse cargo y defender	12
Apelaciones al seguro	14
Recursos para el proceso de apelación	18
Recursos alternativos de financiamiento	19
Glosario	24
Fuentes	30
Lista de compañías de seguros que el Children's Specialized Hospital acepta	31

Números de teléfono de Enlace para Acceso de Pacientes (Patient Access Liaison, PAL)

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto al seguro, no dude en comunicarse con Enlace para Acceso de Pacientes (*Patient Access Liaison*, PAL) al número correspondiente que se indica en este **Compañero de bolsillo**.

Número principal de
Children's Specialized Hospital **1-888-CHILDREN**
1-888-244-5373

Si tiene dudas con respecto a los beneficios para las evaluaciones iniciales como paciente ambulatorio, como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, audiología, nutrición, tecnología de rehabilitación, centro de atención ambulatoria, autismo o evaluaciones del equipo de alimentación y psicología, comuníquese con el Enlace para Acceso de Pacientes al **1-888-CHILDREN (1-888-244-5373) EXTENSIÓN 5193**.

Para programar o agendar servicios, llame al **1-888-244-CHILDREN (1-888-244-5373) EXTENSIÓN 8054**.

Para obtener el número principal del Departamento de Inscripción, llame al **1-888-244-CHILDREN (1-888-244-5373) EXTENSIÓN 5282**.

Para comunicarse con el Departamento de Contabilidad del Paciente, llame al **1-888-244-CHILDREN (1-888-244-5373) EXTENSIÓN 5900**.

Informes – Después del día de su evaluación, deber esperar **tres semanas completas** para recibir los informes de nuestro departamento de Sistemas de Administración de

Información de Salud (*Health Information Management Systems*, HIMS). Si no ha recibido el informe dentro de las tres semanas, comuníquese con:

Toms River: **732-797-3822**

Hamilton: **609-631-2820**

New Brunswick: **732-258-7156**

Mountainside, Bayonne, Clifton: **908-301-5421**

Portal para el paciente y la familia My Children's Specialized:

El *portal para el paciente y la familia My Children's Specialized* es una nueva herramienta que tiene el objetivo de permitirles a las familias acceder fácilmente a los expedientes médicos de sus hijos y cualquier información pertinente. Este portal web gratuito es seguro, privado y conveniente. Está diseñado para que pueda acceder a la información de salud de cada paciente fácilmente y en línea. Cada familia recibe un único código de paciente, que se puede obtener solicitándolo a un representante de inscripción. Esto le permitirá acceder a la siguiente información útil:

- Informes médicos y de terapia
- Medicamentos, equipo vital, alergias e historia clínica del paciente
- Control de las próximas citas
- Pago de facturas en línea
- Acceso a los expedientes del paciente desde otros proveedores en Jersey Health Connect

Solicite su código de paciente a un representante de inscripción y regístrese hoy de manera gratuita en my.childrens-specialized.org.

Autorización para proceder con el tratamiento

Después del día de su evaluación, debe esperar **dos semanas completas** para recibir noticias nuestras sobre la autorización de su seguro para el tratamiento. (*Horizon Blue Cross y Horizon New Jersey Health suelen demorar tres semanas completas*). Si no ha recibido la autorización para el tratamiento dentro de las dos semanas, (*Horizon Blue Cross y Horizon New Jersey Health dentro de tres semanas*), comuníquese con Enlace para Acceso de Pacientes al **1-888-CHILDREN (1-888-244-5373) EXTENSIÓN 5193**. Por autorizaciones y reautorizaciones, comuníquese con Enlace para Servicios de Acceso al Paciente (*Patient Access Services, PAS*) al **1-888-CHILDREN (1-888-244-5373) EXTENSIÓN 5193**.

Programa de Asistencia Hospitalaria (Hospital Assistance Program, HAP): Programa de Children's Specialized Hospital de pago subsidiado para personas con necesidades financieras que posee pautas específicas para el cumplimiento de requisitos. Si desea obtener más información y una solicitud, comuníquese con Servicios de Acceso al Paciente al **1-888-CHILDREN (1-888-244-5373) EXTENSIÓN 5193**.

Las empresas de aparatos ortopédicos (órtesis blanda para la columna vertebral, frenos, etc.) son independientes de Children's Specialized Hospital. Si tiene alguna pregunta con respecto al seguro o la cobertura, comuníquese directamente con ellos. Comuníquese con NJ Orthotics & Prosthetics al **1-888-244-CHILDREN (1-888-244-5373) EXTENSIÓN 5299**.

LO QUE DEBE SABER SOBRE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS.

- Debe conocer el nombre de su compañía de seguros y llevar siempre consigo la tarjeta del seguro, en la que figura un número de identificación del afiliado, número de plan o grupo, y el número de teléfono del Servicio al Cliente. Para obtener una lista de compañías de seguros que Children's Specialized Hospital acepta, consulte las páginas 31 y 32.
- Debe saber si tiene más de un seguro. Es importante que proporcione información sobre todos los seguros.
- Debe saber si el proveedor* al que consulta es un proveedor de la red* o un proveedor fuera de la red*.
- Debe conocer el diagnóstico de su hijo.
- Debe saber si necesita un formulario de remisión* para los servicios, y traerlo con usted a su cita. Asegúrese de que sea válido y de que esté vigente para los servicios que está recibiendo.
- Debe saber si necesita una receta médica* para los servicios. Se requieren recetas médicas para fisioterapia, terapia del lenguaje o terapia ocupacional ambulatorias.
- Debe saber si necesita autorización previa* para los servicios.
- Debe saber si tiene un copago* y de cuánto es ese copago*.
- Children's Specialized Hospital es un hospital y factura como un establecimiento de servicios para pacientes

hospitalizados y ambulatorios. Verifique los beneficios de su seguro relacionados con las obligaciones a su cargo.

- Nuestro consultorio pediátrico es una consulta médica y se espera que usted pague su copago al llegar.
- Consulte los beneficios de su póliza de seguro individual para comprender cuáles serán las obligaciones a su cargo. Para obtener una lista de las compañías de seguros que Children's Specialized Hospital acepta, consulte las páginas 31 y 32.
- Debe saber si tiene un deducible* y un coseguro*. Tenga presente que muchas compañías de seguro cobran deducibles dentro y fuera de la red.
- Debe saber si es necesario pagar su cuenta al momento de recibir los servicios o cuando se los facturen.
- Debe saber si es necesario que usted mismo envíe la reclamación a su compañía de seguros, conocer cuál es el proceso para presentar una reclamación y saber qué documentación requiere su seguro para hacerlo.
- Tenga presente que incluso si Children's Specialized Hospital es un establecimiento participante* en su plan de seguro, esto no significa que el servicio en particular esté cubierto.
- Tenga presente que incluso si obtiene la autorización previa* de su compañía de seguros, esto no significa que el servicio en particular esté cubierto. De todas formas debe verificar su póliza individual.

*Consulte el glosario

- Afecciones como parálisis cerebral* o espina bífida*, al igual que otras que podrían presentarse en el nacimiento o poco después, podrían limitar la cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del lenguaje, y podrían requerir diagnósticos más específicos de necesidad médica*.
- Verifique con su compañía de seguros antes de recibir servicios para obtener información sobre exclusiones* de servicios, tales como *diagnósticos y afecciones*, cantidad de consultas, autorización previa, etc. La mayoría de las pólizas cubren afecciones que requieren un proceso reparador posterior. Es posible que los retrasos del desarrollo no estén cubiertos.
- Si su hijo recibe servicios que no se encuentran cubiertos por su plan de seguro, usted será el responsable del pago.
- Para comprender sus beneficios, verifique con el representante de beneficios para el empleado de su empleador, generalmente en el Departamento de Recursos Humanos, o con su compañía de seguros particular, directamente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta.
- La mejor práctica es conseguir una prueba de beneficios por escrito.
- Recuerde, siempre tenga un lápiz y un papel cerca cuando hable con su compañía de seguros. Escriba todo, incluido el nombre del representante, y solicite un número de registro de llamada.

- Es su responsabilidad mantener los registros relacionados con la atención de su hijo. Conserve la Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits, EOB*)* para compararla con sus cuentas y como prueba de gastos médicos para el impuesto sobre la renta, o por si intenta conseguir otro financiamiento para la atención de su hijo. Es aconsejable guardar todas las cuentas junto con las explicaciones de beneficios correspondientes en carpetas o archivadores separados.

LO QUE DEBE SABER SOBRE EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS*:

- Trabajaremos directamente con usted a través de nuestra Clínica de Tecnología de Rehabilitación para ponerlo en contacto con un proveedor de la red, dado que Children's Specialized Hospital no proporciona equipo médico duradero (*Durable Medical Equipment, DME*)*. Se analizarán otras opciones en la evaluación inicial.
- Debe saber que necesitará una receta médica para la cita de evaluación y ajuste de DME* en Tecnología de Rehabilitación.
- Debe saber que necesitará presentar una receta médica a su compañía de seguros para obtener el financiamiento para DME*.
- Debe saber si tiene un TOPE* en la cobertura del DME*.
- Si tiene preguntas relacionadas con el DME*, comuníquese con el Departamento de Tecnología de Rehabilitación (*Rehabilitation Technology Department*) al **1-888-CHILDREN (1-888-244-5373) EXTENSIÓN 5615**.

HÁGASE CARGO Y CONVIÉRTASE EN EL DEFENSOR DE SU HIJO:

- Al verificar la cobertura del seguro para la atención de su hijo, **NO LO HAGA SOLAMENTE POR TELÉFONO**. Si solamente llama y pregunta sobre la cobertura de cierto procedimiento o tratamiento, el representante de Servicio al Cliente podría darle su idea de lo que cree que determina la póliza. **CONSIGA TODO POR ¡ESCRITO!**
- Debe comunicarse con su compañía de seguros para solicitar que le brinden una determinación previa* por escrito de su cobertura exacta y cualquier requisito que deba cumplir para obtener la cobertura del servicio. Si el tiempo apremia, solicite que se le envíe la información por fax o correo electrónico. Una determinación previa no es una garantía de pago.
- Es de utilidad conseguir cualquier determinación de beneficios por **ESCRITO** de parte de la compañía de seguros. Si debe cuestionar la reclamación, una verificación escrita de la intención de la compañía de seguros de pagar por los servicios es una herramienta mucho más útil que cualquier declaración que haga un representante de Servicio al Cliente.
- Si desea obtener información relacionada con sus beneficios y requisitos, comuníquese con su compañía de seguros, visite su sitio web o consúltelo con su empleador.

**Consulte el glosario*

- Es recomendable conversar con la misma persona en la compañía de seguros, lo que podría ayudarlo a obtener tanto la información como la cobertura de los servicios. Si su hijo tiene necesidades médicas complejas, le recomendamos que solicite un administrador de casos* en su compañía de seguros. Asegúrese de decirle el nombre del administrador de casos a su proveedor.
- Mantenga un registro de cada comunicación con su compañía de seguros. Cada comunicación que entable con el Servicio al Cliente tiene un número de registro o referencia. Asegúrese de anotar la fecha, hora de la llamada, nombre del representante de Servicio al Cliente, número de registro y resultado de la llamada.
- Si debe pagar la cuenta en el momento en que se preste el servicio a su hijo, será necesario que usted mismo presente un formulario de reclamación y la cuenta a la compañía de seguros para obtener el reembolso*. Sea organizado cuando envíe usted mismo las reclamaciones a la compañía de seguros: conserve una copia y guárdela en una carpeta o archivador separado de "reclamaciones enviadas". Sea cuidadoso al llenar los formularios de reclamaciones y revise dos veces su trabajo para evitar errores que retrasarán el pago. Conserve una copia de todos los formularios de reclamaciones y cuentas que envíe para protegerse en caso de pérdida de los originales, y para su propio uso cuando reciba los pagos de las reclamaciones.

APELACIONES AL SEGURO:

- Si cree que un pago fue denegado* o que lo procesaron mal y que su póliza de seguro claramente cubre dicha reclamación, utilice el proceso de apelación* que cada compañía de seguros ofrece a sus clientes.
- Generalmente, una familia que presenta una apelación obtiene una respuesta más rápida que si la presenta un proveedor.
- Lea cuidadosamente la carta de denegación y siga las instrucciones proporcionadas. Asegúrese de tener en cuenta cualquier plazo que se indique con respecto al proceso de apelación.
- Si la denegación está relacionada con DME*, informe inmediatamente al personal de Tecnología de Rehabilitación, dado que pueden asistirlo con la apelación.
- Si tiene alguna duda con respecto al proceso de apelación, comuníquese con su compañía de seguros y mantenga un registro escrito de la persona con la que habló, incluida la fecha, las horas y números de registro o referencia.
- Cuando prepare su apelación escrita, asegúrese de adjuntar copias de su póliza para respaldar su reclamación. Puede obtener el enunciado de su póliza en el manual de la póliza o en el sitio web de su compañía de seguros.
- Asegúrese de guardar una copia de la apelación escrita y un registro de todas las veces que se haya comunicado con la compañía de seguros.

**Consulte el glosario*

- Sea firme al utilizar el proceso de apelación. Esta es una oportunidad para asociarse con los proveedores de atención de salud a fin de obtener resultados positivos para su hijo.
- Sea persistente, comuníquese con la compañía de seguros para verificar el estado de la apelación. Mantenga registros detallados de la persona con quien habló y de cuándo habló; anote la hora, la fecha y el estado de la llamada telefónica.
- Esté preparado; quizás deba realizar la apelación al menos dos veces.
- Si después de estas apelaciones no recibe un reembolso y cree que no le han dado suficientes detalles sobre la denegación, comuníquese con la Oficina del Mediador Público de Reclamaciones de Seguros del Departamento de Banca y Seguros (*Office of Insurance Claims Ombudsman at the Department of Banking and Insurance*) al **1-800-446-7467**. Informe su problema para conseguir el reembolso. Envíele a la persona con la que habló un informe escrito del problema y una copia de la sección de su póliza que explica que usted tiene cobertura para el servicio por el cual está teniendo problemas para obtener el reembolso. Para ahorrar tiempo y dinero, también puede conseguir el número de fax y enviarles los documentos por este medio. Incluya cualquier otra información que usted crea que puede ser importante para defender su caso, al igual que cualquier información que el Departamento de Banca y Seguros requiera.

Asegúrese de conservar una copia y registros de todos los documentos y comunicaciones telefónicas.

- Haga un seguimiento de su apelación realizando una llamada dos semanas después de haber enviado la queja, para verificar su estado.
- Comuníquese con Derechos por la Discapacidad de NJ (Disability Rights NJ) llamando al **1-800-922-7233**. Luego de escuchar los antecedentes de su caso, le dirán si están dispuestos a asistirlo. Tiene la opción de comunicarse con un abogado particular para que lo asista. Sin embargo, éste le cobrará honorarios.

***APELACIONES MÉDICAS DEL AFILIADO Y PROCESO PARA LA CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS:**

- Denegación del servicio
- El afiliado presenta la apelación de manera oportuna (*entre 60 y 90 días*)
- El afiliado solicita una extensión de los beneficios (*Debe presentar una solicitud por escrito dentro de los 10 días a partir de la fecha de la denegación*)
- Apelación en la etapa 1
- Denegación de la apelación en la etapa 1
- Apelación en la etapa 2 (*El afiliado tiene entre 60 y 90 días para presentar la apelación en la etapa 2*)
- Denegación de la apelación en la etapa 2
- Apelación en la etapa 3 (*El afiliado tiene 60 días para presentar la apelación*)
- Denegación de la apelación en la etapa 3
- El afiliado solicita una audiencia imparcial (*El afiliado tiene 20 días para solicitarla*)
- El afiliado solicita una extensión de los beneficios (*Debe presentar una solicitud por escrito dentro de los 10 días a partir de la fecha de la denegación en la etapa 3*)
- Denegación de la audiencia imparcial
- Suspensión de los beneficios

**Organigrama de las apelaciones de los afiliados y continuación de los beneficios 052810.vsd*

RECURSOS PARA EL PROCESO DE APELACIÓN:

Disability Rights NJ

210 South Broad St., 3rd floor

Trenton, NJ 08608

Número gratuito solo en Nueva Jersey: 1-800-922-7233

1-609-292-9742

Oficina del Mediador Público de Reclamaciones

de Seguros del Departamento de Banca y Seguros

(Office of Insurance Claims Ombudsman

Department of Banking and Insurance)

20 West State Street

PO Box 472

Trenton, NJ 08625-0471

1-800-446-7467

Fax: 1-609-292-2431

ombudsman@dobi.state.nj.us

RECURSOS ALTERNATIVOS DE FINANCIAMIENTO:

Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas
(*Catastrophic Illness in Children Relief Fund, CICRF*)

Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey
(*NJ Dept. Human Services*)

PO Box 728

Trenton, NJ 08625-0728

1-800-335-3863

www.nj.gov/humanservices/cicrf/text/

Si sabe o sospecha de que su hijo tiene necesidades especiales:

Servicios Médicos para Niños con Necesidades Especiales
y de Intervención Temprana

Departamento de Salud y Servicios para Adultos Mayores
(*Department of Health and Senior Services*)

PO Box 360

Trenton, NJ 08625-0360

Línea de asistencia para las familias de NJ: 1-800-328-3838

www.nj.gov/health/fhs/sch/

Si su hijo tiene una discapacidad del desarrollo:

División de Discapacidades del Desarrollo

(Division of Developmental Disabilities, DDD)

PO Box 726

Trenton, NJ 08628-0726

1-800-832-9173

www.state.nj.us/humanservices/ddd/index.html

**Si su hijo tiene necesidades médicas complejas,
costosas o considerables :**

Departamento de Servicios Humanos, División de Asistencia Médica y Servicios de Salud *(Department of Human Services Division of Medical Assistance and Health Services)*

1-800-356-1561

www.state.nj.us/humanservices/dmahs/childrens.html

Si su hijo necesita seguro de salud:

New Jersey FamilyCare

1-800-701-0710

www.njfamilycare.org

Si necesita ayuda para satisfacer las necesidades básicas de su hijo, como alimentos, vivienda y atención médica:

Consejos de Servicios Sociales de los condados de Nueva Jersey:
División de Desarrollo Familiar (*Division of Family Development*)
1-609-588-2400 (*solicite el número del consejo de su condado*)
www.state.nj.us/humanservices/dfd/home/index.html

Administración del Seguro Social:
(*Social Security Administration*)

1-800-772-1213

www.ssa.gov

Si necesita ayuda para defender a su hijo en la escuela, guardería o centro de atención de salud:

Red de Defensa de los Padres del Estado (*Statewide Parent Advocacy Network, SPAN*)

1-800-654-SPAN (1-800-654-7726)

www.spanadvocacy.org

Puede averiguar sobre Medicaid como una opción secundaria de cobertura de seguro de salud. Algunas familias (no todas) podrían cumplir los requisitos para uno de estos beneficios:

Línea de asistencia médica para las familias de NJ—

800-356-1561 (*idoneidad de acuerdo con los ingresos*)

SSI Medicaid—800-772-1213

(*idoneidad de acuerdo con los ingresos y la discapacidad*)

Sistema de atención de los niños de NJ

Perform Care – Departamento de Niños y Familias

(Department of Children & Families)

300 Horizon Drive Suite 306

Robbinsville, NJ 9-08691-1919

1-877-652-7624

www.nj.gov/dcf/families/csc

www.performcarenj.org

Otros recursos a través del Departamento de Niños y Familias del Estado de NJ:

Programa de Servicios Médicos para Niños
con Necesidades Especiales

Organizaciones de apoyo a las familias

www.nj.gov/dcf/families/csc

New Jersey FamilyCare

1-800-701-0710

www.njfamilycare.org

Ley de atención médica asequible

www.healthcare.gov

Guía sobre los seguros de salud

Children's Specialized Hospital

www.childrens-specialized.org/insurance-education

Si desea obtener más información acerca de estos u otros recursos que podrían estar disponibles para ayudar a su familia, comuníquese con:

Cuidadores de NJ

(Enlaces a sitios web estatales y federales para cuidadores)

Departamento de Salud y Servicios para Adultos Mayores

PO Box 360

Trenton, NJ 08625-0360

www.adrcnj.org

GLOSARIO:

Defensor: una persona que habla o escribe para apoyar o defender a una persona, causa etc. Una persona que aboga por alguien o en representación de alguien. Discutir a favor de. Ejercer presión para conseguir algo.

Autorización: autorización otorgada por un plan de salud a un afiliado para obtener servicios de un proveedor de servicios de salud. Generalmente, se requiere para servicios médicos y hospitalarios. Esto no significa que se pagarán los servicios.

Trastorno del espectro autista: el trastorno del espectro autista (*Autism spectrum disorder*, ASD) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta la capacidad para comunicarse e interactuar con los demás. También está acompañado por la presencia de comportamientos, actividades e intereses restringidos y repetitivos. Esto provoca un gran impedimento en el ámbito social, ocupacional y en otras áreas de funcionamiento.

De acuerdo con el Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, el trastorno del espectro autista (ASD) se define ahora como un trastorno único que abarca a otros trastornos que antes se consideraban aislados: autismo,

síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno generalizado del desarrollo, no especificado de otra manera.

TOPE: el TOPE es una limitación de la póliza que se refiere al beneficio máximo que se pagará de acuerdo con la póliza para un servicio en particular, ya sea en consultas, días o dólares.

Administrador de casos: una persona asignada por una compañía de seguros que tiene el trabajo de coordinar la atención y la planificación del alta, y de hacer los arreglos para la atención y servicios en el hogar, etc.

Parálisis cerebral: afecta el tono muscular, el movimiento y las habilidades motoras (la capacidad de moverse de manera coordinada y con un propósito). La parálisis cerebral también puede provocar otros problemas de salud, lo que incluye problemas de visión, audición y del lenguaje, además de trastornos del aprendizaje.

Coseguro: es el porcentaje del cargo por el cual el paciente es responsable. Si un paciente tiene un coseguro del 20%, es responsable por el 20% de los cargos. El seguro pagará el 80%.

Copago: es la tarifa predeterminada que una persona paga por los servicios de atención de salud, además de lo que cubre el seguro. Por ejemplo: algunas HMO requieren un "copago" de \$20.00 por cada visita a la consulta, sin

importar el tipo o nivel del servicio prestado durante la consulta. Generalmente, los copagos se cobran en el momento de su consulta médica.

Servicios cubiertos: todos los servicios para los que una compañía de seguros de salud ha establecido en un acuerdo o contrato escrito que pagará su parte del costo.

Denegación: la negativa por parte de una compañía de seguros de cumplir una solicitud de una persona (o su proveedor) de pagar por los servicios de atención de salud que reciba de un profesional de la salud. Si una compañía de seguros deniega una reclamación, quiere decir que no pagarán por la reclamación.

Deducible: la cantidad de dinero que el paciente debe pagar antes de que la compañía de seguros pague por los servicios.

Retraso del desarrollo: retraso en la aparición de los hitos normales del desarrollo alcanzados durante la infancia y la niñez temprana, causado por factores orgánicos, psicológicos o del entorno.

Trastorno del desarrollo: afectación en el desarrollo normal de las habilidades lingüísticas, motoras o cognitivas. Generalmente, se lo detecta antes de los 18 años y se espera que el progreso del trastorno continúe por tiempo indefinido, lo que constituye una limitación sustancial.

Equipo Médico Duradero (DME): equipo médico utilizado en la prestación de un tratamiento o atención domiciliaria, lo que incluye muletas, rodilleras, sillas de ruedas, camas de hospital, prótesis, etc.

El DME se considera equipo que puede resistir el uso repetido. Todo el DME debe ser recetado por un médico y debe ser adecuado para su uso en el hogar o en la comunidad.

Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB): explicación escrita de una reclamación de la compañía de seguros que indica lo que ellos pagaron y lo que el asegurado debe pagar.

Proveedor participante o de la red: cualquier proveedor que posee un acuerdo contractual con el plan para ofrecer atención a sus afiliados. Un proveedor participante acuerda no cobrarle a los afiliados más de la tarifa acordada. El hecho de obtener servicios en un proveedor de la red no significa que se pagará por los servicios.

Necesidad médica: servicios que se determinan que son servicios cubiertos requeridos para preservar y mantener el estado de salud de un afiliado o dependiente idóneo, de acuerdo con los estándares de la práctica médica.

Fuera de la red: médicos, hospitales y otros proveedores seleccionados que no se encuentran en la red HMO. Los

afiliados de la HMO que obtienen atención fuera de la red sin autorización de la HMO pueden tener que pagar por toda o la mayor parte de la atención.

Establecimiento participante: hospitales que se encuentran en la red de su seguro de salud. Estos hospitales tienen acuerdos especiales con su proveedor de servicios de salud para prestar servicios para su atención. No se garantiza el pago por los servicios recibidos en un establecimiento participante.

Determinación previa: es cuando un proveedor envía un plan de tratamiento a la compañía de seguros de salud antes de que comience el tratamiento. La compañía de seguros revisa el plan de tratamiento y le indica al proveedor uno o más de los siguientes puntos: idoneidad del paciente, servicios cubiertos, cantidades pagaderas, copago, deducibles y máximo cubierto por el plan. Una determinación previa no es garantía de pago.

Receta médica: una orden escrita, especialmente por un médico, para la preparación y administración de un medicamento u otro tratamiento.

Proveedor: un término utilizado para profesionales de la salud que prestan servicios de atención de salud.

Formulario de remisión: un formulario que indica su nombre, número de identificación y nombre del

médico o establecimiento al cual se lo está derivando. También indica la cantidad de consultas para las cuales la derivación es válida.

Reembolso: es la cantidad de dinero que una compañía de seguros le pagará después de presentar la reclamación y recibir la aprobación para el pago.

Espina bífida: esto ocurre cuando la médula espinal, los nervios próximos o la columna vertebral no se desarrollan normalmente durante los primeros 28 días de gestación. La afección puede afectar el sistema nervioso, urinario, muscular y óseo, lo que generalmente provoca complicaciones intestinales y de la vejiga, y parálisis por debajo del defecto de la médula espinal.

FUENTES:

Romano, Joseph L., Esq., *Legal Rights of the Catastrophically Ill and Injured: A Family Guide*. (*Los derechos legales de las personas con enfermedades y lesiones catastróficas: Guía familiar*) Segunda edición. Sección XV, Managed Care (Atención de salud administrada), página 120.

Robinson Rosenfeld, Lyn, L.C.S.W., Ph.D., *Your Child and Health Care: A “Dollars & Sense” Guide for Families with Special Needs*. (*Su hijo y la atención de salud: Una guía “de administración sensata del dinero” para las familias con necesidades especiales*). Glosario, páginas 480-488.

Nemours Foundation, “Kids Health” para padres:
www.kidshealth.org

Gillette Children’s Specialty Healthcare:
www.gillettechildrens.org

Baylor Health Care System:
www.baylorhealth.com

Health Symphony:
www.healthsymphony.com

Horizon BlueCross BlueShield of New Jersey:
www.horizonblue.com

LISTA DE LOS PLANES DE SEGURO DE LA RED QUE CHILDREN'S SPECIALIZED HOSPITAL ACEPTA:

Aetna

Amerigroup NJ (incluida su filial AmeriGroup NY)

AmeriHealth

Cigna

Cigna Great West Healthcare

Consumer Health Network (CHN)

Devon Health Services

Empire Blue Cross (pero no EMPIRE PLAN)

Healthfirst NJ

Horizon BCBS (todos los productos)

Horizon Casualty Services

Magnacare

Multiplan / PHCS

New Jersey Medicaid

NY Medicaid (solo pacientes hospitalizados)

QualCare

United Health Group (Oxford y United HealthCare)

United HealthCare Community Plan (UHCCP)

WellCare (NJ y sus filiales fuera del estado)

SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Magellan Behavioral Health

Cigna Behavioral Health

MHN

Value Options

United Behavioral Health

Dado que las compañías de seguro cambian frecuentemente sus nombres y los nombres de sus productos, consulte el sitio web de Children's Specialized Hospital para obtener una lista más actualizada de los planes de seguro de la red.



Children's Specialized Hospital es el proveedor principal de la nación que brinda atención para niños hospitalizados y ambulatorios desde el nacimiento hasta los 21 años que enfrentan problemas de salud especiales, desde enfermedades y discapacidades físicas complejas como lesiones cerebrales y de la médula espinal hasta problemas conductuales y del desarrollo como autismo y salud mental. En 13 lugares distintos de Nueva Jersey, nuestros especialistas pediátricos se unen a las familias para que nuestras terapias y tratamientos médicos innovadores sean más personalizados y eficaces, de modo que los niños puedan acercarse más a sus metas.

Si desea obtener más información sobre servicios adicionales, cómo ser voluntario o cómo donar, comuníquese con nosotros al **1-888-CHILDREN (244-5373)**

O visite nuestro sitio web
www.childrens-specialized.org

*Un miembro afiliado de Robert Wood Johnson Health System,
y afiliado de Children's Miracle Network Hospitals.*