Le damos la bienvenida

Aetna Better Health® of New Jersey

Su manual para miembros del plan NJ FamilyCare

Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)

¡Renueve cada año para mantener sus beneficios!

Consulte la página 92 para obtener más detalles.

aetna®

AetnaBetterHealth.com/NewJersey

1390314-NJ-SP | 097-24-27 (rev 2/25)

Gracias por unirse a nosotros

Estimado(a) miembro:

Gracias por elegir Aetna Better Health® of New Jersey, su plan de salud de NJ FamilyCare. Somos un plan de salud de Aetna con más de 30 años de experiencia en brindar servicios y apoyos administrados a largo plazo a los miembros de la comunidad.

Inscribirse en nuestro plan fue una buena decisión. Contamos con muchos proveedores preparados para ayudarlo a conservar su bienestar y el de su familia. Nuestro atento personal del Departamento de Servicios para Miembros también se encuentra disponible para responder sus preguntas de cobertura de atención médica.

Este manual para miembros le brinda información sobre nuestro plan. Le recomendamos que se tome un momento para leerlo. En este manual, se explica la mayor parte de lo que necesita saber sobre cómo recibir atención. Le brindará información sobre lo siguiente:

- Su proveedor de atención primaria (PCP)
- Los beneficios que tienen cobertura.
- Lo que debe hacer en caso de emergencia.
- Sus derechos y responsabilidades como miembro.
- Cómo renovar la cobertura NJ FamilyCare

Posiblemente, ya haya recibido su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health of New Jersey. En esta identificación de miembro, se indica cuándo comienza su membresía y el nombre de su PCP. Verifique su tarjeta de identificación de inmediato.

Llámenos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** si le ocurre lo siguiente:

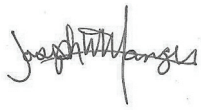
- No le enviamos una tarjeta de identificación.
- El nombre que figura en la identificación de miembro no es correcto.
- El nombre de su PCP o alguna otra información incluida en la identificación no son correctos.

Si tiene preguntas o problemas para recibir los servicios, estamos a su disposición para ayudarlo. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El número de nuestra línea gratuita es **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Para ver este manual en línea, obtener información sobre nuestros programas y servicios o buscar un proveedor, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/NewJersey**.

¡Esperamos poder brindarle sus beneficios de atención médica!

Le deseamos buena salud.



Joseph W. Manger
Director ejecutivo
Aetna Better Heath® of New Jersey

Índice

5 Números de teléfono importantes

6 Le damos la bienvenida
- Su manual para miembros
- Departamento de Servicios para Miembros
- Línea de enfermería durante las 24 horas
- Servicios de idiomas
- Otras maneras de obtener información
- Sitio web
- Área de servicio

9 Tarjeta de identificación

11 Elegibilidad e inscripción
- Información sobre NJ FamilyCare
- Confirmación de inscripción
- Cómo cambiar de plan de salud
- Reincorporación

13 Confidencialidad y privacidad de los miembros

13 Sus derechos y responsabilidades

17 Cómo obtener atención médica
- Directorio de proveedores
- Imposibilidad de salir del hogar
- Su proveedor de atención primaria (PCP)
- Tipos de proveedores de atención primaria
- El consultorio del proveedor
- Otras preguntas que se deben hacer
- Consejos rápidos acerca de las citas

19 Su PCP
- ¿Cómo elijo mi PCP?
- ¿Cómo cambio mi PCP?
- Aviso de cambios de proveedor o ubicaciones de servicios

22 Autorización previa
- Cómo obtener una aprobación previa (autorización previa) para los servicios
- Explicación sobre la aprobación o la denegación de su servicio
- Definición de “servicios médicamente necesarios”
- Autorremisión

23 Cómo obtener atención especializada
- Cómo obtener una segunda opinión

24 Transporte

25 Atención fuera del horario de atención

25 Cobertura fuera del área de servicio

26 Tipos de atención
- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Atención de rutina

31 Servicios cubiertos
- Servicios cubiertos para cada plan
- Programa de teléfonos celulares

41 Servicios de salud conductual
- Trastorno del espectro autista (TEA)
- Tratamiento de las adicciones en el consultorio (OBAT)
- Servicios de apoyo de pares
- Clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)
- Crisis de salud conductual

45 Programa Better Care

47 Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)
- Beneficios de MLTSS
- Servicios cubiertos y limitaciones de los MLTSS
- Representante de miembros de MLTSS
- Fuera del horario de atención
- Posibilidad de elección
- Servicios de transición en la comunidad
- El dinero sigue a la persona (MFP)
- Incidentes críticos
- Cobertura de Medicare y Medicaid
- Costos compartidos de MLTSS y responsabilidad de pago del paciente (PPL)

54 Servicios no cubiertos

55 Miembros mayores de 55 años

56 Servicios de farmacia
- Medicamentos con receta
- Resurtidos de medicamentos con receta
- Recetas de pedido por correo
- Programa de bloqueo de farmacia

Índice

59 Servicios de atención dental
- Emergencias dentales

61 Servicios de atención de la vista

61 Servicios de planificación familiar
- Atención de maternidad
- Servicios de doulas comunitarias
- Consejos para un embarazo saludable
- Después de que nace su bebé
- Apoyo durante la lactancia y el amamantamiento
- Planee recibir ayuda con la lactancia
- Obtenga su sacaleches gratuito
- Mujeres, bebés y niños (WIC)
- Cómo obtener atención para su recién nacido

65 Bebés y niños sanos
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) para la prueba de detección de plomo
- Controles regulares: EPSDT para niños sanos
- Cronograma de inmunizaciones (vacunas)

68 Administración de la atención
- Miembros con necesidades especiales
- Cancelación de la inscripción
- Función del administrador de atención de MLTSS

70 Programa Aetna Medicaid Compassionate Care

71 Control de enfermedades
- Si no desea participar

71 Tratamiento de menores

72 Tratamientos médicos nuevos

72 Consejos de salud
- Cómo mantenerse saludable
- Pautas para una buena salud

73 Qué debe hacer si recibe una factura o un estado de cuenta

73 Programas de mejora de la calidad

74 Programas de Administración de la salud de la población

75 Queremos recibir noticias suyas
- Otra información para usted

75 Plan de incentivo de médicos

76 Su información

77 Qué debe hacer cuando tiene NJ FamilyCare y otro seguro
- Remisiones con otros seguros
- Cómo elegir los proveedores
- Cuando tiene tanto Medicare como Medicaid

80 Quejas y apelaciones
- Queja
- Plazos para resolver su queja
- Apelaciones (apelaciones por Administración de uso)
- Determinación adversa inicial
- Apelación interna
- Apelaciones expeditas (aceleradas)
- Apelación externa (IURO)
- Audiencia imparcial de Medicaid
- Continuación de los beneficios
- Derechos de queja y apelación de salud dental
- Apelaciones del bloqueo de farmacia

89 Fraude, uso indebido y abuso

89 Cancelación de la inscripción
- Cancelación de su inscripción en Aetna Better Health of New Jersey
- Solicitudes para cancelar su inscripción
- Cancelación de la inscripción debido a un cambio de estado

91 Continuidad de la atención

92 Renovación de la cobertura

93 Instrucciones anticipadas
- Instrucción de representación (poder de representación para las decisiones de atención médica)
- Directiva de instrucción (testamento vital)

94 Preguntas comunes

95 Aviso sobre prácticas de privacidad

99 Aviso de no discriminación

100 Multi-Language Interpretation Services

Números de teléfono importantes

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of New Jersey
1-855-232-3596 (TTY: 711)
Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Línea de enfermería
1-855-232-3596 (TTY: 711)
Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Autorización previa
1-855-232-3596 (TTY: 711)

Servicios dentales: LIBERTY Dental plan
1-855-225-1727 (TTY: 711)

Servicios de la vista: MARCH Vision
1-844-686-2724 (TTY: 1-877-627-2456)

Servicios de idiomas
Llame al Departamento de Servicios para Miembros
1-855-232-3596 (TTY: 711)
Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Quejas y apelaciones
1-855-232-3596 (TTY: 711)

Servicios de farmacia, llame al Departamento de Servicios para Miembros
1-855-232-3596 (TTY: 711)
Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Medicamentos con receta por correo: CVS Caremark
1-855-271-6603 (TTY: 1-800-823-6373)
De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este

Información sobre maternidad para los miembros
1-855-206-7516 (Administración de la atención)

Línea directa de fraude, uso indebido y abuso
1-855-282-8272 (TTY: 711)

Línea directa del fiscal de New Jersey contra el fraude de seguros
877-55-FRAUD
www.njoag.gov/report-fraud/

Coordinador de beneficios de salud (HBC)
1-800-701-0710 (TTY: 711)

Línea directa para Servicios de adicción de NJ Servicios por abuso de sustancias: Miembros de NJ FamilyCare
(Miembros que no pertenecen a la División de Discapacidades del Desarrollo [DDD])
1-844-276-2777

Línea de ayuda del gobernador para Servicios de adicción
1-844-732-2465
reachnj.gov

Servicios de salud mental: Miembros de NJ FamilyCare
(Miembros que no pertenecen a la División de Discapacidades del Desarrollo [DDD]
Comuníquese con los centros locales de asistencia médica al cliente [MACC])

- **Camden MACC**
  Burlington/Camden/Gloucester/Mercer/Salem/Atlantic/Cape May/Cumberland
  856-209-0520
  One Port Center
  2 Riverside Drive, Suite 300
  Camden, NJ 08103-1018
- **Essex MACC**
  Essex/Hudson
  973-648-3700
  153 Halsey Street, 4th Floor
  Newark, NJ 07102-2807
- **Monmouth MACC**
  Monmouth/Hunterdon/Middlesex/Ocean/Somerset/Union
  908-430-0231
  100 Daniels Way, 1st Floor
  Freehold, NJ 07728-2668
- **Passaic MACC**
  Passaic/Bergen/Morris/Sussex/Warren
  973-977-4077
  100 Hamilton Plaza, 5th Floor
  Paterson, NJ 07505-2109

Bienvenido

Gracias por elegir Aetna Better Health of New Jersey

Nuestro objetivo es ofrecerle proveedores y servicios que le proporcionarán lo que necesita y merece:

- Atención médica de calidad
- Respeto
- Servicio al cliente de excelencia

Entre nuestros miembros, se incluyen los siguientes grupos:

- Ayuda a Familias con Hijos Dependientes (AFDC)/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y miembros relacionados de NJ FamilyCare de forma no institucionalizada
- Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): ancianos, personas ciegas y con discapacidades (ABD) y grupos relacionados
- Clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y la Exención para Atención Comunitaria (CCW)
- NJ FamilyCare: ancianos, personas ciegas y con discapacidades (ABD)
- Miembros de NJ FamilyCare
- Clientes elegibles de la División de protección y permanencia de niños (DCP&P), anteriormente denominada División de servicios a jóvenes y familias (DYFS)
- Miembros elegibles para recibir los servicios y apoyo administrados a largo plazo (MLTSS)

Su manual para miembros

Este es su manual para miembros. Es una guía que lo ayudará a comprender su plan de salud y sus beneficios. En todo el manual, cuando mencionamos “el Plan”, hacemos referencia a Aetna Better Health of New Jersey. Le recomendamos que lea y conserve este manual. En él encontrará respuestas a preguntas que puede tener ahora y en el futuro sobre algunos temas como los siguientes:

- Sus derechos y responsabilidades
- Sus servicios de atención médica
- Programas de salud y bienestar
- Obtención de sus medicamentos
- Obtención de suministros médicos
- Presentación de una queja o apelación
- Obtención de información de otras maneras, por ejemplo, en letra grande
- Obtención de información en otro idioma además del español

Departamento de Servicios para Miembros

El Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para ayudarlo. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El número de nuestra línea gratuita es **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Puede llamar a este número desde cualquier lugar, incluso si se encuentra fuera de la ciudad.

Comuníquese si tiene preguntas sobre cómo ser miembro del plan, qué tipo de atención puede recibir o cómo recibir atención.

El Departamento de Servicios para Miembros puede realizar lo siguiente:

- Ayudarle a elegir o a cambiar un proveedor de atención primaria (PCP) o un dentista de atención primaria (PCD).
- Enseñarles a usted y a su familia acerca del cuidado administrado, incluidos los servicios disponibles y la función de su PCP.
- Explicarle sus derechos y responsabilidades como miembro del plan.
- Ayudarle a recibir servicios, responder sus preguntas o resolver algún problema que pueda tener con respecto a su atención.
- Brindarle información sobre sus beneficios y servicios (lo que está cubierto y lo que no está cubierto).
- Ayudarlo a programar citas.
- Brindarle información sobre la formación educativa y médica de su PCP o PCD, las ubicaciones de los consultorios y el horario de atención.
- Informarle qué ayuda puede haber disponible para usted y su familia en su área de residencia.
- Brindarle información sobre las políticas y los procedimientos de fraude, uso indebido y abuso, y ayudarlo a denunciar casos de fraude, uso indebido y abuso.

El Departamento de Servicios para Miembros también necesita su ayuda. Valoramos sus ideas y sugerencias para cambiar y mejorar el servicio que le brindamos. ¿Tiene alguna idea sobre cómo podemos trabajar mejor para usted?

Aetna Better Health of New Jersey
Attention: Member Services
PO Box 818003
Cleveland, OH 44181-8003

Llame al Departamento de Servicios para Miembros
1-855-232-3596 (TTY: 711)

Es posible que, en ocasiones, organicemos eventos especiales para que los miembros conozcan el Plan. Recibirá información sobre estos eventos con anticipación. Si puede, le recomendamos que asista. Allí podrá conocernos y obtener información sobre sus servicios de atención médica. Llame a nuestra Línea de administración de la atención de MLTSS al **1-833-346-0122 (TTY: 711)** para hablar con un representante de MLTSS, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.

Línea de enfermería durante las 24 horas

Otra manera en la que puede tomar el control de su atención médica es usando nuestra línea de enfermería. Los enfermeros están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana para responder sus preguntas de atención médica.

La línea de enfermería no reemplaza a su PCP ni a su PCD. Pero si es tarde por la noche o no puede comunicarse con su PCP ni PCD, el personal de enfermería puede ayudarlo a decidir qué hacer.

Además, los enfermeros pueden brindarle sugerencias útiles sobre cómo sentirse mejor y mantenerse saludable. Cuando sufra un dolor que no lo deje dormir, es bueno saber que, con este servicio, no estará solo. Llámenos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

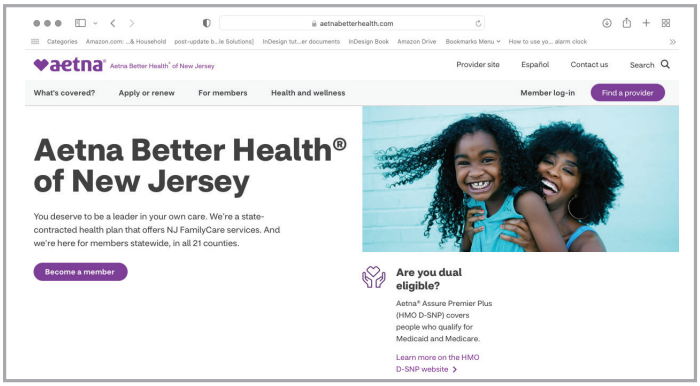
Servicios de idiomas

Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Conseguiremos un intérprete en su idioma. Este servicio está disponible sin costo para usted. Puede recibir este manual para miembros u otro material para miembros en otro idioma. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Otras maneras de obtener información

Si es sordo o tiene problemas auditivos, llame al número de retransmisión de New Jersey al **711**. Allí puede recibir ayuda para llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Si tiene problemas visuales o auditivos, o si no lee en español, puede obtener información en otros formatos, como letra grande o audio. Para obtener ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Sitio web



Visítenos en línea en **AetnaBetterHealth.com/NewJersey**. Nuestro sitio web ofrece información para ayudarlo a obtener atención médica.

Además, puede ayudarle a hacer lo siguiente:

- Encontrar un PCP, PCD, especialista, proveedor de la vista o farmacia en su área
- Comunicarnos sus preguntas por correo electrónico
- Conocer sobre sus beneficios y su información de salud
- Ver su manual para miembros

Área de servicio

Ofrecemos servicios en todo el estado, en los 21 condados.

Tarjeta de identificación

Tarjeta de identificación

Su tarjeta de identificación contiene la fecha en que comienzan sus beneficios de atención médica. Esta es la fecha en la que puede comenzar a recibir servicios como miembro de Aetna Better Health of New Jersey.

En la tarjeta de identificación se indica lo siguiente:

- Su nombre
- Número de identificación de miembro
- Los montos de copagos, de haber
- El nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria
- Información importante en el reverso sobre qué hacer en casos de emergencia
- Cómo comunicarse con el administrador de beneficios dentales de Aetna, LIBERTY Dental plan

Debe mostrar su tarjeta de identificación del plan cuando acude a citas médicas, cuando recibe medicamentos con receta o para recibir cualquier otro servicio de atención médica.

Todos los miembros aún tienen una tarjeta de Identificación de beneficios de salud (HBID) emitida por el estado para los servicios que no cubre el plan. Lleve siempre con usted su tarjeta de HBID por si necesita esos servicios.

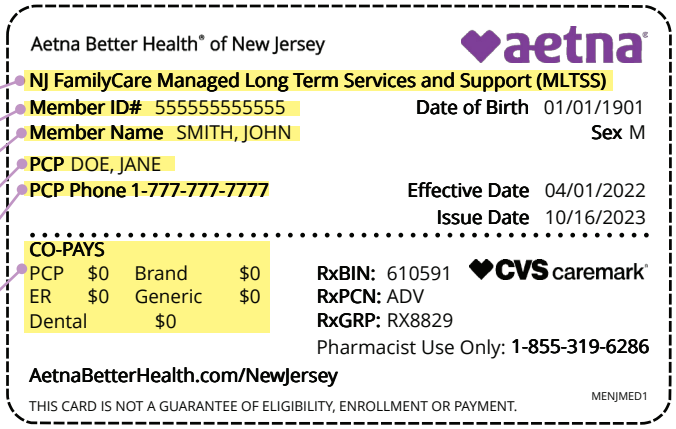
Si tiene cobertura de Medicare, también tendrá tarjetas de identificación de Medicare separadas. Todas las personas que tienen Medicare reciben una identificación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta identificación de los CMS, con frecuencia, se conoce como la tarjeta roja, blanca y azul. Si tiene Original Medicare, usará esta identificación para recibir sus beneficios. Si tiene cobertura de Medicare a través de un plan de salud, deberá usar la identificación de miembro de su plan de salud. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro para no perderla. Recuerde llevar con usted todas sus tarjetas de beneficios de salud a todas las consultas con proveedores y cuando vaya a la farmacia.

Solo usted puede usar su tarjeta de identificación; no permita que otras personas lo hagan.
Revise su tarjeta para asegurarse de que el nombre y la fecha de nacimiento sean correctos.

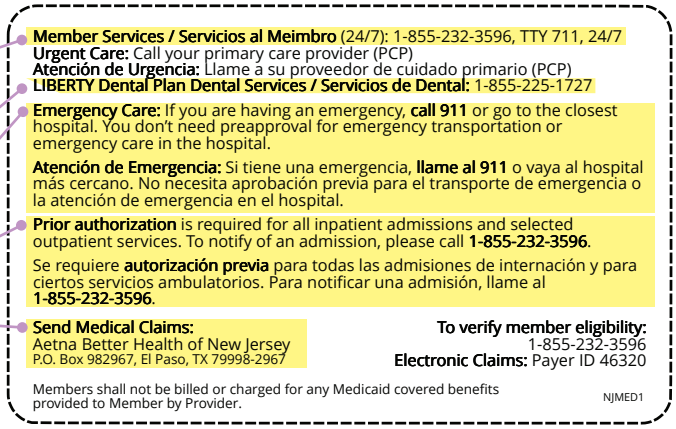
Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-232-3596 (TTY: 711) si:
- Hay alguna información incorrecta.
- No recibió la identificación.
- Pierde su identificación o se la roban.

Tarjeta de identificación (ID) de Aetna Better Health of New Jersey

Su tipo de plan de seguro
Su número de identificación de miembro
Su nombre
El nombre de su proveedor de atención primaria
El número de teléfono de su PCP
Montos de copago (si tiene alguno)

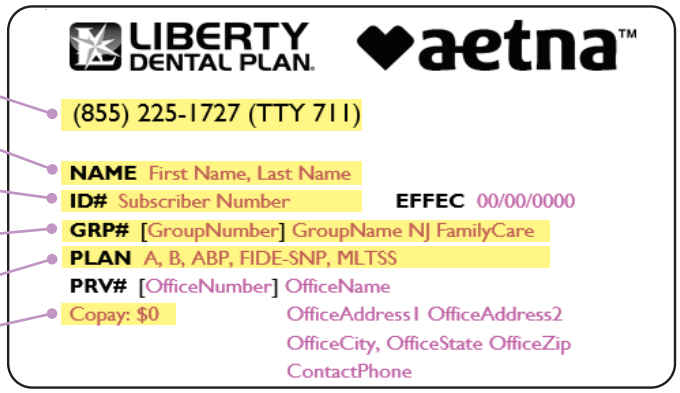


Teléfono del Departamento de Servicios para Miembros
Número de teléfono del plan dental LIBERTY
Qué debe hacer en caso de emergencia
Número de autorización previa
Dirección de reclamaciones

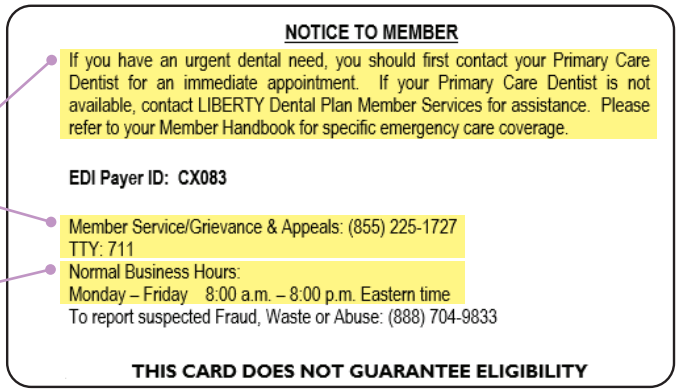


Tarjeta de identificación (ID) de LIBERTY Dental Plan

Número de teléfono del plan dental LIBERTY
Su nombre
Su número de identificación de miembro
Número de grupo
Su tipo de plan de seguro
Montos de copago (si tiene alguno)



Qué debe hacer en caso de emergencia
Teléfono del Departamento de Servicios para Miembros
Horario de atención



Elegibilidad e inscripción

Puede ser miembro del plan, siempre que sea elegible para NJ FamilyCare. La decisión con respecto a su elegibilidad depende del estado de New Jersey. La División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) debe aprobar su inscripción en nuestro plan de salud. Después de presentar su solicitud, es posible que el inicio de su membresía tarde entre 30 y 45 días. Nuestra cobertura comenzará el primer día del mes posterior a su aprobación para la elegibilidad de NJ FamilyCare. Hasta que se inscriba en nuestro plan, continuará recibiendo beneficios a través del Pago por servicio de Medicaid o el plan de salud en el que esté inscrito actualmente.

Para hacerse miembro de Aetna Better Health of New Jersey, llame al coordinador de beneficios de salud del estado de New Jersey al número gratuito **1-800-701-0710**. Las personas con problemas auditivos pueden llamar al número TDD/TTY gratuito del estado al **TTY: 711**. La División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) debe verificar y autorizar su membresía.

Algunos miembros del plan son elegibles para recibir los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS). Para reunir los requisitos para los MLTSS, debe cumplir con los criterios del estado que determinan la necesidad de un nivel institucional de atención, como también con ciertos requisitos financieros. Para recibir los MLTSS, no es necesario que resida en un centro de atención de enfermería o algún otro centro institucional. Puede recibir estos servicios en su domicilio o en un centro de vida asistida.

Si, cuando se inscribe en el Plan, recibe la atención de un proveedor, infórmenos al respecto. Trabajaremos con usted y su proveedor para asegurarnos de que reciba la atención continua que necesita. Para obtener ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Registros médicos

Cuando el coordinador de beneficios de salud (HBC) del estado le ayudó a elegir Aetna Better Health of New Jersey, usted firmó un Formulario de selección de plan (PSF).

Esto autoriza la divulgación de sus registros médicos mediante su firma o la firma de una persona autorizada. Este formulario fue enviado a nuestras oficinas. Además, le informó al HBC si recibía atención de algún proveedor. Su PCP del plan deberá solicitarles a sus antiguos proveedores que envíen sus registros médicos. Si cuenta con sus registros médicos anteriores, su PCP podrá brindarle la atención que necesita.

Información sobre NJ FamilyCare

NJ FamilyCare es un programa para adultos y niños que cumplen con ciertas pautas estatales/federales. Hay varios planes: A, B, C, D, ABP y MLTSS. El Plan para el cual usted es elegible depende de sus ingresos familiares totales, el tamaño de su familia, y el nivel de atención que necesite. Si tiene alguna pregunta sobre NJ FamilyCare o sobre cómo inscribirse, comuníquese con el coordinador de beneficios de salud al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**. Para recibir servicios y beneficios como miembro de NJ FamilyCare, debe estar inscrito en un plan de salud contratado por la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS).
Aetna Better Health of New Jersey es un plan de salud contratado. La DMAHS aprueba su inscripción en NJ FamilyCare.

Confirmación de inscripción

Cuando se inscribe en el Plan, recibe un paquete de bienvenida. En este se incluye su identificación de miembro junto con la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. También se indica el nombre y el número de teléfono del proveedor de atención primaria (PCP) al que acudirá para recibir atención médica.

Cómo cambiar de plan de salud

Una vez que se inscribió en el Plan, tiene 90 días para decidir si desea conservar nuestro plan o cambiar de plan de salud. Durante estos primeros 90 días, puede cambiar el plan de salud por cualquier motivo. Para cambiar los planes, deberá llamar al coordinador de beneficios de salud (HBC) del estado al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**. Después de los 90 días y si aún es elegible para el programa NJ FamilyCare, continuará inscrito en nuestro plan hasta el período de inscripción abierta anual, que se extiende del 1 de octubre al 15 de noviembre de cada año.

Solo puede cambiar de plan fuera del período de inscripción abierta si presenta una buena razón. Comuníquese con el coordinador de Beneficios de salud del estado para solicitar el cambio y se determinará si el cambio puede realizarse con una buena razón.

Las causas justificadas para la cancelación de la inscripción y la transferencia incluye lo siguiente, a menos que la DMAHS defina lo contrario:

- Incumplimiento de Aetna Better Health of New Jersey en la prestación de servicios, incluido el acceso físico al inscrito, de acuerdo con los términos de este contrato.
- El inscrito ha presentado una queja/apelación ante Aetna Better Health of New Jersey de conformidad con el procedimiento de queja/apelación correspondiente y no ha recibido una respuesta dentro del plazo especificado allí, o en un plazo más corto requerido por la ley federal.
- Queja/apelación documentada, por parte del inscrito contra el plan del contratista sin una resolución favorable.
- El inscrito tiene un acceso mucho más conveniente a un médico de atención primaria que participa en otra Organización de cuidado administrado (MCO) en la misma área de inscripción.
- Baja calidad de la atención.
- El inscrito es elegible para participar a través de la DCP&P/Departamento del Niño y la Familia (DCF).
- El inscrito ha cumplido con los criterios de nivel de atención de centro de cuidados de enfermería (NF LOC) y es elegible para recibir los MLTSS.
- Otras razones justificadas de conformidad con la Sección 438.56 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).

Reincorporación

Si pierde la elegibilidad durante 60 días o menos, y luego vuelve a ser elegible, se lo volverá a inscribir en Aetna Better Health of New Jersey. Lo reasignaremos a su PCP anterior si este continúa aceptando pacientes.

Confidencialidad y privacidad de los miembros

En su paquete de bienvenida, incluimos un Aviso sobre prácticas de privacidad. Allí se indica cómo usamos su información para otorgar los beneficios del plan de salud. También se indica cómo puede consultar sus registros médicos, obtener una copia de estos o modificarlos. Su información de salud se conservará de manera privada y confidencial. Solo la divulgaremos si lo permite la ley o si usted nos indica que lo hagamos. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. También puede visitar nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/NewJersey**.

Sus derechos y responsabilidades

Como miembro del plan, usted tiene derechos y responsabilidades. Si necesita ayuda para comprender sus derechos y responsabilidades, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Sus derechos

Como miembro o como padre o tutor de un miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con cortesía, consideración, respeto, dignidad y necesidad de privacidad.
- Recibir información sobre el Plan, sus políticas y procedimientos, sus servicios, los profesionales que brindan atención, los derechos y las responsabilidades de los miembros y poder comunicarse y lograr que lo entiendan con la ayuda de un traductor, si es necesario.
- Poder elegir un PCP dentro de los límites de la red del plan, lo que incluye el derecho a rechazar la atención de profesionales específicos.
- Participar en la toma de decisiones con respecto a su atención médica, recibir información completa por parte del PCP u otro proveedor de atención médica o administrador de atención en relación con su estado funcional y de salud, y participar en el desarrollo y la implementación de un plan de atención diseñado para estimular la capacidad funcional en el nivel óptimo y para fomentar la independencia.
- Conversar abiertamente sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario o apropiado para su afección, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, incluido el derecho a rechazar un tratamiento o medicamento.
- Expresar quejas sobre el Plan o la atención brindada, y recomendar cambios de políticas y servicios al personal del plan, a los proveedores y a los representantes externos de su elección, sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalias por parte del Plan o de sus proveedores.
- Presentar apelaciones sobre una acción del plan o una denegación de servicios y estar libre de cualquier forma de represalia.
- Formular instrucciones anticipadas.
- Tener acceso a sus registros médicos de conformidad con las leyes estatales y federales vigentes.
- No sufrir ningún daño, incluidos aislamiento o restricciones físicas innecesarias, exceso de medicamentos, o negligencia o abuso físicos o mentales.

- No ser sometido a ningún procedimiento peligroso.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento o las formas de atención alternativa disponibles.
- Rechazar tratamientos y recibir información acerca de las consecuencias de dicho rechazo.
- Recibir servicios que promuevan una buena calidad de vida y autonomía para usted, una vida independiente en su hogar y en otros entornos comunitarios, siempre que sea posible a nivel médico y social, y la preservación y el respaldo de sus sistemas de apoyo naturales.
- Obtener servicios disponibles y accesibles cuando sea médicamente necesario.
- Tener acceso a atención durante las 24 horas, los 7 días de la semana para tratar afecciones urgentes y de emergencia. En el caso de afecciones que pongan en peligro la vida, **LLAME AL 911**.
- Acceder a una variedad de especialistas entre los proveedores participantes.
- Obtener un directorio actual de los proveedores participantes del Plan que incluya direcciones y números de teléfono, y una lista de los proveedores que aceptan miembros que hablan un idioma que no sea inglés.
- Recibir asistencia y remisiones a proveedores con experiencia en el tratamiento de pacientes con discapacidades crónicas.
- Información sobre los incentivos que les damos a los proveedores.
- Atención de emergencia sin autorización previa.
- Recibir servicios de planificación familiar de Aetna Better Health o cualquier proveedor de Medicaid.
- Rechazar los servicios de administración de la atención: Aun así, Aetna Better Health debe administrar su atención.
- Presentar apelaciones externas de una organización independiente si no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación interna (no todos los servicios reúnen los requisitos para obtener una revisión de una organización independiente de revisión de uso [IURO]).
- Cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan de cuidado administrado de NJ FamilyCare en cualquier momento debido a una razón; cambiar el plan dentro de los primeros 90 días de haberse inscrito en Aetna Better Health y durante el período de inscripción anual, desde el 1 de octubre y hasta el 15 de noviembre.
- Solicitar y recibir información sobre los servicios disponibles.
- Tener acceso a proveedores de servicios que reúnan los requisitos y poder elegir a dichos proveedores.
- Recibir información sobre sus derechos antes de recibir los servicios elegidos y aprobados.
- Recibir servicios, independientemente de cuestiones de raza, religión, color, credo, sexo, nacionalidad, ideologías políticas, orientación sexual, estado civil o discapacidad.
- Tener acceso a servicios apropiados que respalden su salud y bienestar.
- Asumir riesgos después de haber recibido información y poder comprender los riesgos y las consecuencias de las decisiones tomadas.
- Tomar decisiones acerca de sus necesidades de atención.
- Participar tanto en el desarrollo de su plan de atención como en los cambios implementados en este.
- Solicitar cambios en los servicios en cualquier momento, incluidas la incorporación, el aumento, la disminución o la suspensión de un servicio.
- Solicitar y recibir de su administrador de atención de MLTSS una lista de nombres y responsabilidades de las personas designadas para proporcionarle servicios conforme al plan de atención.

- Recibir apoyo e instrucciones de su administrador de atención de MLTSS para resolver inquietudes sobre sus necesidades de atención o reclamos sobre servicios o proveedores.
- Recibir información por escrito sobre los derechos de los residentes específicos del centro en el momento del ingreso a un entorno institucional o residencial.
- Recibir atención dental integral.
- Recibir información sobre todos los servicios cubiertos/requeridos a los que tiene derecho, aquellos que solicita u ofrece el entorno institucional o residencial, y sobre cualquier cargo no cubierto por el plan de cuidado administrado mientras se encuentra en el centro.
- No ser transferido ni dado de alta de un centro, excepto por necesidad médica, para proteger su bienestar y seguridad física o el bienestar y seguridad de otros residentes; o debido al incumplimiento, luego de un aviso razonable y apropiado de falta de pago al centro a partir de los ingresos disponibles, según se informó en la declaración de ingresos disponibles para el pago de Medicaid.
- Recibir protección por parte del plan de salud y que este promueva su capacidad para ejercer todos los derechos identificados en este documento.
- Transferir todos los derechos y las responsabilidades estipulados en el presente documento a su representante autorizado o tutor legal designado por un tribunal.
- Apelar o solicitar una audiencia imparcial de Medicaid con respecto a su elegibilidad para MLTSS o participación en el programa de preferencia personal (PPP).
- Que se le ofrezca o elija recibir cualquier servicio de reemplazo (ILOS), cuando sea elegible.
- Presentar apelaciones o quejas con respecto a la denegación o recepción de un ILOS.
- Como residente de una comunidad de MLTSS, tiene derecho a tener una llave para cerrar/abrir las puertas de la casa y del dormitorio, recibir visitas de su elección, hacer y recibir llamadas telefónicas, establecer horarios de manera independiente y tener acceso a alimentos en cualquier momento, a menos que se determine lo contrario en un proceso documentado centrado en la persona.
- Formular instrucciones anticipadas.

Sus responsabilidades

- Comunicarles a Aetna Better Health, a sus médicos y a otros proveedores lo que tienen que saber para que le brinden su atención.
- Seguir los planes y las indicaciones de su médico para su atención.
- Leer su Manual para miembros y demás correspondencias del plan para comprender cómo debe trabajar con Aetna Better Health.
- Usar sus identificaciones de miembro cuando acude a citas de atención médica o recibe servicios y no permitir que ninguna otra persona use su identificación.
- Conocer el nombre y el número de teléfono de su PCP y de su administrador de atención.
- Tener conocimiento sobre su atención médica y las normas para obtener atención.
- Comunicarles al Plan y a su asistente social o al coordinador de beneficios de salud (HBC) cuando haya cambios en su dirección, su número de teléfono, el tamaño de su familia y otra información.
- Darle una copia de su testamento vital o sus instrucciones anticipadas a su proveedor.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento acordadas mutuamente, en la medida de lo posible.
- Ser respetuoso con los proveedores de atención médica que le brindan atención.

- Programar sus citas, llegar a horario y llamar en caso de estar retrasado o de no poder acudir a la cita.
- Brindar a sus proveedores de atención médica toda la información que necesiten.
- Comunicarles al Plan y a la DMAHS sus inquietudes, preguntas o problemas.
- Solicitar más información si no comprende su afección médica o la atención que recibe.
- Respetar las instrucciones de su proveedor de atención médica.
- Informarnos sobre cualquier otro seguro que tenga.
- Informarnos si solicitará o recibirá algún otro beneficio de atención médica.
- Llevar el registro de vacunas a todas las citas en el caso de los menores de 18 años.
- Darle una copia de su testamento vital o sus instrucciones anticipadas a su proveedor.
- Llevar un registro de los montos de costo compartido que paga.
- Proporcionar toda la información relacionada con la salud y el tratamiento, incluidos medicamentos, circunstancias, arreglos de alojamiento, apoyos informales y formales a su administrador de atención a fin de identificar las necesidades de atención y desarrollar un plan de atención.
- Comprender sus necesidades de atención médica y trabajar con su administrador de atención para desarrollar o modificar objetivos y servicios.
- Trabajar con su administrador de atención de MLTSS para desarrollar o revisar su plan de atención a fin de facilitar la autorización e implementación oportuna de los servicios.
- Hacer preguntas cuando es necesario comprender mejor un asunto.
- Comprender los riesgos asociados con sus decisiones sobre atención.
- Informar sobre cualquier cambio significativo en su afección, los medicamentos que toma, las circunstancias, los arreglos de alojamiento, los apoyos informales y formales a su administrador de atención de MLTSS.
- Informarle a su administrador de atención de MLTSS sobre cualquier problema que ocurra, o bien si no está satisfecho con los servicios que se proporcionan.
- Seguir las normas de su plan de salud y las normas de entornos institucionales o residenciales, incluidos los costos que deba pagar.
- Reunirse con el administrador de atención de MLTSS al menos trimestralmente.

Cómo obtener atención médica

Los miembros deben usar uno de nuestros proveedores de la red para recibir todos los servicios de atención médica cubiertos que no sean de emergencia.

Directorio de proveedores

Para obtener un Directorio de proveedores, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o visitar **AetnaBetterHealth.com/newjersey/find-provider**. Brinda una lista de los proveedores y hospitales de atención médica de nuestra red. El directorio contiene los nombres de los PCP, los especialistas, los proveedores de salud conductual, las farmacias y los proveedores dentales y de la vista de su área.

Para obtener una lista del Directorio de dentistas de NJ FamilyCare que tratan a los niños menores de seis años, puede buscar la herramienta de búsqueda de proveedores en línea disponible en nuestra página de Beneficios dentales en AetnaBetterHealth.com/newjersey/members/benefits/dental.

Puede encontrar una lista de proveedores dentales que tratan a niños o adultos con discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD) en: **AetnaBetterHealth.com/newjersey/dental-benefits.html**.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de cualquiera de nuestros servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Con gusto lo ayudaremos. Si desea que se agregue un proveedor a nuestra red, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Intentaremos llevarlo a cabo.

Puede consultar con un proveedor fuera de la red si necesita atención especial y no contamos con un proveedor de la red que ofrezca la especialidad correcta. En primer lugar, el proveedor debe recibir nuestra aprobación; de lo contrario, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios. Consulte la página 22 para conocer cómo obtener una aprobación previa (autorización de servicios) para los servicios.

Imposibilidad de salir del hogar

Si no puede salir de su hogar para recibir atención, podemos ayudarlo. Si no puede salir de su casa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Haremos que un administrador de atención trabaje con usted para garantizar que reciba la atención que necesita.

Su proveedor de atención primaria (PCP)

PCP es un término que escuchará con frecuencia. Su PCP es un proveedor médico que administrará su atención médica. Lo ayudará a obtener todos los servicios cubiertos que necesita.

Cuando se inscribe en Aetna Better Health of New Jersey, debe programar una cita para visitar a su PCP. Es posible que nos comuniquemos con usted para ayudarlo a programar esta consulta. El personal del consultorio de su PCP también podría contactarlo para programar dicha consulta. Si necesita ayuda para programar citas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Su PCP lo ayudará a recibir atención de otros proveedores del plan de salud. Su PCP tiene la responsabilidad de coordinar su atención médica y, para ello, debe realizar lo siguiente:

- Conocer sus antecedentes médicos.
- Mantener registros médicos correctos.
- Brindarle atención habitual.
- Responder sus preguntas.

- Brindarle consejos sobre alimentación saludable.
- Administrar sus vacunas y realizarle las pruebas necesarias.
- Conseguir otros tipos de atención para usted.
- Enviarlo a un proveedor con capacitación especializada para tratar sus necesidades de atención médica especiales.
- Brindarle apoyo cuando tiene problemas con su atención médica.

Tipos de proveedores de atención primaria

Los siguientes son los tipos de proveedores de atención primaria que puede elegir:

- **Medicina familiar:** Proveedores que tratan a adultos y niños.
- **Medicina general:** Proveedores que tratan a adultos y niños.
- **Pediatras:** Proveedores que tratan a los niños, desde el nacimiento hasta los 21 años.
- **Especialistas:** Proveedores capacitados, certificados o con licencia en un área especial de la atención médica.
- **Obstetras/ginecólogos:** Proveedores que tratan a las mujeres.
- **Dentistas de atención primaria (PCD):** Proveedores que pueden ser dentistas generales u odontopediatras (dentistas de niños).
- **NJ Smiles:** Un programa para niños de hasta seis años. Los profesionales médicos capacitados realizan evaluaciones de riesgo dental, aplicaciones de barniz de flúor, brindan orientación anticipada y remisiones a un dentista de atención primaria para tratamientos y exámenes integrales durante las consultas de bienestar de su hijo con su PCP. Su proveedor puede contratar a otros profesionales médicos capacitados para poder satisfacer sus necesidades de atención médica.

En ocasiones, los PCP tienen en su consultorio otros proveedores de atención médica a quienes puede consultar. Su proveedor puede contratar a profesionales en enfermería, auxiliares médicos y enfermeros certificados para ayudarlo a satisfacer sus necesidades de atención médica.

Si consulta con un especialista debido a necesidades de atención médica especiales y desea que este especialista sea su PCP, podemos ayudarlo. El Plan y su PCP trabajarán conjuntamente para ayudarlo a que consulte con el PCP que usted elija. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

El consultorio del proveedor

Hágales las preguntas que se incluyen a continuación a su proveedor y al personal del consultorio. Estas preguntas pueden ayudarlo a comprender la atención y los servicios que puede recibir:

- ¿Cuál es el horario de atención?
- ¿Atiende pacientes los fines de semana o durante la noche?
- ¿Qué tipo de ayuda especial les ofrece a las personas con discapacidades?
- Si tiene una discapacidad auditiva, ¿tiene intérpretes de lenguaje de señas?
- ¿Hablará conmigo sobre mis preocupaciones de salud por teléfono?
- ¿Con quién debo comunicarme después del horario de atención si me encuentro en una situación de urgencia?
- ¿Cuánto tiempo debo esperar para tener una cita?

Otras preguntas que se deben hacer

Use las siguientes preguntas cuando hable con su proveedor o farmacéutico. Estas preguntas pueden ayudarlo a mantenerse saludable o a sentirse mejor. Anote las respuestas que obtenga. Respete siempre las indicaciones de su proveedor.

- ¿Cuál es mi inquietud principal?
- ¿Qué debo hacer?
- ¿Por qué es importante que haga esto?

Consejos rápidos acerca de las citas

- Llame a su proveedor temprano en la mañana para programar una cita. Infórmele si necesita ayuda especial.
- Dígale al personal sus síntomas.
- Lleve con usted su tarjeta de identificación del plan y otras tarjetas de identificación de Medicare y Medicaid.
- Si es un paciente nuevo, vaya a su primera cita 30 minutos antes, como mínimo, para poder proporcionar información sobre usted y sus antecedentes médicos.
- Comunique su llegada al personal del consultorio. Regístrese en la recepción.
- Si no puede asistir a su cita, llame al consultorio de su proveedor 24 horas antes del horario de la cita para cancelarla.

Su PCP

Creemos que el PCP es una de las partes más importantes de su atención médica. A la hora elegir su PCP, cuenta con nuestro apoyo. Puede seleccionarlo cuando se inscribe en el Plan. Podrá recibir atención durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para tratar afecciones urgentes y de emergencia. En el caso de afecciones que pongan en peligro la vida, **LLAME AL 911**.

¿Cómo elijo mi PCP?

Debe seleccionar un PCP que se encuentre en la red de proveedores del Plan. Nuestro Directorio de proveedores tiene una lista de PCP entre los cuales puede elegir en su área. También puede solicitar una copia en papel de nuestro directorio de proveedores. Solo llame al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

- No es necesario que los familiares elegibles tengan el mismo PCP.
- Si no elige un PCP, elegiremos uno para usted.

¿Cómo cambio mi PCP?

Su PCP es una parte importante de su equipo de atención médica. Queremos que usted y su proveedor trabajen juntos. Es posible que quiera cambiar su PCP por los siguientes motivos:

- Desea que su proveedor sea un hombre o una mujer.
- Desea atenderse con un proveedor que hable su idioma.

Si desea elegir o cambiar su PCP por otro proveedor de nuestra red de proveedores, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito 1-855-232-3596 (TTY: 711).

- En la mayoría de los casos, el cambio de PCP ocurrirá el mismo día de su solicitud.
- Recibirá una nueva tarjeta de identificación del plan con el nombre de su nuevo PCP.

Es importante que mantenga una buena relación con su PCP. Esto lo ayudará a obtener la atención médica que necesita. Su PCP puede pedirnos que le asignemos otro proveedor si usted hace lo siguiente:

- Falta a las citas reiteradamente.
- No respeta las recomendaciones de su proveedor con frecuencia.
- Usted o un familiar lastiman a un proveedor o un miembro del personal del consultorio.
- Usted o un familiar insultan a un proveedor o al personal del consultorio.
- Usted o un familiar provocan daños en un consultorio.

Si su PCP solicita que se le asigne un nuevo PCP, le informaremos al respecto. También lo llamaremos para ayudarlo a elegir un nuevo proveedor. Si no elige otro proveedor, elegiremos uno para usted. Recibirá una nueva identificación de miembro con el nombre y el número de teléfono del proveedor nuevo.

Aviso de cambios de proveedor o ubicaciones de servicios

En ocasiones, tendremos que cambiar su PCP sin consultarle primero a usted. Si esto ocurre, le enviaremos una carta y luego podrá elegir otro PCP, para lo cual debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Su proveedor puede decidir que no desea formar parte de nuestra red de proveedores. O, tal vez, puede mudarse a otro lugar. Si no está seguro respecto de si un proveedor forma parte de nuestra red, consulte nuestro sitio web. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

¿Necesita ayuda para programar una cita con un PCP o especialista?

Si tiene dificultades para programar una cita con su PCP o con un especialista, podemos ayudarlo.

Puede encontrar una lista actualizada de nuestros proveedores dentro de la red en el Directorio de proveedores en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/newjersey**. Allí, puede buscar proveedores cerca de usted que puedan brindarle el tipo de atención que necesita.

Si tiene problemas para encontrar un proveedor cercano que brinde el tipo de atención que necesita, o si tiene problemas para concertar una cita, también puede llamarnos a nuestro número gratuito **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Nuestro personal del Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a programar una cita. También puede solicitar ayuda a través del Formulario de solicitud de asistencia para citas en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/newjersey**. También se incluye una copia en la siguiente página de este manual, que puede enviar por correo electrónico a **AetnaBetterHealthNJ-CMReferral@Aetna.com**.

Aetna Better Health® of New Jersey

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CITAS

Nombre:	
Apellido:	
N.º de identificación de miembro:	
Mejor número de teléfono para contactarlo:	
Su dirección de correo electrónico:	

¿Qué tipo de proveedor o especialista necesita? **Si quiere una cita con un proveedor específico, proporcione su nombre y apellido.**	

Proporcione su ubicación (la dirección donde vive actualmente):	
¿Necesita ayuda para coordinar el transporte para las consultas de atención médica?	**Sí** ☐ **No** ☐

¿Ya se ha contactado con nosotros para pedir ayuda para programar una cita? **En caso afirmativo, indique la fecha en que se comunicó con el Departamento de Servicios para Miembros/Servicio al cliente.**	**Sí** ☐ **No** ☐ **Fecha:** _____
Puede presentar un reclamo formal. Esto también se denomina "interponer una queja". Si quiere presentar una queja, marque la casilla a la derecha.	☐ Quiero presentar una queja.

Autorización previa

Cómo obtener aprobación previa para los servicios

Algunos servicios deben estar aprobados previamente por el Plan antes de recibirlos. Esto se denomina autorización previa. Esto significa que sus proveedores deben recibir nuestro permiso para prestarle determinados servicios. Ellos sabrán cómo hacerlo. Trabajaremos con ellos para asegurarnos de que el servicio sea lo que necesita. Excepto en los casos de planificación familiar y atención de emergencia, todos los servicios fuera de la red requieren aprobación previa. Los proveedores de salud mental/trastorno por abuso de sustancias (SUD) también deben seguir los pasos que figuran a continuación para las afecciones relacionadas con la salud mental/el SUD.

Si no obtiene la aprobación previa, es posible que deba pagar los siguientes servicios:

- Proporcionados por un proveedor fuera de la red.
- Servicios que necesitan aprobación previa.
- Servicios que no estén cubiertos por el Plan.

A continuación, se detallan los pasos para obtener la aprobación previa:

- Su proveedor le da al Plan información sobre los servicios que cree que usted necesita.
- Nosotros revisamos la información.
- Usted y su proveedor recibirán una carta en la que se les informará si el servicio se aprobó o denegó.
- Si no podemos aprobar la solicitud, la carta explicará el motivo por el cual se denegó.
- Si se le deniega un servicio, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Consulte la página 80 para obtener más información sobre las apelaciones.

Explicación sobre la aprobación o la denegación de su servicio

Utilizamos ciertas pautas para aprobar o denegar servicios. Estas se denominan pautas de “práctica clínica”. Otros planes de salud del país utilizan algunas de ellas. Otras de las pautas se desarrollan por un equipo especial de Aetna Better Health que revisa el conocimiento actual sobre los servicios de salud. Nos ayudan a tomar la mejor decisión posible sobre su atención. Usted o su proveedor pueden obtener una copia de las pautas que utilizamos para aprobar o denegar servicios. Si desea una copia de las pautas o no está de acuerdo con la denegación de sus servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Definición de “servicios médicamente necesarios”

Utilizamos pautas para ofrecer servicios que satisfagan sus necesidades de atención médica. “Servicios médicamente necesarios” se refiere a los servicios o beneficios que son necesarios para brindarle atención. Un servicio o beneficio es médicamente necesario y está cubierto si ocurre lo siguiente:

- Es razonablemente probable que evite la aparición de una enfermedad, afección o discapacidad.
- Es razonablemente probable que reduzca o mantenga estables los efectos físicos, mentales o de desarrollo de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad.
- Lo ayudará a poder mejorar o mantener su rendimiento en cuanto al desempeño de sus actividades cotidianas según su afección, sus capacidades y su edad.

Autorremisión

Puede recibir algunos servicios sin contar con la aprobación previa del Plan. A esto lo llamamos autorremisión. Es mejor asegurarse de que su PCP sepa sobre la atención que usted recibe. Puede autorremitirse a los siguientes servicios:

- Atención de emergencia
- Salud conductual
- Exámenes de la vista
- Atención dental por parte de un dentista de atención primaria o un especialista dental
- Atención de rutina de un obstetra/ginecólogo
- Servicios de planificación familiar de rutina
- Mamografías y exámenes de detección de cáncer de próstata/colon
- Especialistas

Además de los servicios de planificación familiar y de emergencia, debe acudir a un proveedor del plan para que se cubra su servicio. Para encontrar un proveedor, consulte nuestro Directorio de proveedores en línea en **AetnaBetterHealth.com/NJ**. Para obtener ayuda, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Cómo obtener atención especializada

Es posible que, en ocasiones, necesite la atención de un especialista. Los especialistas son proveedores que tratan tipos especiales de afecciones. Por ejemplo, un cardiólogo trata afecciones cardíacas. Su PCP o dentista de atención primaria (PCD) pueden recomendarle un especialista. También, puede buscar en el Directorio de proveedores en línea en AetnaBetterHealth.com/newjersey/find-provider o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-232-3596 (TTY: 711). Lo ayudaremos a encontrar un especialista cerca de usted.

Si un especialista está en nuestra red, su PCP puede remitirlo sin consultarnos. Si el especialista está fuera de la red, este deberá comunicarse con nosotros para que lo aprobemos y pueda atenderlo. Esto se denomina autorización previa o autorización de servicios. Los especialistas sabrán qué hacer. Es posible que algunos miembros deban consultar a un especialista de fuera de la red a largo plazo. Esto se denomina obtener una “remisión permanente”. Podemos trabajar con el especialista para que esto ocurra. El especialista deberá comunicarse con nosotros para obtener una aprobación.

Cómo obtener una segunda opinión

Puede obtener una segunda opinión de otro proveedor cuando su PCP, PCD u otro especialista le digan que necesita someterse a una cirugía o a otro tratamiento. La segunda opinión está disponible sin costo para usted. Su PCP o PCD pueden recomendarle un proveedor. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-232-3596 (TTY: 711). No necesita consultarnos si recibe una segunda opinión de un proveedor que esté en nuestra red. Si el proveedor está fuera de la red, este deberá comunicarse con nosotros para que lo aprobemos y pueda atenderlo. Esto se denomina autorización previa o autorización de servicios. Los especialistas sabrán qué hacer.

Si no tiene un PCP o PCD, podemos ayudarlo a encontrar uno que esté cerca de donde vive. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. También puede consultar nuestro Directorio de proveedores en línea en **AetnaBetterHealth.com/newjersey/find-provider**.

Transporte

Emergencia

Para una afección médica de emergencia, **LLAME AL 911**. El Plan cubre el transporte en ambulancia por tierra y aire en casos de emergencia médica para todos los miembros.

Consultas programadas

Los miembros pueden recibir otros servicios de transporte que no sean de emergencia médica mediante un proveedor contratado por Medicaid.

Para obtener más información sobre cómo conseguir un transporte para acudir a las consultas con su proveedor, llame a Modivcare al **1-866-527-9933 (TTY: 1-866-288-3133)**.

Si tiene algún problema con el servicio que recibe, puede llamar a la línea directa de reclamos de Modivcare (antes conocido como LogistiCare) al **1-866-333-1735**. El transporte debe programarse con, al menos, dos días hábiles de antelación.

Tenga la siguiente información a mano cuando llame para programar el transporte:

- El nombre del proveedor
- Dirección
- Número de teléfono
- Hora de la cita
- Tipo de transporte necesario (por ejemplo, automóvil regular, camioneta adaptada para acceso con sillas de ruedas)

Atención fuera del horario de atención

Si se enferma después de que cierre el consultorio del PCP o durante el fin de semana, excepto en casos de emergencia, llame al consultorio de todas maneras. Un servicio de mensajes telefónicos se asegurará de que el PCP reciba su mensaje. Su PCP le devolverá la llamada para indicarle qué hacer. Asegúrese de que su teléfono acepte llamadas de identidad desconocida. De lo contrario, el PCP no podrá comunicarse con usted.

Incluso puede llamar al PCP o PCD durante la noche. Es posible que deba dejar un mensaje en el servicio de mensajes telefónicos. Su PCP o PCD le devolverá la llamada para decirle qué hacer.

Si tiene una emergencia médica, SIEMPRE debe LLAMAR AL 911 o acudir a la sala de emergencias más cercana.

Línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana

También tenemos una línea de enfermería a su disposición para ayudar a responder sus preguntas médicas. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos. Llame al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** y espere hasta escuchar la opción para la línea de enfermería.

Si tiene una emergencia médica, SIEMPRE debe **LLAMAR AL 911** o acudir a la sala de emergencias más cercana.

Cobertura fuera del área de servicio

Hay momentos en los que puede estar lejos de casa y usted o su hijo necesiten atención. Aetna Better Health of New Jersey solo tiene proveedores en New Jersey. Cubriremos servicios fuera del área por razones especiales. Esto puede incluir lo siguiente:

- Servicios muy especializados que no estén disponibles en la red.
- Servicios de emergencia.
- Servicios de urgencia cuando se encuentre muy lejos del área como para regresar.
- Si su hijo necesita atención fuera del área para recibir servicios de urgencia o emergencia, no necesita comunicarse con nosotros.

Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, usted solo tiene cobertura para servicios de emergencia o para situaciones que no sean de emergencia si no es posible o no resulta práctico regresar al área de servicio, o bien cuando los servicios médicamente necesarios solo pueden brindarse en otro lugar. Para los servicios que no sean urgentes ni de emergencia, el proveedor debería comunicarse con nosotros para recibir nuestra aprobación.

Los estudiantes de tiempo completo tienen cobertura mientras residan fuera del estado para asistir a clases. El proveedor debería comunicarse con nosotros para recibir nuestra aprobación.

No se cubre la atención de rutina fuera del área de servicio o fuera del país. Si se encuentra fuera del área de servicio y necesita servicios de atención médica, llame al consultorio de su PCP. Le dirán qué hacer. El número de teléfono del PCP aparece en su identificación de miembro. Si necesita ayuda con esto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Tipos de atención

Existen tres tipos distintos de atención médica que puede recibir: preventiva, de urgencia y de emergencia.

Una emergencia es algo que ocurre de repente y que requiere actuar para recibir ayuda o alivio. Una emergencia de salud existe cuando aparecen síntomas repentinos que sugieren un riesgo grave para la salud si no se hace nada. Esto puede incluir dolor intenso, posibles riesgos para un bebé por nacer, problemas con la respiración, lesión grave y muchas otras situaciones. Aetna Better Health of New Jersey usa el estándar "persona prudente", lo que significa que el criterio de una persona razonable que indica que existe un riesgo grave para la salud es suficiente. Si una mujer embarazada tiene contracciones y no hay tiempo suficiente para llevarla a un hospital de la red para así asegurar la salud de la madre y del bebé, esto también es una emergencia.

Los servicios de emergencia están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si tiene una emergencia, **LLAME AL 911** o acuda al hospital más cercano. Incluso si se encuentra fuera del área de servicio, acuda al hospital más cercano o **LLAME AL 911**. No es necesario que el hospital pertenezca a nuestra red para recibir atención. No necesita aprobación previa para el transporte de emergencia o la atención de emergencia en el hospital.

Si considera que su vida está en peligro o que su salud está en riesgo grave, busque ayuda médica de inmediato. No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia, incluidos los exámenes de detección. Para recibir tratamiento en un caso de emergencia, realice lo siguiente:

- **LLAME AL 911** para solicitar ayuda.
- Acuda a la sala de emergencias más cercana.

IMPORTANTE: Utilice la sala de emergencias únicamente cuando tenga una verdadera emergencia. Si tiene una emergencia, **LLAME AL 911** o acuda al hospital. Si necesita atención de urgencia o de rutina, llame al número del PCP que aparece en su identificación de miembro. Pagaremos por la atención de emergencia, incluidos los exámenes de detección, cuando su afección corresponda con la definición de una emergencia según una persona prudente. Pagaremos incluso si, luego, se descubre que no se trataba de una emergencia. Una persona prudente es aquella que tiene los conocimientos de una persona promedio acerca de salud y medicina. La persona puede suponer que, si no recibe atención médica de inmediato, su salud puede estar en graves problemas.

Seguimiento después de una emergencia

Después de una emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento. Llame a su PCP para que le brinde atención de seguimiento después de ir a la sala de emergencias. No vuelva a la sala de emergencias para recibir atención de seguimiento. Hágalo solo si así se lo indica el PCP. Es posible que el Plan no cubra la atención de seguimiento recibida en una sala de emergencias.

Las afecciones de emergencia incluyen, entre otras, las siguientes:

- Una mujer en trabajo de parto
- Sangrado que no se detiene
- Huesos rotos
- Dolores en el pecho
- Ahogamiento
- Peligro de perder una extremidad o la vida
- Problemas para respirar
- Sobredosis de medicamentos o drogas
- Imposibilidad de moverse
- Desvanecimiento (desmayos)
- Intoxicación
- Convulsiones
- Quemaduras graves
- Intentos de suicidio
- Vómitos con sangre
- Para obtener información sobre **emergencias dentales,** consulte la página 60

Atención de urgencia

La atención de urgencia es el tratamiento de afecciones médicas que ocurren de repente pero que no son emergencias. Las afecciones de la siguiente lista, generalmente, no son emergencias. Es posible que necesiten atención de urgencia.

Cómo obtener atención de urgencia

Si necesita atención de urgencia, su proveedor debe darle una cita dentro de las 24 horas. No utilice la sala de emergencias para la atención de urgencia. Llame al número de teléfono del PCP que aparece en su identificación de miembro. Ya sea de día o de noche, su PCP o el proveedor de guardia le indicarán qué hacer. Si el PCP no se encuentra en el consultorio, deje un mensaje a través del servicio de mensajes telefónicos o el contestador automático, y el PCP le devolverá la llamada.

Línea de enfermería durante las 24 horas

Aetna Better Health of New Jersey tiene una línea de enfermería a su disposición para ayudar a responder sus preguntas médicas. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos. Llámenos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** y espere hasta escuchar la opción para la línea de enfermería.

Centros de atención de urgencia

A veces, necesita recibir atención fuera del horario de atención y el consultorio de su PCP está cerrado. Aetna Better Health of New Jersey tiene centros de atención de urgencia a los que puede acudir. Puede buscar en el Directorio de proveedores en línea o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Le ayudaremos a encontrar un centro de atención de urgencia cercano.

Acuda a un centro de atención de urgencia o llame al consultorio de su PCP si presenta, entre otros, lo siguiente:

- Moretones
- Resfrío
- Diarrea
- Dolor de oído
- Sarpullido
- Dolor de garganta
- Esguince
- Dolor de estómago (es posible que necesiten atención de urgencia; generalmente no se trata de una emergencia)
- Vómitos

Atención de rutina

La atención de rutina, también conocida como atención preventiva, es la atención médica que necesita para mantenerse saludable o prevenir enfermedades. Esto incluye exámenes y limpiezas dentales regulares, inmunizaciones (vacunas) y consultas de bienestar. Es muy importante que vea a su proveedor y dentista con frecuencia para recibir atención de rutina. Para programar atención de rutina, generalmente cada seis meses, a menos que su PCD recomiende consultas más frecuentes. Llame a su PCP al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Llame a su PCD o al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan al **1-855-225-1727 (TTY: 711)** para programar una cita.

Si desea elegir o cambiar su PCD por otro dentista de nuestra red de proveedores, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Si necesita ayuda para programar una cita con el PCD, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Para obtener más información sobre la atención dental de rutina, consulte la sección de Servicios de atención dental en la página 59.

En la siguiente tabla, se muestran ejemplos de cada tipo de atención y se indica qué se debe hacer. Siempre consulte a su PCP o PCD si tiene alguna pregunta acerca de su atención.

Si tiene una emergencia médica, **LLAME al 911** o acuda a la sala de emergencias más cercana. En caso de emergencias dentales que no ponen en riesgo su vida, llame o visite a su PCD. Para obtener más información sobre emergencias dentales, consulte la página 59.

TIPOS DE ATENCIÓN	QUÉ HACER
Preventiva: Es la atención habitual que los mantiene a usted o a su hijo saludables. Por ejemplo: • Controles • Exámenes anuales • Vacunas/inmunizaciones	• Llame a su proveedor para programar una cita para atención preventiva. Puede esperar que lo vean en un plazo de 28 días.
Exámenes físicos	• Exámenes físicos de rutina, como exámenes solicitados por la escuela, un campamento o el trabajo. Lo atenderán dentro de 4 semanas. • Exámenes físicos iniciales para miembros adultos nuevos. Deben atenderlo en un plazo de ciento ochenta (180) días desde la inscripción inicial. • Exámenes físicos iniciales para miembros niños nuevos (menores de 21 años) y clientes adultos de la DDD. Deben atenderlo en un plazo de noventa (90) días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción o según lo dispuesto por las pautas del programa de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT).
Consulta de urgencia/por enfermedad: Se da cuando necesita atención de inmediato, pero no está en peligro de sufrir un daño duradero ni de perder su vida. Por ejemplo: • Dolor de garganta • Gripe • Migrañas	Llame a su PCP. Incluso si es tarde a la noche o durante el fin de semana, su PCP tiene un servicio de respuesta que tomará su mensaje. Su PCP le devolverá la llamada y le indicará qué hacer. También puede acudir a un centro de atención de urgencia si tiene un problema urgente y su proveedor no puede verlo de inmediato. Busque un centro de atención de urgencia en el Directorio de proveedores en nuestro sitio web o llame al Departamento de Servicios para Miembros. o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Para consultas de urgencia o por enfermedad, puede esperar que lo vea un PCP en los plazos que se detallan a continuación: • Dentro de las 24 horas cuando necesite atención inmediata, pero sus síntomas no pongan en peligro la vida. • Dentro de las 72 horas cuando tenga síntomas médicos, pero no necesita atención inmediata.

TIPOS DE ATENCIÓN	QUÉ HACER
De emergencia: Atención que recibe cuando se produce una o más de las siguientes situaciones: • Está en peligro de sufrir un daño duradero o perder su vida si no obtiene ayuda de inmediato. • En el caso de una mujer embarazada, si ella o su feto están en peligro de sufrir un daño duradero o de perder sus vidas. • Las funciones corporales sufren un grave deterioro. • Tiene un problema grave en algún órgano o parte del cuerpo. **Las emergencias médicas incluyen lo siguiente:** • Intoxicación • Dolores repentinos en el pecho: ataque cardíaco • Otros tipos de dolor intenso • Accidente de tránsito • Convulsiones • Hemorragia muy grave, en especial en las mujeres embarazadas • Huesos rotos • Quemaduras graves • Dificultad para respirar • Sobredosis **Las emergencias dentales que puede tratar su dentista en el consultorio incluyen lo siguiente:** • Rotura de un diente natural • Un diente permanente que se desprende por un golpe • Absceso dental **Las emergencias dentales graves que deben atenderse en un departamento de emergencias en su hospital más cercano incluyen las siguientes:** • Sangrado abundante e incontrolable debido a una lesión en la boca o mandíbula • Mandíbula fracturada o dislocada • Dolor intenso o infección que provoca hinchazón facial y posible obstrucción de las vías respiratorias	**LLAME AL 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.** Puede acudir a cualquier hospital o centro que brinde servicios de emergencia y servicios de posestabilización. El Directorio de proveedores contiene una lista de los centros que brindan servicios de emergencia y de posestabilización. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-232-3596 (TTY: 711)** y solicitar el nombre y la ubicación de un centro que brinde servicios de emergencia y posestabilización. Sin embargo, **NO** es necesario que llame a nadie del plan de salud ni que llame a su proveedor antes de acudir a una sala de emergencias. Usted puede acudir a **CUALQUIER** sala de emergencias durante una emergencia o para recibir servicios de posestabilización. Si puede hacerlo, muéstreles a los miembros del personal del centro su tarjeta de identificación de Aetna Better Health of New Jersey y pídales que llamen a su proveedor. Podrá permanecer en el hospital, aunque este no forme parte de nuestra red de proveedores (en otras palabras, no sea un hospital de Aetna Better Health of New Jersey), hasta que el médico del hospital diga que su afección está estable y se lo puede transferir de manera segura a un hospital de nuestra red. **Atención de posestabilización** significa los servicios cubiertos, relacionados con una afección médica de emergencia, que se brindan después de estabilizar a un miembro para mantener la afección estabilizada. Siempre llame a su PCP o a su PCD para que le realice un seguimiento después de una emergencia. No vuelva a la sala de emergencias para recibir atención o tratamiento de seguimiento a menos que su PCP o PCD lo remita.

¿Qué no es una emergencia médica?

Las emergencias médicas que pueden tratarse en el consultorio y no en la sala de emergencias de un hospital incluyen lo siguiente:

- Gripe, resfriados, dolores de garganta, dolores de oído
- Resurtidos o solicitudes de medicamentos con receta
- Dolores de cabeza (migrañas)
- Dolor muscular
- Infecciones del tracto urinario
- Dolores de espalda
- Dolor de muelas
- Afecciones médicas que ha tenido durante mucho tiempo

¿Qué son los servicios de posestabilización?

Estos son servicios relacionados con una afección médica de emergencia. Se brindan después de que los problemas médicos inmediatos de la persona se estabilizan. Se pueden utilizar para mejorar o curar la afección de la persona.

TIPOS DE ATENCIÓN	QUÉ HACER
Mujeres embarazadas	Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación: • Tres (3) semanas luego de una prueba de embarazo positiva (en el hogar o en el laboratorio). • Tres (3) días luego de la identificación de alto riesgo. • Siete (7) días luego de la solicitud en el primer y el segundo trimestre. • Tres (3) días luego de la primera solicitud en el tercer trimestre
Remisiones a especialistas Una consulta con un especialista médico que su afección médica requiera, según lo determine su PCP	Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación: • En un plazo de cuatro (4) semanas o menos, según lo médicamente indicado. • Citas de emergencia o urgencia: dentro de las veinticuatro (24) horas a partir de la remisión.
Servicios de laboratorio y radiología	Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación: • Citas de rutina: 3 semanas • Citas de atención de urgencia: 48 horas
Citas pediátricas iniciales	Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación: • Dentro de los 90 días desde la inscripción.
Citas con el dentista	Debe llamar a su dentista para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación: • Emergencia: no más de 48 horas o antes, si lo justifica la afección. • Atención de urgencia: dentro de 3 días desde la solicitud. • Rutina: dentro de los 30 días posteriores a la solicitud. • No se requiere una remisión para ver a un dentista de la red.
Citas debido a afecciones de salud mental o a trastornos por abuso de sustancias	Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación: • Servicios de emergencia: inmediatamente tras acudir a un sitio de prestación de servicios. • Citas de atención de urgencia: dentro de las veinticuatro horas (24) desde la solicitud. • Citas de atención de rutina: dentro de los diez (10) días desde la solicitud.
Atención relacionada con la transición de género	El Plan cubre la atención de transición para las personas con diagnóstico de disforia de género. La disforia de género consiste en una profunda disconformidad que uno siente con el género con el que nace. Esta disconformidad provoca que las personas afectadas no se identifiquen con el género que se les asignó al nacer, y eso puede conducir a un fuerte deseo de vivir su vida como si fueran del otro género. Estamos comprometidos a brindar los servicios necesarios para ayudar a nuestros miembros a atravesar la fase de transición. Y, lo que es más importante aún, es que prestamos mucha atención a los objetivos de género del paciente, lo que puede incluir alguno de los siguientes servicios: • Asesoramiento • Tratamiento hormonal • Cirugía para la reasignación de género Límites de beneficios: Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura o sobre cómo recibir servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-232-3596 (TTY: 711) y seleccione la opción Administración de la atención.

Servicios cubiertos

Los cuadros en las páginas siguientes muestran qué servicios cubre NJ FamilyCare y pago por servicio (FFS) y qué servicios cubre el Plan. Si se encuentra en NJ FamilyCare C o D, es posible que deba abonar un copago en la consulta. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. Es posible que su proveedor deba solicitarnos una aprobación previa antes de que usted pueda recibir algunos servicios.

Los miembros deberán mostrar su identificación de miembro de Aetna Better Health of New Jersey y su tarjeta de Medicaid para recibir los servicios que figuran como FFS. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura o sobre cómo recibir servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Puede recibir estos servicios a través del proveedor que usted elija dentro de nuestra red. Aetna Better Health of New Jersey o su PCP lo pueden ayudar a encontrar un proveedor si necesita obtener servicios.

SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO	SERVICIOS CUBIERTOS			
	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Abortos	**Cubierto por pago por servicio FFS (todos los planes)** Abortos y servicios relacionados, incluidos (entre otros) el procedimiento quirúrgico, la anestesia, el historial, el examen físico, y los análisis de laboratorio.			
Acupuntura	**Cubierto por Aetna Better Health of New Jersey (Aetna) (todos los planes)**			
Servicios para el autismo	**Cubierto por Aetna y FFS (todos los planes)** Solo están cubiertos para los miembros menores de 21 años con trastorno del espectro autista. Los servicios cubiertos incluyen tratamiento de análisis conductual aplicado (ABA), servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa, servicios de integración sensorial (SI), servicios de salud asociados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) y servicios basados en el desarrollo de las relaciones, incluidos, entre otros, DIR, DIR Floortime y la terapia de enfoque Greenspan.			
Sangre y derivados de la sangre	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** La sangre total y sus derivados, así como los costos necesarios para el procesamiento y la administración, están cubiertos. La cobertura es ilimitada (no hay límite para el volumen ni la cantidad de derivados de la sangre). La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre.			
Medición de la masa ósea	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubre una medición cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario), así como la interpretación de los resultados realizada por un médico.			
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Todas las personas de 20 años o más tienen una prueba de detección de enfermedades cardiovasculares anual cubierta. Cuando se determine que es médicamente necesario, se cubrirán pruebas con más frecuencia.			
Servicios de quiropráctica	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Cubre la manipulación de la columna.			

SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO	SERVICIOS CUBIERTOS			
	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Prueba de detección de cáncer colorrectal	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubre cualquier gasto en el que se incurra al realizar pruebas de detección de cáncer colorrectal en intervalos regulares para los beneficiarios de 45 años o más y para aquellos de cualquier edad que sean considerados personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal. **Enema de bario: Cubierto por Aetna** (está cubierto una vez cada 48 meses cuando se utiliza esta prueba en lugar de una colonoscopia o sigmoidoscopia flexible). **Colonoscopia: Cubierta por Aetna** (está cubierta una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible como prueba de detección). **Prueba de sangre oculta en heces: Cubierta por Aetna** (cubierta una vez cada 12 meses). **Sigmoidoscopia flexible: Cubierta por Aetna** (cubierta una vez cada 48 meses).			
Servicios dentales	**Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)** Se cubren servicios de diagnóstico, preventivos, restaurativos, de endodoncia, periodontales, protésicos y de cirugía bucal y maxilofacial, al igual que otros servicios generales complementarios. Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica. Se permiten los servicios de ortodoncia para niños. Dichos servicios están restringidos por edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión que produce una discapacidad o de necesidad médica. Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: evaluaciones (exámenes) bucales, radiografías y otras imágenes de diagnóstico, limpieza dental (profilaxis), tratamientos tópicos con flúor, empastes, coronas, tratamiento de conducto, raspado y pulido radicular, dentaduras completas y parciales, procedimientos quirúrgicos bucales (incluyen extracciones), sedación/anestesia intravenosa (cuando sea médicamente necesaria). Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y las radiografías necesarias están cubiertos dos veces por año rotativo. Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para los miembros con necesidades de atención médica especiales. El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica. Los menores deben tener su primer examen dental cuando tienen un año o cuando les sale el primer diente, lo que ocurra primero.		**Cubierto por Aetna (Planes C, D)** Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica. Se permiten los servicios de ortodoncia para niños. Dichos servicios están restringidos por edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión que produce una discapacidad o de necesidad médica. Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: evaluaciones (exámenes) bucales, radiografías y otras imágenes de diagnóstico, limpieza dental (profilaxis), tratamientos tópicos con flúor, empastes, coronas, tratamiento de conducto, raspado y pulido radicular, dentaduras completas y parciales, procedimientos quirúrgicos bucales (incluyen extracciones), sedación/anestesia intravenosa (cuando sea médicamente necesaria). Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y las radiografías necesarias están cubiertos dos veces por año rotativo. Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para los miembros con necesidades de atención médica especiales. El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica. Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y las radiografías necesarias están cubiertos dos veces por año rotativo. Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para los miembros con necesidades de atención médica especiales. El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica. Los menores deben tener su primer examen dental cuando tienen un año o cuando les sale el primer diente, lo que ocurra primero. **Los miembros de NJ FamilyCare C and D tienen un copago de $5 por consulta dental (salvo para servicios preventivos y de diagnóstico).**	

SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO	SERVICIOS CUBIERTOS			
	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Pruebas de detección de diabetes	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubren las pruebas de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.			
Suministros para la diabetes	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Están cubiertos los glucómetros, las tiras reactivas, la insulina, las lancetas, las jeringas, las bombas de insulina, los dispositivos de infusión de insulina y fármacos orales para controlar la glucosa. Están cubiertos el calzado terapéutico o las plantillas para aquellas personas con pie diabético. El calzado o las plantillas deben estar indicados por un podiatra (u otro médico calificado) y debe adquirirlas de un podiatra, ortesista, protesista o pedortista.			
Pruebas y control de la diabetes	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubren exámenes de la vista anuales para la retinopatía diabética, así como exámenes de los pies cada seis meses para los miembros con neuropatía periférica y pérdida de la sensibilidad protectora.			
Radiología diagnóstica y terapéutica, y servicios de laboratorio	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Cubre (entre otros) tomografías computadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y radiografías.			
Equipo médico duradero (DME)	**Cubierto por Aetna (todos los planes)**			
Atención de emergencia	**Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)** Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias.		**Cubierto por Aetna (Plan C)** Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias. **Copago de $10**	**Cubierto por Aetna (Plan D)** Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias. **Copago de $35**

SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO	SERVICIOS CUBIERTOS			
	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)	**Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP)** La cobertura incluye, entre otros: atención para el bienestar infantil; exámenes de detección preventivos; exámenes médicos; exámenes de detección y servicios dentales, de la vista y auditivos (así como cualquier tratamiento que se identifique como necesario a partir de un examen o una prueba de detección); inmunizaciones (incluido el calendario de inmunización infantil completo); pruebas de detección de plomo y servicios de atención de enfermería privada. La atención de enfermería privada está cubierta para beneficiarios EPSDT elegibles menores de 21 años de edad que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.	**Cubierto por Aetna (Planes B, C, D)** Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura incluye pruebas de detección tempranas y periódicas y exámenes médicos de diagnóstico, servicios dentales, de la vista, auditivos y de detección de plomo.		
Servicios y suministros de planificación familiar	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** El Plan reembolsará los servicios de planificación familiar proporcionados por los proveedores no participantes de la red según la lista de honorarios de Medicaid. El beneficio de la planificación familiar ofrece cobertura de los servicios y suministros para prevenir o demorar el embarazo, y puede incluir lo siguiente: educación y asesoramiento sobre el método anticonceptivo deseado o utilizado actualmente por la persona, o una consulta médica para cambiar el método anticonceptivo. También incluye, entre otros, lo siguiente: esterilizaciones, definidas como cualquier procedimiento médico, tratamientos u operaciones a los fines de hacer que una persona no pueda reproducirse de manera permanente. Los servicios cubiertos incluyen la historia clínica y exámenes físicos (incluidos los de la pelvis y del pecho), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos (incluidos los kits de pruebas de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención y asesoramiento genético. **Excepciones: Los servicios relacionados principalmente con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad no están cubiertos (ya sea que los brinde un proveedor dentro de la red o fuera de la red).**			
Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC)	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se incluyen los servicios de atención para pacientes externos y de atención primaria de parte de organizaciones comunitarias.			

SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO	SERVICIOS CUBIERTOS			
	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Servicios auditivos/ Audiología	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubren los exámenes de audición de rutina, exámenes de audición de diagnóstico y pruebas de equilibrio, exámenes otológicos y para audífonos antes de recetar audífonos, exámenes para ajustar audífonos, exámenes y ajustes de seguimiento, y reparaciones pasada la fecha de garantía. Los audífonos o implantes cocleares, así como los accesorios y suministros relacionados, están cubiertos.			
Servicios de agencias de atención médica a domicilio	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Cubre servicios de enfermería y tratamiento proporcionados por un enfermero certificado, un enfermero auxiliar diplomado o un auxiliar de atención médica a domicilio.			
Servicios de atención de hospicio	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubren los medicamentos para el alivio del dolor y el control de los síntomas, los servicios médicos, de enfermería y sociales, y determinados equipos médicos duraderos y otros servicios, incluido el asesoramiento espiritual y para el duelo. Se cubren tanto en la comunidad como en los entornos institucionales. Se incluye habitación y comida solo cuando los servicios se brindan en entornos institucionales (no residenciales). La atención de hospicio para inscritos menores de 21 años cubrirá la atención paliativa y curativa. **NOTA: Cualquier atención que no se relacione con la afección terminal del inscrito se cubre en la misma medida en que se cubriría en otras circunstancias.**			
Inmunizaciones	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Cubre las vacunas de la gripe, hepatitis B, vacunas contra el neumococo y otras vacunas recomendadas para adultos. El calendario de vacunación infantil completo está cubierto como parte del EPSDT.			
Atención hospitalaria para pacientes internados	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubre la estadía en hospitales de acceso crítico; centros de rehabilitación para pacientes internados; atención de salud mental para pacientes internados; alojamiento en una habitación semiprivada; servicios de médicos y cirujanos; anestesia; laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico; fármacos y medicamentos; servicios terapéuticos; enfermería general; y otros servicios y suministros que suele brindar el hospital. **Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se incluye habitación y comida; enfermería y otros servicios relacionados; uso de las instalaciones del hospital/hospitales de acceso crítico; drogas y productos biológicos; suministros, dispositivos y equipos; determinados servicios diagnósticos y terapéuticos; servicios médicos o quirúrgicos brindados por determinados practicantes o residentes en formación, y servicios de transporte (se incluye el traslado en ambulancia). **Atención psiquiátrica: Para obtener información sobre la cobertura, consulte la tabla de salud conductual.**			
Mamografías	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubre una mamografía inicial para las mujeres de entre 35 y 39 años, y una mamografía por año para las de 40 años o más y para aquellas que tienen un historial familiar de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Hay pruebas de detección adicionales si existe necesidad médica.			

<table>
<tr><th rowspan="2">SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO</th><th colspan="4">SERVICIOS CUBIERTOS</th></tr>
<tr><th>PLAN A/ABP</th><th>PLAN B</th><th>PLAN C</th><th>PLAN D</th></tr>
<tr><td>Servicios de salud para la madre y el bebé</td><td colspan="4">Cubierto por Aetna (todos los planes)
Se cubren los servicios médicos para la atención perinatal y los servicios relacionados con la atención del recién nacido y los exámenes de detección auditivos, como la atención de partería, la atención de Centering Pregnancy, los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) en el período posparto inmediato y todos los servicios dentales (que incluyen, entre otros, la atención preventiva dental adicional y los servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).
También se cubren la educación sobre el parto, el cuidado de una doula y el apoyo para la lactancia.
El equipo de amamantamiento, incluidos los sacaleches y los accesorios, están cubiertos como un beneficio de DME.</td></tr>
<tr><td>Atención médica diurna (servicios de salud diurnos para adultos)</td><td>Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP)
Un programa que proporciona servicios preventivos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación bajo la supervisión de médicos y enfermeros en un entorno de atención ambulatoria (paciente externo) y que se brinda para satisfacer las necesidades de las personas que tienen discapacidades físicas o cognitivas con el fin de apoyar la vida en la comunidad.</td><td colspan="3">No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D</td></tr>
<tr><td>Servicios de enfermeras parteras</td><td colspan="2">Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)</td><td colspan="2">Cubierto por Aetna (Planes C, D)
Copago de $5 por consulta (salvo para consultas de atención prenatal)</td></tr>
<tr><td>Servicios en centros de atención de enfermería</td><td>Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP)</td><td colspan="3">Sin cobertura para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D
Atención a largo plazo (cuidado asistencial), cubierto por Aetna: Con cobertura para aquellos que necesitan un nivel de atención de cuidado asistencial (MLTSS). Es posible que los miembros tengan responsabilidad de pago del paciente.
Centro de atención de enfermería (hospicio), cubierto por Aetna: La atención de hospicio puede estar cubierta en un centro de atención de enfermería. *Consulte la sección Servicios de atención de hospicio.
Centro de atención de enfermería (especializada), cubierto por Aetna: Incluye la cobertura de servicios de rehabilitación que se llevan a cabo en el entorno de un centro de atención de enfermería.
Centro de atención de enfermería (atención especial), cubierto por Aetna: La atención en un centro de atención de enfermería especial (SCNF) o en una unidad de un SCNF separada y distinta, dentro de un centro de atención de enfermería convencional certificado por Medicaid, está cubierta para los miembros para los que se haya determinado que requieren servicios intensivos en un centro de atención de enfermería, fuera del alcance de un centro de atención de enfermería convencional.</td></tr>
</table>

SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO	SERVICIOS CUBIERTOS			
	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Trasplantes de órganos	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubren los trasplantes de órganos médicamente necesarios; se incluyen, entre otros: de hígado, de pulmón, de corazón y pulmón, de páncreas, de riñón, de hígado, de córnea, de intestino y de médula ósea (incluidos los trasplantes de médula ósea autólogos). Se incluyen los costos del receptor y del donante.			
Cirugía para pacientes externos	**Cubierto por Aetna (todos los planes)**			
Consultas en hospitales o clínicas para pacientes externos	**Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)**		**Con cobertura de Aetna (Planes C, D)** **Copago de $5 por consulta (no hay copago si la consulta es por servicios preventivos).**	
Rehabilitación para pacientes externos (terapia ocupacional, fisioterapia, patología del habla y del lenguaje)	**Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP)** Se cubre la fisioterapia, la terapia ocupacional, la patología del habla y la terapia de rehabilitación cognitiva.	**Cubierto por Aetna (Planes B, C, D)** Se cubre la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla y del lenguaje.		
Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)** Se cubren las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos una vez cada 12 meses para todas las mujeres, independientemente del nivel de riesgo de cáncer de cuello de útero o vaginal determinado. Los exámenes clínicos de mamas para todas las mujeres están cubiertos una vez cada 12 meses. Todos los costos de laboratorio asociados con los exámenes indicados están cubiertos. Los exámenes se cubren con más frecuencia en los casos en los que se consideren necesarios por motivos de diagnóstico médico.			
Asistente para la atención personal	**Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP)** Se cubren tareas relacionadas con la salud realizadas en el domicilio del beneficiario por una persona calificada, bajo la supervisión de un profesional en enfermería certificado, según la certificación de un médico de acuerdo con el plan de atención por escrito del beneficiario.	**Cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D mediante EPSDT**		

SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO	SERVICIOS CUBIERTOS			
	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Podiatría	**Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)** Se cubren los exámenes de rutina y los servicios de podiatría médicamente necesarios, así como el calzado terapéutico o las plantillas para aquellas personas con casos graves de pie diabético, y los exámenes para adaptar dicho calzado o plantillas. **Excepciones: La atención de rutina para la higiene de los pies, como el tratamiento de callos, el recorte de uñas y la atención para la limpieza o la inmersión de los pies solo se cubren en el tratamiento de una afección patológica asociada.**		**Cubierto por Aetna (Planes C, D)** Se cubren los exámenes de rutina y los servicios de podiatría médicamente necesarios, así como el calzado terapéutico o las plantillas para aquellas personas con casos graves de pie diabético, y los exámenes para adaptar dicho calzado o plantillas. **Copago de $5 por consulta para los miembros de NJ FamilyCare C y D** **Excepciones: La atención de rutina para la higiene de los pies, como el tratamiento de callos, el recorte de uñas y la atención para la limpieza o la inmersión de los pies solo se cubren en el tratamiento de una afección patológica asociada.**	
Medicamentos con receta	**Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)** Se incluyen los medicamentos con receta (con leyenda y sin leyenda, incluidos los medicamentos administrados por un médico); las vitaminas y los productos minerales recetados (excepto las vitaminas prenatales y el flúor) que incluyen, entre otros, las vitaminas terapéuticas como las de alta potencia A, D, E, hierro, cinc y minerales, como el potasio y la niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.		**Cubierto por Aetna (Planes C, D)** Se incluyen los medicamentos con receta (con leyenda y sin leyenda, incluidos los medicamentos administrados por un médico); las vitaminas y los productos minerales recetados (excepto las vitaminas prenatales y el flúor) que incluyen, entre otros, las vitaminas terapéuticas como las de alta potencia A, D, E, hierro, cinc y minerales, como el potasio y la niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos. **Para los miembros de NJ FamilyCare C y D, hay un copago de $1 para los medicamentos genéricos y un copago de $5 para los medicamentos de marca.**	
Servicios médicos: Atención primaria y de especialidad	**Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP, B)** Se cubren los servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes externos.		**Cubierto por Aetna (Planes C, D)** Se cubren los servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes externos. **Copago de $5 por consulta (salvo consultas de bienestar infantil de acuerdo con el cronograma recomendado de la Academia Estadounidense de Pediatría; tratamientos y pruebas de detección de plomo; inmunizaciones correspondientes a la edad; atención prenatal; y pruebas de Papanicolaou cuando sean necesarias).**	
Atención de enfermería privada	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** La atención de enfermería privada está cubierta para los miembros que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad. **La atención de enfermería privada solo está disponible para los beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para los miembros con MLTSS (de cualquier edad).**			
Examen de detección de cáncer de próstata	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** Se cubre un examen de diagnóstico anual, que incluye el tacto rectal y el análisis del antígeno prostático específico (PSA) para los hombres de 50 años o más que sean asintomáticos y para los hombres de 40 años o más que tengan un historial familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo para el cáncer de próstata.			

SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO	SERVICIOS CUBIERTOS			
	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Dispositivos ortésicos y protésicos	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** La cobertura incluye, entre otros, dispositivos ortopédicos para piernas, brazos y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales y reemplazos; determinadas prótesis mamarias luego de la mastectomía; y prótesis para reemplazar una función o parte interna del cuerpo. También se cubre la reparación certificada de calzado, audífonos y dentaduras.			
Diálisis renal	**Cubierto por Aetna (todos los planes)**			
Exámenes físicos anuales de rutina	**Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)**		**Cubierto por Aetna (Planes C, D)** **Sin copago**	
Servicios para dejar de fumar/ vapear	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** La cobertura incluye el asesoramiento para ayudarlo a dejar de fumar o vapear, medicamentos como bupropión, vareniclina, inhaladores orales de nicotina y espráis nasales de nicotina, así como productos de venta sin receta, entre ellos, los parches transdérmicos de nicotina, la goma de mascar de nicotina y las pastillas de nicotina. El siguiente recurso está disponible para ayudarlo a dejar de fumar o vapear: **Línea para dejar de fumar de NJ**: Diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y reciba apoyo de los asesores. Llame al número gratuito 1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY: 711), de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 09:00 p. m. (excepto feriados), sábados de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y domingos de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., hora del este. El programa está disponible en 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en njquitline.org.			
Transporte (emergencia) (ambulancia, unidad móvil de cuidados intensivos)	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** La cobertura de atención de emergencia incluye, entre otros, ambulancia y unidad de terapia intensiva móvil. El transporte aéreo de emergencia está cubierto cuando es médicamente necesario.			
Transporte (no de emergencia) (ambulancia que no sea de emergencia, vehículos de asistencia médica/MAV, servicio de vehículos de alquiler, clínica)	**Con cobertura de FFS (todos los planes)** El plan de pago por servicio de Medicaid cubre todo el transporte que no sea de emergencia, como los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), y la ambulancia de soporte vital básico (SVB) que no sea de emergencia (camilla). Los servicios de alquiler de vehículos, como pasajes o pases de autobús y tren, servicios de vehículos y reembolso de millas, también están cubiertos. Es posible que se requieran órdenes médicas u otra coordinación por parte del plan de salud, del PCP o de los proveedores. **Los servicios de transporte de Modivcare están cubiertos para los miembros de NJ FamilyCare A, ABP, B, C y D. Todo el transporte, incluido el servicio de alquiler de vehículos, está disponible para todos los miembros, incluso los B, C y D.**			
Atención médica de urgencia	**Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)** Se cubre para tratar una enfermedad o lesión repentina que no sea una emergencia médica pero que es potencialmente dañina para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de las 24 horas para evitar que empeore su afección).		**Cubierto por Aetna (Planes C, D)** Se cubre para tratar una enfermedad o lesión repentina que no sea una emergencia médica pero que es potencialmente dañina para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de las 24 horas para evitar que empeore su afección). **NOTA: Es posible que haya un copago de $5 para recibir atención médica de urgencia de parte de un médico, optometrista, dentista o profesional en enfermería.**	

SERVICIO/ BENEFICIO CUBIERTO	SERVICIOS CUBIERTOS			
	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Servicios de atención de la vista	**Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)** Los servicios de atención de la vista médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido un examen completo de la vista al año, están cubiertos. Los servicios de optometristas y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para visión reducida, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares, están cubiertos. Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para los miembros con diabetes. Se cubre un examen de la vista para el glaucoma cada cinco años para las personas de 35 años o más, y cada 12 meses para quienes tienen alto riesgo de padecer glaucoma. Determinados exámenes de diagnóstico adicionales están cubiertos para los miembros con degeneración macular asociada a la edad.		**Cubierto por Aetna (Planes C, D)** Los servicios de atención de la vista médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido un examen completo de la vista al año, están cubiertos. Los servicios de optometristas y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para visión reducida, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares, están cubiertos. Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para los miembros con diabetes. Se cubre un examen de la vista para el glaucoma cada cinco años para las personas de 35 años o más, y cada 12 meses para quienes tienen alto riesgo de padecer glaucoma. Determinados exámenes de diagnóstico adicionales están cubiertos para los miembros con degeneración macular asociada a la edad. **Copago de $5 por consulta para los servicios de un optometrista.**	
	Lentes correctivos: Cubiertos por Aetna (todos los planes) Se cubre 1 par de lentes y marcos, o lentes de contacto, cada 24 meses para los beneficiarios de 19 a 59 años, y una vez al año para aquellos de 18 años o menos y de 60 años o más. Se cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular.			

Programa de teléfonos celulares

Los miembros elegibles pueden obtener servicios de teléfonos móviles de Lifeline MÁS un teléfono inteligente Android™ SIN CARGO.

Los clientes del servicio Assurance Wireless de Lifeline de New Jersey obtienen lo siguiente:

- Datos sin cargo todos los meses
- Mensajes de texto ilimitados todos los meses
- Minutos gratuitos mensuales
- MÁS un teléfono inteligente Android

Los beneficios EXTRA de Aetna Better Health of New Jersey incluyen:

- Consejos de salud y recordatorios por mensaje de texto
- Llamadas al Departamento de Servicios para Miembros que no le costarán minutos de su paquete mensual
- Comunicación personal por mensaje de texto con el equipo de atención médica.

¿Ya tiene Lifeline?

¡Cambiar por Assurance Wireless hoy es muy simple! Obtenga el servicio Assurance Wireless de Lifeline + extras de salud de Aetna sin cargo. Obtenga más información sobre lo que se cubre en **AetnaBetterHealth.com/newjersey/whats-covered.html**.

Servicios de salud conductual

Aetna Better Health of New Jersey cubre una gran cantidad de beneficios de salud conductual para usted. La salud conductual incluye los servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias. Aetna Better Health of New Jersey cubre algunos de estos servicios, mientras que el plan de pago por servicio de Medicaid (FSS) paga directamente otros. En la tabla a continuación, encontrará la información.

Al solicitar autorización previa o coordinar de otra manera para recibir servicios de salud conductual (BH), los miembros y proveedores deben llamar a la Entidad de gestión interina (IME) para obtener información sobre los servicios cubiertos por el FSS al **1-844-276-2777**. Los miembros y proveedores deben llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener servicios cubiertos por Aetna Better Health of New Jersey al **1-855-232-3596**.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los servicios para el autismo se detallan en la Tabla de beneficios principal en la página 31 .

SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	DDD, MLTSS O FIDE SNP	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
SALUD MENTAL					
Rehabilitación de salud mental para adultos (departamentos y hogares grupales supervisados)	**Cubierto por Aetna (DDD, MLTSS o FIDE SNP)**	**Con cobertura de FFS**	**Sin cobertura (Planes B, C, D)**		
Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados	**Cubierto por Aetna (todos los planes)** La cobertura incluye servicios en un hospital de cuidados agudos.				
Red de practicantes independientes o IPN (Trabajador social clínico autorizado, psiquiatra, psicólogo o enfermero de prácticas avanzadas)	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)**				
Servicios de salud mental para pacientes externos	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)** La cobertura incluye los servicios recibidos en una clínica independiente o un entorno hospitalario para pacientes externos. Los servicios en estos entornos están cubiertos para los miembros de todas las edades.				
Atención parcial de salud mental	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)** Límite de 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días por semana). Se requiere autorización previa.				
Hospitalización parcial aguda de salud mental	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)** La admisión solo puede realizarse mediante un centro de detección de emergencias psiquiátricas o luego del alta de un paciente internado por internación psiquiátrica. Se requiere autorización previa.				
Hospitalización psiquiátrica parcial	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)** Se requiere autorización previa.				
Servicios de emergencia psiquiátrica (PES)/Servicios de emergencia afiliados (AES)	**Cubiertos por FFS para todos los miembros (todos los planes)**				
SERVICIOS PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS La Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (ASAM) ofrece pautas que se utilizan para determinar qué clase de tratamiento por trastorno por abuso de sustancias (SUD) es adecuado para las personas que necesitan servicios de SUD. Algunos de los servicios de esta tabla muestran el nivel de ASAM asociado con ellos (se incluye el acrónimo ASAM, seguido de un número).					

SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	DDD, MLTSS O FIDE SNP	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
Desintoxicación/Manejo de la abstinencia ambulatoria con monitoreo en el centro	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)**				
Desintoxicación/Manejo de la abstinencia en pacientes internados (en el hospital)	**Con cobertura de Aetna para todos los miembros (todos los planes)**				
Tratamiento residencial a largo plazo (LTR) por trastornos por abuso de sustancias	**Cubierto por Aetna (DDD, MLTSS o FIDE SNP)**	**Con cobertura de FFS (Planes A/ABP, B, C, D)**			
Tratamiento por adicciones en el consultorio (OBAT)	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)** Se cubre la coordinación de los servicios para pacientes en función de la necesidad para crear y mantener un plan de atención por SUD integral e individualizado y para hacer remisiones a programas de apoyo comunitarios según sea necesario.				
Desintoxicación/Manejo de abstinencia fuera del hospital (entorno residencial SUD)	**Cubierto por Aetna (DDD, MLTSS o FIDE SNP)**	**Con cobertura de FFS (Planes A/ABP, B, C, D)**			
Servicios de tratamiento con opioides	**Cubierto por Aetna (DDD, MLTSS o FIDE SNP)**	**Con cobertura de FFS (Planes A/ABP, B, C, D)** Se incluye la cobertura del tratamiento asistido con medicación con metadona (MAT) y del tratamiento asistido con medicación sin metadona. La cobertura del tratamiento asistido con medicación sin metadona incluye, entre otros, el tratamiento con medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y el suministro y la administración de dichos medicamentos; el asesoramiento por trastorno por el abuso de sustancias; el tratamiento individual o grupal; y las pruebas toxicológicas.			
Cuidados intensivos como paciente externo para trastornos por el abuso de sustancias (IOP)	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)** Se requiere autorización previa.				
Atención como paciente externo para trastornos por el abuso de sustancias (OP)	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)**				
Atención parcial para trastornos por el abuso de sustancias (PC)	**Con cobertura de Aetna (todos los planes)** Se requiere autorización previa.				
Servicios residenciales de asesoramiento a corto plazo para trastornos por el abuso de sustancias (STR)	**Cubierto por Aetna (DDD, MLTSS o FIDE SNP)**	**Con cobertura de FFS (Planes A/ABP, B, C, D)**			

Los miembros de MLTSS recibirán la mayoría de los servicios de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias del Plan. Se pueden aplicar exclusiones. Los miembros que son clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y MLTSS también recibirán la mayoría de los servicios de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias del Plan.

Los servicios de salud mental o abuso de sustancias tendrán que estar coordinados entre el proveedor autorizado de NJ FamilyCare y el Plan. Esto incluye ciertos medicamentos para los cuales su proveedor puede tener que recibir autorización previa antes de que se obtenga el medicamento con receta si se necesitan más de cuatro recetas en un mes. Primero, su proveedor debe llamarnos para solicitar una aprobación para que usted pueda obtener los medicamentos que requieren autorización previa.

Trastorno del espectro autista (TEA)

Servicios para el autismo cubiertos por Aetna Better Health of New Jersey.

Están cubiertos para los miembros menores de 21 años que tienen un diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa; servicios de integración sensorial; tratamiento de análisis conductual aplicado (ABA) y enfoques basados en el desarrollo de las relaciones (DIR). Ambas intervenciones, ABA y DIR, incluyen la capacitación de padres y cuidadores. El ABA es altamente estructurado y se centra en limitar o reforzar conductas específicas. Los enfoques basados en el desarrollo de las relaciones (DIR) se centran principalmente en el desarrollo socioemocional. A los miembros con cobertura también se les ofrecerá la administración de atención integrada para garantizar que reciben la atención adecuada y las remisiones a servicios adicionales, incluidos aquellos facilitados por el Departamento del Niño y la Familia de NJ y el sistema de atención de los niños.

Tratamiento de las adicciones en el consultorio (OBAT)

Aetna Better Health of NJ tiene un programa nuevo. El programa busca asistir a los miembros que quieren recibir ayuda con el abuso de sustancias, incluido el abuso de opioides, alcohol o múltiples sustancias. El programa es compatible con el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) El programa nuevo se llama tratamiento de adicciones en el consultorio (OBAT). Este programa nuevo permitirá que los proveedores, incluidos los PCP, los obstetras/ginecólogos y los especialistas participen en el programa. Los miembros podrán ir al consultorio del proveedor de OBAT y recibir medicamentos que los ayuden con el consumo de sustancias. Los proveedores de OBAT tendrán algo que se llama Navegador. El Navegador trabajará estrechamente con nuestros miembros.

Entre las responsabilidades del Navegador y el proveedor, se incluyen las siguientes:

- Entablar relaciones con los proveedores de la comunidad.
- Desarrollar un plan de atención con el miembro.
- Programar consultas de seguimiento.
- Programar citas de servicios de asesoramiento.
- Asistir con los servicios sociales.
- Asistir con recursos y apoyo para la recuperación.
- Brindar educación al miembro y a la familia.
- Remitir a niveles de atención alternativos según corresponda.
- Coordinar la atención con los proveedores Premier y los Centros de excelencia según sea necesario.

Los proveedores de OBAT se encuentran en nuestro Directorio de proveedores en la sección Tratamiento de adicciones en el consultorio (OBAT). O bien, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para obtener asistencia.

Servicios de apoyo de pares

Un especialista en apoyo de pares es alguien que atravesó una experiencia de abuso de sustancias o diagnósticos de salud mental que tiene experiencias de vida comunes con nuestros miembros. Los especialistas en apoyo de pares tienen una certificación en apoyo de pares. El apoyo de pares se brinda en algunos entornos de proveedores para asistir a los miembros en su camino a la recuperación. Además, Aetna Better Health tiene un especialista en apoyo de pares.

Para obtener servicios de apoyo de pares, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Los servicios de apoyo de pares no son clínicos e incluyen lo siguiente:

- Miembros que brindan apoyo a los objetivos de recuperación.
- Ayuda con el desarrollo de habilidades para enfrentar el problema, planes de acción para la recuperación, herramientas de bienestar y resolución de problemas.
- Asistencia a citas de salud conductual y médicas para apoyar al miembro para que tenga confianza en sí mismo ante el proveedor y garantizar que reciba la mejor atención.
- Provisión de recursos comunitarios.
- Identificación de necesidades de atención médica.
- Provisión de servicios que coinciden con la cultura, el idioma y la religión del miembro.

Servicios de salud conductual para clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)

Los miembros de los MLTSS y los miembros que son clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) pueden recibir los siguientes servicios del Plan:

- Hospitalización de pacientes en un centro hospitalario de cuidados agudos
- Terapia individual, grupal y familiar en pacientes externos para tratar trastornos de la salud mental y de abuso de sustancias
- Programas diarios de atención parcial/hospitalización parcial/hospitalización parcial en centros de cuidados agudos para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias
- Rehabilitación de salud mental para adultos (departamentos y hogares grupales supervisados)
- Servicios de cuidados agudos basados en hospitales para trastornos de salud mental y abuso de sustancias
- Servicios intensivos para pacientes externos (IOP) para trastornos de abuso de sustancias
- Desintoxicación médica para pacientes internados/manejo de la abstinencia en pacientes internados médicamente administrados (hospital)
- Tratamiento residencial a corto plazo para trastornos de abuso de sustancias
- Manejo de la abstinencia en pacientes médicamente controlados fuera del hospital
- Manejo de la abstinencia en pacientes ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias
- Tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por abuso de sustancias

Examine la lista de servicios cubiertos en la página 31. Para buscar un proveedor de servicios de salud conductual, consulte el Directorio de proveedores. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Le ayudaremos a encontrar un proveedor que esté cerca de usted.

Si considera que usted o algún familiar necesitan ayuda con un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias, haga lo siguiente:

- Comuníquese con su PCP.
- Comuníquese con Servicios de adicción de NJ al **1-844-276-2777**.

Crisis de salud conductual

Si tiene una crisis de salud conductual, es importante que reciba ayuda de inmediato. **Llame al 988 como primera medida o vaya a la sala de emergencias más cercana si tiene pensamientos relacionados con hacerse daño o dañar a terceros.**

Puede llamarnos durante las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener ayuda. Llame al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** y seleccione la opción 9. Lo comunicaremos con un médico clínico que lo ayudará.

Programa Better Care

Beneficios y servicios adicionales

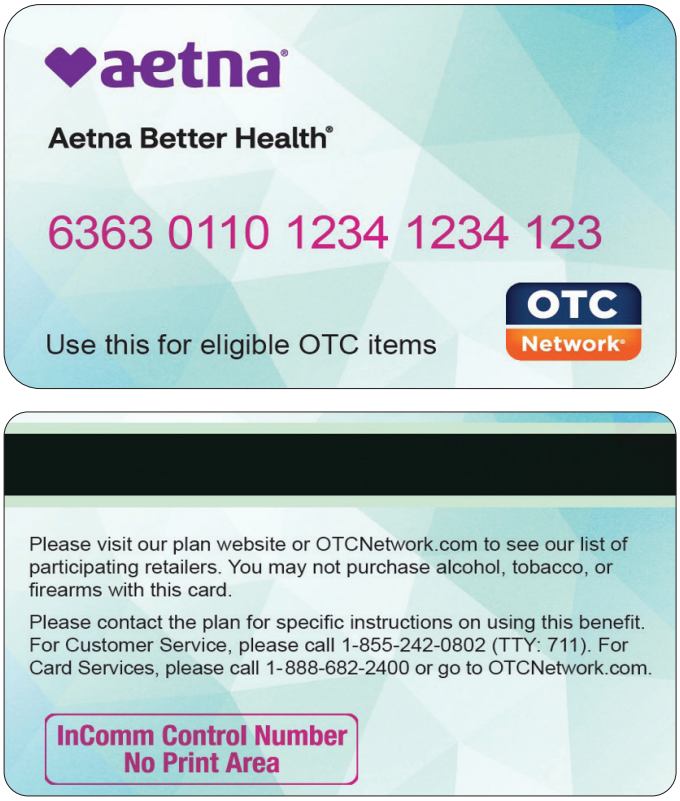
Le brindamos servicios sin costo para usted. A continuación, figura una lista de los beneficios y servicios que los miembros obtienen como recompensa exclusiva por conductas saludables, como completar un examen dental. Para obtener más información sobre el programa Better Care, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-232-3596 (TTY: 711).

TIPO DE INCENTIVO	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD
Consultas dentales anuales (ADV): Tarjeta de regalo de $30* por completar una consulta dental por año calendario.	Miembros de 0 a 20 años de edad.
Prueba de detección de plomo en niños (LSC): Tarjeta de regalo de $30* por completar una prueba de detección de plomo antes de los dos años de edad.	Edades de 6 meses a 2 años. Se ofrece un incentivo por año calendario.
Baby Box (Caja para el bebé) Personas que dan a luz y han tenido un nacimiento vivo.	Este incentivo proporcionará una caja con productos para bebés para las personas que acaban de dar a luz y tener un nacimiento vivo. Dentro de esta caja, encontrará lo siguiente: • Paño para cubrirse la ropa • Toallitas de limpieza • Bolso bandolera • Pañales • Termómetro

*Para los incentivos con monto en dólares, recibirá una tarjeta de regalo. Puede usar esta tarjeta para comprar los productos que necesita en tiendas participantes como Walmart, CVS, Dollar General y más. Su tarjeta solo se puede utilizar para productos aprobados. Tenga en cuenta que las recompensas están disponibles hasta un máximo de $50 por persona (o miembro). Por ejemplo, si una persona (padre/madre o hijo) reúne los requisitos para dos recompensas, la primera se pagará por el valor total de $30 y la segunda se pagará por el valor de $20.

Tres sencillos pasos para disfrutar de sus beneficios

- **Active su tarjeta.**
  Llame al 1-888-682-2400 (TTY: 711) y escriba su identificación de miembro del plan (algunos planes exigen la fecha de nacimiento). O bien, actívela en línea en mybenefitscenter.com. Una vez que se haya activado su tarjeta, podrá comprar con los fondos disponibles.
- **Visite una tienda minorista participante.**
  Utilice su tarjeta en una tienda minorista participante. Deslice su tarjeta cuando pague, y todos los productos elegibles, sujetos al monto del saldo disponible, estarán cubiertos.
- **Compre en tiendas físicas o en línea.**
  Utilice su tarjeta para comprar en línea o en tiendas físicas en las tiendas minoristas participantes. En la contraportada de este documento o en línea encontrará una lista completa de las tiendas minoristas participantes.



Para consultar el saldo de su tarjeta, llame al 1-888-682-2400 (TTY: 711) o visite mybenefitscenter.com.

Conserve su tarjeta. Si reúne los requisitos para otros incentivos, sus beneficios se recargarán en su tarjeta.

Productos NO cubiertos con la tarjeta de productos de venta libre (OTC):

Alcohol, armas de fuego, lotería, tabaco.

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-242-0802 (TTY: 711).

Servicios y apoyos administrados a largo plazo

Beneficios de servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)

Si usted reúne los requisitos para recibir beneficios de MLTSS, es posible que sea elegible para recibir los siguientes servicios:

- Servicios de vida asistida: residencia de vida asistida
- Servicios de vida asistida: Hogar de atención personal integral
- Programa de vida asistida
- Administración conductual en casos de lesión cerebral traumática (grupal e individual)
- Capacitación de participantes/cuidadores
- Servicios de tareas domésticas
- Tratamiento de rehabilitación cognitiva (grupal e individual)
- Servicios residenciales comunitarios
- Servicios de transición en la comunidad
- Atención de apoyo en el hogar
- Entrega de comidas a domicilio
- Configuración del dispositivo dispensador de medicamentos
- Dispositivos dispensadores de medicamentos: Control mensual
- Transporte no médico
- Servicios del centro de atención de enfermería (cuidado asistencial) y servicios del centro de atención de enfermería de atención especial
- Terapia ocupacional (grupal e individual)
- Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS)
- Fisioterapia (grupal e individual)
- Atención de enfermería privada (para personas mayores de 21 años)
- Modificaciones de la residencia
- Cuidados paliativos por día y por hora
- Atención social diurna para adultos
- Terapia del habla, del lenguaje y auditiva (grupal e individual)
- Programa diurno estructurado
- Servicios diurnos asistidos
- Modificaciones de los vehículos

Servicios cubiertos y limitaciones de los MLTSS

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	LIMITACIONES
Servicios de vida asistida: Residencia de vida asistida	Residencia de vida asistida (ALR) significa un centro autorizado por el Departamento de Salud para proporcionar alojamiento del estilo de departamento y comedor grupal y para garantizar que los servicios de vida asistida estén disponibles cuando sean necesarios, para cuatro o más personas adultas que no estén relacionadas con el dueño del centro.	Las personas que opten por recibir servicios de vida asistida en un ALR u hogar de atención personal integral (CPCH) NO reciben servicios de asistentes de atención personal (PCA), servicios de salud diurnos para adultos (ADHS), cuidado familiar para adultos, programa de vida asistida, adaptaciones para accesibilidad al entorno, servicios de tareas domésticas, servicios personales de respuesta ante emergencias, entrega de comidas a domicilio, capacitación de participantes/cuidadores, servicios de salud diurnos para adultos, atención social diurna para adultos, servicio de asistente, atención de apoyo en el hogar o relevo, ya que duplicarían los servicios que son parte e inherentes de la prestación de servicios de vida asistida.
Servicios de vida asistida: Hogar de atención personal integral (CPCH)	El CPCH es un centro autorizado por el Departamento de Salud a fin de proporcionar habitación y comida y de garantizar que los servicios de vida asistida estén disponibles cuando sean necesarios, para cuatro o más personas adultas que no estén relacionadas con el dueño del centro.	Las personas que opten por recibir servicios de vida asistida en un ALR u hogar de atención personal integral (CPCH) NO reciben servicios de asistentes de atención personal (PCA), servicios de salud diurnos para adultos (ADHS), cuidado familiar para adultos, programa de vida asistida, adaptaciones para accesibilidad al entorno, servicios de tareas domésticas, servicios personales de respuesta ante emergencias, entrega de comidas a domicilio, capacitación de participantes/cuidadores, servicios de salud diurnos para adultos, atención social diurna para adultos, servicio de asistente, atención de apoyo en el hogar o relevo, ya que duplicarían los servicios que son parte e inherentes de la prestación de servicios de vida asistida.
Programa de vida asistida	El programa de vida asistida hace referencia a los servicios de vida asistida que se brindan a los inquilinos/residentes de ciertos edificios de viviendas subsidiados públicamente. Los programas de vida asistida (ALP) se encuentran disponibles en algunos edificios de viviendas subsidiadas para personas de la tercera edad. Las personas que reciben los servicios de un ALP residen en sus propios departamentos independientes.	Los miembros que forman parte del ALP no reciben servicios de asistentes de atención personal (PCA), servicio de tareas domésticas, atención de apoyo en el hogar, capacitación de participantes/cuidadores, servicio de vida asistida ni el servicio de cuidado familiar para adultos.
Administración conductual en casos de lesión cerebral traumática (TBI) **(grupal e individual)**	Un programa diario que proporciona y supervisa un psicólogo con licencia o un psiquiatra elegible/certificado por la junta, con auxiliares médicos de salud conductual capacitados, diseñado para destinatarios del servicio que exhiben conductas agresivas o inadaptadas graves potencialmente perjudiciales para sí mismos o para los demás.	El ingreso a este servicio depende de los criterios de necesidad médica. La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática (TBI) o adquirida no degenerativa, o debe ser un exparticipante de una exención por TBI en transición a MLTSS.
Capacitación de participantes/ cuidadores	Instrucción brindada a un cliente o cuidador en un contexto individualizado o grupal para enseñar diversas habilidades necesarias para una vida independiente, incluidas, entre otras, las capacidades de afrontamiento para ayudar a la persona a manejar la discapacidad; las capacidades de afrontamiento para que el cuidador pueda encargarse de dar apoyo a una persona con necesidades de atención a largo plazo; las habilidades para tratar con proveedores de atención y asistentes.	La capacitación de participantes/cuidadores no se encuentra disponible para participantes que optaron por recibir servicios de vida asistida, programas de vida asistida o cuidado familiar para adultos.

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	LIMITACIONES
Servicios de tareas domésticas	Servicios necesarios para mantener la limpieza, la sanidad y la seguridad del entorno.	Los servicios de tareas domésticas no están disponibles para las personas que opten por recibir servicios de vida asistida, programas de vida asistida o cuidado familiar para adultos.
Tratamiento de rehabilitación cognitiva (grupal e individual)	Intervenciones terapéuticas para el mantenimiento y la prevención del deterioro que incluyen reeducación directa, uso de estrategias de compensación y uso de prótesis y dispositivos ortésicos para terapia cognitiva.	El miembro debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática (TBI) o adquirida no degenerativa, o debe ser un exparticipante de una exención por TBI para quien se considere necesaria la terapia cognitiva y que se encuentre en transición a MLTSS.
Servicios residenciales comunitarios (CRS)	Los CRS son un paquete de servicios que se proporcionan a un miembro que vive en la comunidad, en una residencia de propiedad, alquilada o supervisada por un proveedor de CRS. Los servicios incluyen atención personal, servicios de acompañantes, servicios de tareas domésticas, transporte, supervisión nocturna y actividades recreativas. Los CRS se brindan en el hogar del miembro.	El participante debe tener un diagnóstico de TBI y debe cumplir con el nivel de atención de centro de atención de enfermería de MLTSS.
Servicios de transición en la comunidad	Servicios prestados a un miembro que pueden ayudar en la transición de entornos institucionales a su propio hogar en la comunidad mediante la cobertura de gastos de transición no recurrentes y por única vez.	El servicio se basa en la necesidad identificada, tal como se indica en el Plan de atención, y tiene un límite de $5,000 una vez de por vida.
Atención de apoyo en el hogar (HBSC)	La HBSC se ofrece solo cuando las tareas relacionadas con las actividades de la vida diaria son proporcionadas por un cuidador u otro programa que no es de Medicaid. Los servicios de HBSC están diseñados para ayudar a los miembros que reciben MLTSS con sus necesidades de actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). Entre otros, se incluyen servicios como los siguientes: preparación de comidas, compra de comestibles, administración del dinero, labores domésticas livianas, lavado de ropa.	La HBSC no está disponible para aquellas personas que optaron por recibir servicios de vida asistida (ALR, CPCH, ALP).
Entrega de comidas a domicilio	Entrega de comidas nutricionalmente equilibradas en el hogar del participante cuando este suministro de comidas es más asequible que contratar a un proveedor de atención personal para que prepare la comida.	La entrega de comidas a domicilio se ofrece a los miembros que viven en residencias sin licencia solo cuando el miembro no puede preparar la comida, no puede salir del hogar de forma independiente y no hay ningún otro cuidador, pago o no pago, que se encargue de preparar la comida. **No se proporcionará más de una comida por día a través del beneficio de MLTSS.**
Dispositivo dispensador de medicamentos	Puede incluir un dispositivo electrónico dispensador de medicamentos que permita que se dispense una cantidad determinada de medicamentos según la dosis indicada.	Se debe cumplir con el criterio de necesidad médica. El dispositivo dispensador de medicamentos es para personas que viven solas o que están solas durante períodos prolongados, de acuerdo con el Plan de atención. Podría tratarse de personas que no tienen un cuidador regular durante períodos prolongados o que podrían requerir supervisión extensiva de rutina.

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	LIMITACIONES
Dispositivo dispensador de medicamentos: Control mensual	Puede incluir un dispositivo electrónico dispensador de medicamentos que permita que se dispense una cantidad determinada de medicamentos según la dosis indicada. Si el medicamento no se retira de la unidad a tiempo, la unidad "bloqueará" esa dosis, y no le permitirá al participante el acceso al medicamento olvidado. Antes de bloquearse, la unidad utilizará una serie de recordatorios verbales o auditivos de que el participante debe tomar su medicamento. Si no hay respuesta, se realizará una llamada telefónica al participante, a la persona de contacto del participante y al sitio de administración de la atención, en ese orden, hasta que se contacte a una persona "real". Se proporciona instalación, cuidado y mantenimiento de dispositivos/sistemas.	Por necesidad médica según lo definido en el contrato. El dispositivo dispensador de medicamentos es para personas que viven solas o que están solas durante períodos prolongados, de acuerdo con el Plan de atención. Podría tratarse de personas que no tienen un cuidador regular durante períodos prolongados o que podrían requerir supervisión extensiva de rutina.
Transporte no médico	Transporte para acceder a recursos, actividades y servicios de la comunidad especificados en el Plan de atención.	Los servicios se limitan a aquellos que se requieren para la implementación del Plan de atención. Siempre que sea posible, se acudirá a familiares, vecinos y amigos, y se hará uso de transporte público, billetes o agencias comunitarias que puedan prestar este servicio sin cargo.
Enfermería de atención especial (cuidado asistencial)	El servicio se ofrece a aquellas personas que se encuentran en un centro de atención de enfermería y que requieren servicios que abordan las necesidades médicas, alimenticias, psicosociales y de enfermería fundamentales para lograr y mantener el mejor estado físico, mental, emocional y funcional del miembro.	La persona debe cumplir con el nivel de atención de centro de atención de enfermería según determine o autorice el Departamento de Servicios Sociales de New Jersey, la Oficina de Opciones Comunitarias o sus representantes.
Fisioterapia (grupal e individual)	Los servicios de fisioterapia de MLTSS tienen el fin de, gradualmente (cambios mínimos imprevisibles durante períodos más extensos), desarrollar o mejorar las capacidades, o prevenir la pérdida de un progreso antes logrado que corre riesgo de ser perdido como consecuencia de una lesión cerebral traumática o adquirida (TBI/ABI) no degenerativa.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser exparticipante de una exención por TBI para quien se considere necesaria la fisioterapia y que se encuentre en transición a MLTSS.
Terapia ocupacional (grupal e individual)	Los servicios de terapia ocupacional de los MLTSS tienen el fin de, gradualmente (cambios mínimos imprevisibles durante períodos más extensos), desarrollar o mejorar las capacidades o prevenir la pérdida de un progreso antes logrado que corre riesgo de perderse como consecuencia de una lesión cerebral traumática o adquirida (TBI/ABI) no degenerativa. La terapia ocupacional de MLTSS también tiene como fin facilitar que un miembro adquiera nuevas capacidades que le permitirán tener un desempeño óptimo en su entorno menos restrictivo actual o futuro.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser exparticipante de una exención por TBI para quien se considere necesaria la terapia ocupacional y que se encuentre en transición a MLTSS.
Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS): instalación y control	El PERS es un dispositivo electrónico que permite garantizar la ayuda a miembros con alto riesgo de institucionalización en casos de emergencia.	Se debe cumplir con el criterio de necesidad médica. El PERS es para personas que viven solas o que están solas durante períodos prolongados, de acuerdo con el Plan de atención.

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	LIMITACIONES
Atención de enfermería privada	Los servicios de atención de enfermería privada se brindan únicamente en la comunidad (el hogar u otro entorno comunitario del miembro) y no en entornos de centro de atención de enfermería o para pacientes internados en hospitales. Los miembros que cumplen con un nivel de atención de centro de atención de enfermería son elegibles para recibir este servicio.	Se debe cumplir con el criterio de necesidad médica y se debe obtener aprobación previa.
Modificaciones de la residencia	Modificaciones realizadas en la residencia principal privada de un miembro a fin de garantizar su salud, bienestar y seguridad.	Los participantes que viven en residencias autorizadas (ALR, CPCH, ALP y hogares de alojamiento clases B y C) no son elegibles para modificaciones de la residencia. Las modificaciones de la residencia tienen un límite de $5,000 por año calendario y de $10,000 de por vida.
Atención de relevo (por día y por hora)	Servicios para miembros que no pueden cuidar de sí mismos que se brindan a corto plazo debido a la ausencia de un cuidador informal no pago (aquellas personas que normalmente brindan cuidados no remunerados) o la necesidad de ayudar a dicho cuidador del participante.	Los servicios de cuidados paliativos no se brindan a miembros que tienen cuidadores que reciben un pago. Los cuidados paliativos tienen un límite de hasta 30 días por año calendario.
Atención social diurna para adultos (SADC)	La SADC es un programa estructurado basado en la comunidad que brinda entornos de apoyo social, de salud y otros entornos relacionados para adultos con problemas funcionales.	La necesidad se debe identificar en el plan de atención del miembro. La SADC no está disponible para aquellos miembros que residen en centros de vida asistida.
Terapia del habla, del lenguaje y auditiva (grupal e individual)	Los servicios de terapia del habla, del lenguaje y de la audición de los MLTSS tienen el fin de, gradualmente (cambios mínimos imprevisibles durante períodos más extensos), desarrollar o mejorar las capacidades, o prevenir la pérdida de un progreso antes logrado que corre riesgo de perderse como consecuencia de una lesión cerebral traumática o adquirida (TBI/ABI) no degenerativa.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser exparticipante de una exención por TBI para quien se considere necesaria la terapia del habla, del lenguaje y de la audición y que se encuentre en transición a los MLTSS.
Programa diurno estructurado	Un programa de actividades productivas supervisadas, orientado al desarrollo y al mantenimiento de habilidades para una vida independiente y en la comunidad. Los servicios se brindarán en un entorno separado del hogar donde vive el miembro.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser un exparticipante de una exención por TBI en transición a los MLTSS.
Servicios diurnos asistidos	Un programa de actividades individuales, orientado al desarrollo de patrones de actividades productivas.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser un exparticipante de una exención por TBI en transición a los MLTSS.
Modificaciones de los vehículos	Este servicio incluye la modificación necesaria de un vehículo del miembro o la familia, según se define en un plan de atención aprobado.	El mantenimiento de los sistemas de vehículos normales no se permite como parte de este servicio, ni tampoco se permite la compra de un vehículo.

Representante de miembros de MLTSS

Nuestro representante de miembros de MLTSS está para ayudarlo. El representante de miembros de MLTSS puede hablar con usted, su familia y sus proveedores sobre el programa de MLTSS. El representante de miembros de MLTSS también puede ayudarlo con cualquier problema que pudiera tener. Esta persona trabajará con otros miembros del personal de Aetna Better Health of New Jersey para ayudarlo a solucionar su problema.

Comuníquese con el representante de miembros de MLTSS si tiene preguntas sobre los siguientes asuntos:

- Beneficios
- Cómo obtener servicios
- Encontrar un proveedor
- Cómo solucionar un problema
- Cómo interponer una queja o presentar una apelación

Comuníquese con el representante de miembros de MLTSS llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días a la semana.

Fuera del horario de atención

Si se enferma después de que cierre el consultorio del PCP o durante el fin de semana, excepto en casos de emergencia, llame al consultorio de todas maneras. Un servicio de mensajes telefónicos se asegurará de que el PCP reciba su mensaje. Su PCP le devolverá la llamada para indicarle qué hacer. Asegúrese de que su teléfono acepte llamadas de identidad desconocida. De lo contrario, el PCP no podrá comunicarse con usted. Incluso puede llamar al PCP durante la noche. Es posible que deba dejar un mensaje en el servicio de mensajes telefónicos. Puede tomar tiempo, pero el PCP le devolverá la llamada para informarle lo que debe hacer.

Si tiene una emergencia, SIEMPRE debe **LLAMAR AL 911** o acudir a la sala de emergencias más cercana.

Línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana

También tenemos una Línea de enfermería a su disposición para ayudar a responder sus preguntas médicas. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos. Llame al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** y espere hasta escuchar la opción para la línea de enfermería.

Si tiene un problema urgente y necesita comunicarse con su administrador de atención fuera del horario de atención, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos comunicarnos con el personal de administración de atención, que podrá brindarle ayuda.

Posibilidad de elección

El programa de MLTSS le permite elegir los servicios que satisfacen sus necesidades en diversos entornos según sus deseos, el costo de los servicios y cuál es el entorno más seguro para usted.

Servicios de transición en la comunidad

Si vive en un centro de atención de enfermería y desea salir del centro para integrarse en la comunidad, su administrador de atención trabajará con usted para evaluar su posibilidad de salir del centro y ayudarlo a hacerlo.

Si se determina que usted puede insertarse en la comunidad, tal vez pueda hacer uso de los servicios de transición en la comunidad. Consulte la tabla de servicios y limitaciones de los MLTSS para conocer la cobertura y las limitaciones.

El dinero sigue a la persona (MFP)

El dinero sigue a la persona (MFP) es un programa especial. El programa MFP de New Jersey recibe el nombre I Choose Home (Elijo mi casa) y puede ayudarlo a mudarse de un centro de atención a largo plazo (hogar de convalecencia) a un entorno residencial en la comunidad como los siguientes:

- Una casa suya o de su familia, o alquilada por usted o su familia.
- Un departamento con un contrato de alquiler independiente que incluya sala de estar y áreas para cocinar, bañarse y dormir.
- Una residencia en la que viven cuatro o menos personas no emparentadas (por ejemplo, un centro de cuidado familiar para adultos o un departamento compartido).

Para participar del programa MFP, debe reunir los siguientes requisitos:

- Debe haber vivido en un centro de atención a largo plazo durante 3 meses como mínimo.
- Antes de recibir el alta, debe ser elegible tanto para Medicaid como para los MLTSS.
- Debe tener necesidades médicas que se puedan satisfacer con los servicios disponibles en la comunidad.
- Debe aceptar voluntariamente la participación firmando un formulario de consentimiento.

El programa MFP lo ayudará en su transición desde un centro de atención a largo plazo y, para ello, le proporcionará lo siguiente:

- Información para ayudarlo a tomar decisiones informadas con respecto a la transición y la participación en el programa MFP.
- Apoyo para la transición y ayuda para coordinar los servicios en la comunidad.
- Después de abandonar el centro, visitas y llamadas telefónicas regulares de su administrador de atención para garantizar que su traslado sea satisfactorio y que se satisfagan sus necesidades.

El programa MFP lo ayudará a encontrar un lugar para vivir y a coordinar los servicios médicos, de rehabilitación, de salud a domicilio u otros servicios que puede necesitar en la comunidad. Para obtener información adicional sobre MFP, llame a su administrador de atención o a nuestro representante del Departamento de Servicios para Miembros de MLTSS al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Incidentes críticos

Los incidentes críticos son eventos inesperados que involucran muerte, lesiones psicológicas o físicas graves o riesgo potencial de lesiones o negligencia. Los incidentes críticos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Muerte inesperada de un miembro.
- Sospechas de abuso sexual, mental o físico, o negligencia de un miembro.
- Sospechas de robo o explotación financiera de un miembro.
- Lesiones graves a un miembro.
- Errores en la medicación que involucren a un miembro.
- Conductas inapropiadas o poco profesionales por parte de un proveedor que involucren a un miembro.

- Riesgo de que el miembro sufra daños provocados por sí mismo u otras personas
- Incumplimiento del plan de respaldo por parte del miembro
- Caída que da lugar a la necesidad de tratamiento médico

Si tiene conocimiento de alguno de los problemas anteriores, comuníquese de inmediato con su administrador de atención.

Cobertura de Medicare y Medicaid

Su inscripción en el Plan no afectará sus beneficios médicos de Medicare. Aún puede contar con la cobertura de Medicare para consultas con el proveedor, servicios de laboratorio y farmacia, y hospitalizaciones.

Si tiene cobertura de Medicare, no debe cancelarla. Es posible que aún tenga algunos copagos y deducibles de Medicare, incluso después de inscribirse en el Plan. Salvo que ya estén cubiertos por Medicare, el Plan cubre los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios:

- Copagos para hogares de convalecencia de Medicare desde los 21 a los 100 días.
- Copagos para equipos médicos duraderos.
- Cualquier deducible o copago de Medicare que se aplique a un beneficio cubierto.

Costos compartidos de MLTSS y responsabilidad de pago del paciente (PPL)

Aún tendrá que pagar los deducibles o copagos de Medicare para los beneficios no cubiertos. Los miembros de MLTSS que residen en un entorno de vida asistida (AL), de cuidado familiar para adultos (AFC) o en un centro de atención de enfermería (NF) pueden tener un costo compartido según lo calculado por la agencia de bienestar del condado y son responsables de pagar al proveedor de servicios el costo compartido. A esto se le agrega el cargo por habitación y comida establecido por el estado. Los miembros de MLTSS que residen en una vivienda grupal para casos de lesión cerebral traumática (TBI) pagarán directamente a la vivienda grupal su parte de responsabilidad de pago del paciente por su atención. Puede contactar a su agencia de bienestar del condado local si tiene preguntas con respecto al costo compartido o la responsabilidad de pago del paciente.

Servicios no cubiertos

Algunos servicios no forman parte de sus beneficios. Estos servicios tampoco están cubiertos por NJ FamilyCare. Si recibe dichos servicios, tendrá que pagarlos. A continuación, se detallan estos servicios:

- Todos los servicios que su PCP o el Plan consideren que no son médicamente necesarios.
- Cirugía estética, salvo cuando sea médicamente necesaria y se obtenga aprobación previa.
- Trasplantes experimentales de órganos y servicios de investigación.
- Servicios de tratamiento y diagnóstico de infertilidad, entre ellos, procedimientos para invertir la esterilización, servicios relacionados de consultorio (médicos o clínicos), medicamentos, servicios de laboratorio, radiología y diagnóstico, y procedimientos quirúrgicos.
- Curas de reposo, productos de comodidad y conveniencia personales, servicios y suministros no relacionados directamente con la atención del paciente, entre ellos, alojamiento y comidas para acompañantes, gastos de teléfono, gastos de viaje, suministros para llevar al hogar y otros costos similares.

- Cuidados paliativos (los miembros de NJ FamilyCare A que reúnen los requisitos para MLTSS pueden recibir cuidados paliativos como parte del paquete de servicios de MLTSS).
- Servicios que involucren el uso de equipos en centros, cuando las leyes de New Jersey no hayan aprobado la compra, el alquiler o la fabricación del equipo.
- Todas las reclamaciones que provengan directamente de servicios prestados por instituciones federales o en estas.
- Servicios gratuitos brindados por programas públicos u organizaciones de voluntariado (se deben usar cuando sea posible).
- Servicios o productos brindados para alguna enfermedad o lesión que se producen mientras el miembro cubierto se encuentra en servicio militar activo.
- Pagos por servicios prestados fuera de los Estados Unidos y sus territorios (conforme a los Estatutos Anotados de New Jersey 52:34-13.2 y la sección 6505 de la Ley de Cuidado de la Salud de Bajo Costo de 2010, que enmienda el artículo 1902(a) de la Ley del Seguro Social).
- Servicios o productos brindados por alguna afección o lesión accidental que surjan a causa del empleo y durante este cuando haya beneficios disponibles (ley de compensación laboral, ley de beneficios por discapacidad temporal, ley de enfermedades ocupacionales u otras leyes similares); esto se aplica independientemente de si el miembro reclama o recibe los beneficios, y de si un tercero recibe un resarcimiento por los daños resultantes.
- Beneficios que estén cubiertos o que sean pagaderos en virtud de alguna póliza de seguro de salud, seguro contra accidentes o alguna otra póliza de seguro.
- Servicios o productos brindados que el proveedor normalmente proporcione sin cargo.
- Servicios facturados cuando los registros de atención médica no indiquen correctamente el código de procedimiento del proveedor.
- Cuidados paliativos a menos que esté inscrito en un programa de exención.

Miembros mayores de 55 años

Es posible que los beneficios de Medicaid recibidos después de los 55 años de edad se paguen al estado de New Jersey de su patrimonio. Esto puede incluir los pagos de primas realizados al Plan en su nombre.

Servicios de farmacia

Si necesita un medicamento, su proveedor elegirá uno de la lista de medicamentos del Plan. Emitirá una receta para usted. Pídale a su proveedor que se asegure de que el medicamento que le recetará esté incluido en nuestra lista de medicamentos o formulario.

Si es un miembro nuevo de nuestro plan, es posible que el medicamento que usted toma no figure en nuestro formulario. Podrá obtener por única vez un resurtido de un suministro de 34 días. Le enviaremos una carta a usted y a su proveedor. En ella, se le informará que se necesita una aprobación previa para su medicamento. Hable con su proveedor para consultar si debe continuar tomando el mismo medicamento o si debe cambiarlo por uno que se incluya en el formulario.

Algunas veces, su proveedor creerá conveniente recetarle un medicamento que no figura en nuestra lista o que es un medicamento de marca. Es posible que el proveedor considere que necesita un medicamento que no está en nuestra lista porque usted no puede tomar ningún otro que no sea el recetado. Su proveedor puede solicitarnos una aprobación. Él sabe cómo hacer esto.

Todas sus recetas deberán presentarse en una de nuestras farmacias de la red. Encontrará una lista de ellas en línea en **AetnaBetterHealth.com/NJ**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para encontrar una farmacia en su área.

El Plan cubre los medicamentos de venta libre (OTC) que están en nuestro formulario. Algunos medicamentos OTC pueden tener normas de cobertura. Si se cumplen las normas para ese medicamento OTC, el Plan cubrirá el medicamento OTC. Al igual que con otros medicamentos, los medicamentos OTC necesitan la receta de un médico si se espera que el Plan los cubra.

Los ejemplos de los medicamentos OTC que cubrimos incluyen, entre otros, ibuprofeno para niños y adultos, multivitamínicos y vitaminas, antiácidos, y medicamentos para resfrío/tos/alergia.

Consulte nuestro formulario para obtener una lista completa de los medicamentos OTC que cubrimos. Nuestro formulario se encuentra en el sitio web **AetnaBetterHealth.com/newjersey/pharmacy-prescription-drug-benefits**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Tenga la lista de sus medicamentos de venta libre a mano cuando llame. Solicítele al representante que busque sus medicamentos para ver si figuran en la lista.

Medicamentos con receta

Su proveedor o dentista le darán una receta para medicamentos. Asegúrese de hacerles saber sobre todos los medicamentos que toma o que le hayan indicado otros proveedores. También debe informarles sobre los tratamientos a base de hierbas o los medicamentos sin receta que tome, incluidas las vitaminas. Antes de irse del consultorio de su proveedor, hágale las preguntas que se incluyen a continuación sobre su medicamento con receta:

- ¿Por qué debo tomar este medicamento?
- ¿Qué efecto se supone que tiene?
- ¿Cómo se debe tomar el medicamento?
- ¿Cuándo debo comenzar a tomar el medicamento y por cuánto tiempo debo tomarlo?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios o las reacciones alérgicas del medicamento?
- ¿Qué debo hacer si tengo un efecto secundario?
- ¿Qué pasará si no tomo este medicamento?

Lea cuidadosamente la información sobre el medicamento que la farmacia le entregará. Dicha información le explicará lo que debe y no debe hacer y los posibles efectos secundarios.

Cuando retire su medicamento con receta, asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health of New Jersey.

Resurtidos de medicamentos con receta

La etiqueta del frasco del medicamento le indicará cuántos resurtidos ha indicado su proveedor. Si su proveedor le ha indicado resurtidos, solo podrá obtenerlos de a uno por vez. Si su proveedor no indicó resurtidos, debe llamarlo, al menos, cinco (5) días antes de que se acabe su medicamento. Hable con el proveedor para saber si debe obtener un resurtido. Es posible que su proveedor desee verlo antes de recetarle un resurtido de su medicamento.

Recetas de pedido por correo

Si toma medicamentos para una afección médica existente, puede pedir que se los envíen por correo a su hogar. CVS Caremark es su farmacia de servicio por correo.

Si elige esta opción, recibirá el medicamento en su hogar. Puede programar sus resurtidos. También podrá consultar con un farmacéutico si tiene preguntas.

Algunas de las características de la entrega a domicilio son las siguientes:

- Los farmacéuticos controlan cada pedido para su seguridad.
- Puede pedir resurtidos por correo, por teléfono, en línea o puede inscribirse para recibir resurtidos automáticos.
- Puede hablar con los farmacéuticos por teléfono.

Es fácil comenzar a usar el servicio por correo

Elija UNO de los siguientes tres modos de usar el servicio por correo para un medicamento que toma de forma permanente:

- Llame a CVS Caremark al número gratuito **1-855-271-6603 (TTY: 1-800-231-4403)**, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Allí le informarán cuáles de sus medicamentos pueden surtirse a través de la farmacia de servicio por correo CVS Caremark. Luego, CVS Caremark se comunicará con su proveedor para solicitarle una receta y le enviará el medicamento por correo.
- Cuando llame, asegúrese de tener lo siguiente:
  - Su tarjeta de identificación de miembro del plan.
  - El nombre, apellido y número de teléfono de su proveedor.
  - Su información de pago y dirección de correo postal.
  - Visite el sitio **Caremark.com**. Una vez que haya ingresado la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con su proveedor para solicitar una nueva receta. Si aún no se registró en **Caremark.com**, asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando se registre por primera vez.
- Complete y envíe un formulario del servicio de pedido por correo. Si ya tiene una receta, puede enviársela a CVS Caremark con un formulario del servicio de pedido por correo completo. Si no tiene un formulario de pedido, puede descargarlo del sitio web. También puede solicitarlo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.
- Cuando complete el formulario, tenga a mano la siguiente información:
  - Su tarjeta de identificación de miembro del plan.
  - Su dirección de correo postal completa, incluido el código postal.

- El nombre, apellido y número de teléfono del proveedor que le recetó el medicamento.
- Una lista de las alergias y otras afecciones médicas que padece.
- La receta original que le entregó su proveedor.

Consejos rápidos acerca de los servicios de farmacia

- Antes de salir del consultorio de su proveedor, pregunte si el Plan cubre su medicamento con receta.
- Lleve su receta a una farmacia del plan.
- Si su proveedor no indicó resurtidos, comuníquese con él, al menos, cinco (5) días antes de necesitar un resurtido.

Para obtener una lista de medicamentos cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Programa de bloqueo de farmacia

Es posible que los miembros que demuestren un patrón de uso indebido de medicamentos con receta o de venta libre (OTC) deban usar solo una farmacia para obtener sus medicamentos con receta. Esto se denomina “bloqueo”. Los miembros que tienen enfermedades graves, que visitan diversos proveedores y que toman diferentes tipos de medicamentos también pueden incluirse en el Programa de bloqueo de farmacia.

En este programa, podrá elegir una farmacia dentro de la red para obtener sus medicamentos con receta. Si no elige una farmacia, se seleccionará una para usted. Si usa una sola farmacia, el personal podrá conocer su estado de salud. Además, el personal estará mejor preparado para ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Los farmacéuticos también podrán observar sus antecedentes de medicamentos con receta. Ellos trabajarán con su proveedor si surgen problemas con sus medicamentos.

Los miembros que se encuentran en el Programa de bloqueo de farmacia podrán obtener solamente un suministro de 72 horas de medicamentos incluidos o no incluidos en nuestro formulario en una farmacia diferente si la farmacia que seleccionaron no tiene ese medicamento disponible. También pueden hacer esto en casos de emergencia.

Antes de que se lo incluya en el Programa de bloqueo de farmacia, recibirá una carta donde se le informará que fue incluido en dicho programa. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de asignarlo solamente a una farmacia, puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Luego de realizar la llamada telefónica, debe presentarnos su apelación por escrito.

También tendrá el derecho de solicitar una decisión rápida. Una decisión rápida se denomina apelación acelerada. Si su solicitud cumple con los requisitos de apelación acelerada y la realiza telefónicamente, no es necesario que realice un seguimiento por escrito. El Plan debe recibir las apelaciones por escrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta. Consulte la página 80 para obtener más información sobre las apelaciones de los miembros.

Envíe las apelaciones por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

1-855-232-3596 (TTY: 711)
Fax: **1-844-321-9566**

Servicios de atención dental

La atención dental es importante para su salud en general. Cuando se inscribe en Aetna Better Health of New Jersey, debe realizarse un examen dental. Luego, debe consultar con su dentista cada seis meses y realizar el tratamiento recomendado. Aetna Better Health of New Jersey ofrece beneficios dentales integrales para ayudarles a usted y a su familia a mantener una buena salud bucal. Sus beneficios cubiertos incluyen dos consultas preventivas por año. Nuestros beneficios integrales incluyen la mayoría de los otros procedimientos. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. No necesita una remisión para consultar con un proveedor dental de la red, incluidos los especialistas dentales. Se cubren servicios dentales preventivos adicionales para niños y adultos con necesidades especiales.

Si cambia de plan, los servicios dentales aprobados por una autorización previa activa se respetarán con una nueva autorización previa para los servicios brindados por el plan nuevo, incluso si los servicios no se han comenzado a recibir, a menos que exista un cambio en el plan de tratamiento por el dentista que lo trata. Esta autorización previa se respetará mientras esté activa, o durante un período de seis meses, la que sea más extensa. Si la autorización previa se ha vencido, se requerirá una nueva solicitud de autorización previa.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales y de ortodoncia cubiertos, consulte la tabla de servicios cubiertos en la página 31.

Una apelación por Administración de uso (UM) es una manera en la que usted puede pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones con respecto a los servicios médicamente necesarios y con respecto a cualquier servicio dental que se haya denegado. Para obtener más información, consulte la página 83.

Programe una cita hoy para mantener los dientes de su hijo sanos

Introduzca a su hijo en una buena salud bucal y llévelo al dentista. Los niños deben comenzar a consultar al dentista para realizarse exámenes bucales y recibir atención preventiva cuando aparece su primer diente o antes de su primer cumpleaños, y cada seis meses después de esto. Cubrimos dos consultas dentales preventivas/de rutina por año. Las consultas incluyen un examen bucal, limpieza dental, aplicaciones de flúor, selladores (cuando sea necesario) y todas las radiografías que sean necesarias. También cubrimos cualquier otro procedimiento dental que necesite su hijo. Se cubren servicios dentales preventivos adicionales para niños y adultos con necesidades especiales. No necesita una remisión para consultar con un dentista o un especialista dental participante. Si se necesita una atención dental especializada, también la cubrimos.

Es posible que la atención dental para los miembros con necesidades de atención médica especiales y para los niños menores de 5 años requiera que el tratamiento se realice en el entorno de un hospital/quirófano o centro ambulatorio quirúrgico como servicio para miembros para pacientes externos. Si su proveedor dental no brinda este servicio, comuníquese con LIBERTY Dental Plan al **1-855-225-1727** para que lo ayuden a encontrar un proveedor dental y coordinar este servicio. Si necesita localizar un dentista que trate a niños o adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo, puede encontrar listados de proveedores en **AetnaBetterHealth.com/content/dam/aetna/medicaid/newjersey/pdf/abhnj_medicaid_idd_child_provider_directory.pdf**. Su administrador de casos a través de Aetna Better Health of New Jersey también puede ayudarlo con la coordinación.

El Directorio de dentistas que atienden a niños menores de 6 años del NJFC puede ayudarlo a encontrar un dentista general o pediátrico que trate a niños pequeños. Puede buscar con la herramienta de búsqueda de proveedores en línea disponible en **AetnaBetterHealth.com/NewJersey/members/benefits/dental**.

Aetna Better Health of New Jersey trabaja junto con LIBERTY Dental plan para brindar atención dental a los miembros. Usted recibirá la atención médica dental y de salud bucal de un dentista de LIBERTY Dental plan. No necesita una remisión para consultar a un dentista o un especialista dental de la red de proveedores de LIBERTY Dental plan. Puede cambiar su dentista o grupo dental (PCD) en cualquier momento mientras continúa con el tratamiento recomendado.

Para obtener más información sobre su beneficio dental, llame a LIBERTY Dental Plan al **1-855-225-1727 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. También, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of New Jersey al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

La atención dental incluye los servicios realizados en los dientes y el tejido blando de la boca. Estos servicios incluyen limpiezas, empastes, tratamientos de conducto, dentaduras postizas y cirugías bucales. La atención médica, con frecuencia, incluye servicios que van más allá de solo los dientes, como fracturas de mandíbula o cáncer de boca. Si necesita ayuda para determinar si los servicios se consideran dentales o médicos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Puede cambiar su dentista o grupo dental en cualquier momento mientras continúa con el tratamiento recomendado. Puede encontrar un proveedor dental en **AetnaBetterHealth.com/newjersey/find-provider**. También puede llamarnos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para solicitar ayuda. Cuando acuda a sus citas, muestre todas sus tarjetas de identificación del plan.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor dental, llame a LIBERTY Dental Plan al **1-855-225-1727 (TTY: 711)**.

Es posible que necesite una autorización previa para ciertos servicios dentales y la atención dental especializada. Su dentista dentro de la red enviará cualquier autorización previa que sea necesaria.

Emergencias dentales

Si necesita atención dental urgente o de emergencia, llame a su dentista. Si no tiene un dentista, llame a LIBERTY Dental Plan al **1-855-225-1727** para obtener ayuda para encontrar un dentista. Puede consultar con un dentista fuera de la red del Plan para obtener atención dental urgente o de emergencia. Si se encuentra fuera del pueblo y necesita recibir atención dental urgente o de emergencia, puede dirigirse a cualquier dentista para que lo atiendan. No necesita una remisión ni la aprobación previa del Plan para recibir atención dental urgente o de emergencia. Llame al Plan para hacernos saber que usted sabe que recibió atención dental de urgencia o de emergencia. También puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** si necesita recibir ayuda fuera del horario de atención.

Entre las situaciones que requieren atención dental de urgencia y que pueden ser tratadas por su dentista en el consultorio se incluyen:

- Rotura de un diente natural
- Un diente permanente que se desprende por un golpe

Las emergencias dentales graves que deben atenderse en un departamento de emergencias en su hospital más cercano incluyen las siguientes:

- Sangrado abundante e incontrolable debido a una lesión en la boca o mandíbula
- Mandíbula fracturada o dislocada
- Dolor intenso o infección que provoca hinchazón facial y posible obstrucción de las vías respiratorias

Servicios de atención de la vista

Aetna Better Health of New Jersey utiliza MARCH Vision para brindarle servicios de la vista. Puede llamar a MARCH Vision al **1-844-686-2724 (TTY: 1-877-627-2456)**.

No necesita una remisión para consultar con un proveedor de servicios de la vista de la red. Para encontrar un proveedor de servicios de la vista, consulte el Directorio de proveedores en línea. También puede llamarnos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para solicitar ayuda.

Sus servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Un examen de la vista de rutina por año
- Un par de anteojos o lentes de contactos cada dos años (a menos que su prescripción cambie)

Muestre sus tarjetas de identificación del plan cuando acuda a sus citas.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a MARCH Vision al **1-844-686-2724 (TTY: 1-877-627-2456)**.

Servicios de planificación familiar

Los miembros no necesitan una remisión para obtener servicios de planificación familiar. Puede acudir a cualquier clínica o proveedor de planificación familiar, independientemente de que se encuentren o no en nuestra red. Debe mostrar sus tarjetas de identificación del plan cuando acuda a sus citas.

Aetna Better Health of New Jersey cubre los siguientes servicios de planificación familiar:

- Exámenes anuales y pruebas de Papanicolaou
- Pruebas de embarazo y otros análisis de laboratorio
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos con receta y de venta libre
- Consultas médicas para el control de la natalidad
- Educación y asesoramiento
- Tratamiento de problemas relacionados con el uso de métodos anticonceptivos, incluidos los servicios de emergencia
- Determinadas inmunizaciones como la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

Para obtener más información sobre cómo elegir un proveedor o una clínica de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Atención de maternidad

Las mujeres embarazadas necesitan cuidados especiales. Es importante que reciban atención temprana. Si está embarazada, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** lo antes posible. Pueden ayudarla con lo siguiente:

- Elección de un PCP, partera, grupo de apoyo u obstetra o ginecólogo para su atención durante el embarazo (prenatal).
- Inscripción en programas especiales para mujeres embarazadas, como clases de preparto, ayuda para encontrar una doula comunitaria, clases sobre lactancia materna y apoyo durante el amamantamiento.

- Obtención de alimentos saludables a través del Programa para mujeres, bebés y niños (WIC) o de beneficios del Programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP).
  WIC: **nj.gov/health/fhs/wic**
  SNAP: **nj.gov/humanservices/njsnap**
  Connecting NJ: **nj.gov/connectingnj**

Si no está segura de estar embarazada, programe una cita con su proveedor para realizarse una prueba de embarazo.

Si está embarazada y ha elegido un proveedor para su embarazo, programe una cita con él. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Su proveedor debe programar una visita para usted dentro de los 7 días a partir de que realiza la llamada si está en el primer o el segundo trimestre, y dentro de los 3 días si está en el tercer trimestre y se trata de su primera solicitud. Su proveedor le informará sobre el cronograma de consultas de embarazo. Asista a todas las citas. La atención temprana y de rutina es muy importante para su salud y la de su bebé. Si tuvo un hijo en el último mes, necesita un control posparto. Llame al consultorio de su proveedor.

Su PCP, partera, grupo de apoyo u obstetra o ginecólogo le brindarán ayuda con lo siguiente:

- Servicios y atención regular durante el embarazo.
- Clases especiales para futuras mamás, como clases de preparto o de crianza, clases sobre lactancia materna, apoyo durante el amamantamiento y ayuda para conseguir un sacaleches, idealmente antes de que nazca su bebé. Los servicios son limitados.
- Ayuda para encontrar una doula comunitaria para la planificación del parto y apoyo antes del nacimiento, durante el parto y después del nacimiento. ¿Qué esperar durante el embarazo?
- Información sobre una buena alimentación, ejercicios y otros consejos útiles.
- Servicios de planificación familiar, como píldoras anticonceptivas, anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), preservativos y ligadura de trompas para después del nacimiento.
- Para la atención dental: los servicios adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales estarán disponibles más allá del plazo de cada seis meses; y se permitirán cada tres meses a miembros con necesidades especiales cuando sea médicamente necesario obtener estos servicios.

Servicios de doulas comunitarias

Una doula comunitaria es una guía capacitada que no es un profesional médico. Le brindan apoyo físico y emocional antes, durante y después del nacimiento. En muchos casos, pueden ayudar a que el proceso de parto sea más personal y significativo para usted. Para recibir atención de una doula, deberá obtener una recomendación clínica.

Una doula comunitaria puede ayudarle con lo siguiente:

- Elaborar un plan de parto.
- Informarse sobre embarazos saludables, parto, cuidados después del parto y salud del recién nacido.
- Tomar decisiones que sean adecuadas para usted, según sus deseos y creencias.
- Formar el equipo para el nacimiento, que incluye a su pareja, familiares y personal médico.
- Conectarlo con otros recursos y servicios, como apoyo para el transporte, los alimentos y la vivienda, programas para dejar de fumar, tratamiento por abuso de sustancias y más.

Cubrimos estos servicios de doula:

- Controles durante el embarazo
- Apoyo durante el trabajo de parto y el parto

Si necesita información sobre los servicios de doulas comunitarias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Consejos para un embarazo saludable

- Su proveedor le informará cuándo debe volver para otra consulta. Es importante para su salud y la de su bebé que asista a todas las citas con su proveedor.
- Las clases de preparto pueden ayudarla con el embarazo y el parto. Si elige amamantar, dispone de clases sobre lactancia materna, apoyo durante el amamantamiento y ayuda para conseguir un sacaleches, idealmente antes de que nazca su bebé. Estas clases y los sacaleches están disponibles sin cargo para usted. Pregúntele a su proveedor sobre las clases y cómo puede inscribirse.
- Los niveles de plomo altos en una mujer embarazada pueden dañarla a usted y a su hijo por nacer. Consulte con su proveedor sobre los factores de riesgo de la exposición al plomo y para controlarse el nivel en la sangre durante el embarazo.
- Es importante que no fume, beba alcohol ni consuma medicamentos no recomendados o recetados por su proveedor, ya que pueden hacerle daño a usted y al bebé. Las miembros tienen acceso a MomQuit Connection y a asesoramiento individual.
- Su salud mental puede afectar su salud física. Revise nuestro sitio web para obtener información y recursos sobre salud mental que pueda utilizar: **AetnaBetterHealth.com/newjersey/behavioral-mental-health**.

Después de que nace su bebé

Debe consultar a su proveedor en un plazo de 3 a 8 semanas después del nacimiento del bebé. Se deberá realizar un control de bienestar de la mujer para garantizar su buen estado de salud. Su PCP también le hablará sobre planificación familiar.

Apoyo durante la lactancia y el amamantamiento

La lactancia tiene muchos beneficios. Puede ayudar a proteger a su bebé de infecciones habituales de la niñez; además, disminuye el riesgo de sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que:

- Se amamante a los bebés recién nacidos dentro de la hora del nacimiento.
- Si es posible, durante los primeros seis meses de vida, los bebés reciban toda la nutrición del amamantamiento.
- Después de los primeros seis meses, los bebés reciban más nutrición de otros alimentos seguros mientras siguen con la lactancia.
- Usted puede amamantar durante dos años o más.

Planee recibir ayuda con la lactancia

Todas las personas que dan a luz pueden amamantar con la ayuda adecuada. Al principio, muchas mujeres tienen problemas. Es como aprender cualquier habilidad nueva. Pregúntele a su médico cómo encontrar una clase de apoyo para el amamantamiento o la lactancia. También puede obtener la ayuda de un asesor en lactancia, una persona experta con capacitación especial en lactancia.

A continuación, incluimos algunas formas de obtener ayuda:

- Llame a la Línea Nacional de Ayuda para la Lactancia al **1-800-994-9662 (TDD: 1-888-220-5446)**.
- Llame a La Leche League de Garden State al **1-877-452-5324** o visite lllgardenstate.com para encontrar una sucursal local.
- Llame al **1-800-328-3838** o visite **state.nj.us/health/fhs/wic/** para saber si es elegible para el Programa para mujeres, bebés y niños (WIC) y obtenga alimentos nutritivos.
- Llámenos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Estamos aquí para ayudarle.

Obtenga su sacaleches gratuito

Si está amamantando, debe vaciar los pechos regularmente mientras amamanta o con un sacaleches. Esto evita que los pechos se llenen y le duelan. Puede hacer que su vida sea más fácil con un sacaleches gratuito. Podrá extraer la leche cuando sea conveniente. De este modo, el bebé obtendrá la mejor nutrición, independientemente de sus horarios. El sacaleches también les brinda a otros familiares la posibilidad de alimentar al bebé y generar un vínculo. Luego, solicite hablar con su coordinador de atención. Puede recibir un sacaleches gratuito hasta dos semanas antes del nacimiento de su bebé. Para obtener un sacaleches gratuito, solo llame al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. También, puede pedir su sacaleches en línea en **breastpumpsmedline.com**. Asegúrese de elegir Aetna Better Health of New Jersey como su plan de salud en el menú desplegable.

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Estos son algunos de los servicios que el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) le brinda sin costo:

- Ayuda con preguntas sobre la lactancia
- Remisiones a agencias
- Alimentos saludables
- Consejos para una alimentación saludable
- Frutas y vegetales frescos

Si necesita información sobre el WIC, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Asimismo, si desea saber si usted y su hijo son elegibles, puede llamar al programa WIC al número gratuito **1-800-328-3838** (Línea de salud familiar) **(TTY: 711)**.

Cómo obtener atención para su recién nacido

Es importante asegurarse de que su bebé tenga cobertura médica; el recién nacido estará cubierto por el plan de la mamá durante un mínimo de 60 días luego del nacimiento. Debe inscribirlo en NJ FamilyCare/Medicaid llamando al Programa NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY: 711)** o a Determinación de elegibilidad: nj.gov/humanservices/njsnap/home/cbss.

Los miembros de NJ FamilyCare deben llamar al programa NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Bebés y niños sanos

Los controles de bienestar infantil regulares, los análisis de laboratorio y las vacunas (inyecciones) son importantes.

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

El PCP de su hijo le brindará la atención que necesita para mantenerse saludable y tratar enfermedades graves a tiempo. Estos servicios se denominan Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT). Los servicios de EPSDT son un programa especial que controla a los niños para detectar problemas médicos a medida que se desarrollan. Cubrimos la atención de rutina para bebés y niños sanos hasta los 21 años de edad.

Se cubren los servicios necesarios para menores de 21 años, incluso si dichos servicios no forman parte de los beneficios. Los servicios de EPSDT pueden incluir lo siguiente:

- Antecedentes médicos completos, incluida una evaluación de desarrollo físico, social y de salud mental.
- Un examen físico completo sin vestimenta, incluidos exámenes de la vista y de la audición, inspección dental y evaluación nutricional.
- Evaluaciones y pruebas de detección de envenenamiento por plomo en la sangre al año y, de nuevo, a los 2 años. Todo niño de entre 25 y 72 meses a quien no se le haya realizado la prueba previamente debe realizársela de inmediato.
- Remisión a un dentista para el primer año o para cuando nazca el primer diente y selección de un centro dental.
- Beneficio dental integral.
- El programa NJ Smiles autoriza a proveedores no dentales a realizar pruebas de detección bucales, evaluaciones del riesgo de caries, aplicaciones con barniz de flúor y brindar orientación anticipada a menores hasta los cinco (5) años.
- Análisis de laboratorio.
- Pruebas de progreso en el desarrollo, evaluación psicosocial y de salud conductual, y vigilancia que incluye pruebas de detección de autismo.
- Inmunizaciones acordes con la edad, los antecedentes médicos y el cronograma establecido por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización Infantil y las pautas de Bright Futures según la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP).
- Educación sobre salud y asesoramiento en atención médica.
- Remisiones para otros diagnósticos, y tratamientos o atención de seguimiento.
- Control de los alimentos que su hijo necesita y consejos sobre el tipo correcto de dieta para ellos.
- Control de problemas de salud conductual y de trastornos por abuso de sustancias, pruebas de detección de depresión materna y seguimiento.
- Atención de enfermería privada cuando los exámenes del EPSDT demuestren que su hijo necesita este servicio.

Tenemos PCP que están capacitados especialmente para atender a miembros menores de 21 años. Comuníquese con nosotros si necesita ayuda para seleccionar el PCP correcto para su hijo.

Programa de centro dental de Aetna Better Health of New Jersey

Aetna Better Health ahora tiene un programa para asegurar que usted y su familia tengan un dentista de atención primaria (PCD) y un centro dental, disponible para todas las edades. El centro dental es el consultorio donde usted y sus familiares recibirán atención médica dental y de salud bucal. El centro dental brinda la atención de una manera completa y centrada a la familia. El programa de centro dental es voluntario. Si no desea involucrarse, puede pedirnos que lo retiremos a usted o a sus familiares del programa si llama al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Que lo retiremos a usted o a cualquier familiar de este programa no evita que usted o cualquier familiar consulte a un dentista.

Prueba de detección de plomo en niños

La prueba de detección de plomo usando las determinaciones del nivel de plomo en sangre debe realizarse a todo niño elegible para Medicaid y de NJ FamilyCare, de la siguiente manera:

- Entre los 9 y los 18 meses, preferentemente a los 12 meses de edad.
- Entre los 18 y los 26 meses, preferentemente a los 24 meses de edad.
- Realizar la prueba a todo niño entre los 27 y los 72 meses de edad que no se haya hecho la prueba anteriormente.

Controles regulares: EPSDT para niños sanos

A los niños se les debe realizar controles regulares y administrar vacunas incluso cuando parecen saludables. Consulte el programa de vacunación de su hijo con su proveedor. Es importante encontrar los problemas temprano para que su hijo pueda recibir la atención que necesita para prevenir una enfermedad grave y mantenerse saludable.

Recuerde lo siguiente: Todos los niños deben estar al día con las vacunas antes de empezar la escuela. El siguiente cronograma de control brinda una referencia fácil de usar para las consultas de bienestar infantil.

CRONOGRAMA DE CONTROL						
Infancia	Dentro de los 3 a 5 días y al mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses
Primera infancia	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses		
Primera infancia y adolescencia	Anualmente entre los 3 y 20 años					

Fuente: AAP Bright Futures Schedule of Well-Child Care Visits

Cronograma de inmunizaciones (vacunas)

La siguiente tabla resume las inmunizaciones recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Puede obtener esta información en **https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html**.

EDAD	VACUNACIÓN
Nacimiento	HepB (hepatitis B)
1 a 2 meses	HepB
2 meses	RV (rotavirus), DTaP (difteria, tétanos y tosferina), IPV (poliomelitis), Hib (haemophilus influenza tipo B), PCV (antineumocócica)
4 meses	RV, DTaP, IPV, Hib, PCV
6 meses	RV, DTaP, Hib, PCV
6 a 18 meses	HepB, IPV, DTaP, Hib, gripe (todos los años)
12 a 15 meses	Hib, MMR (sarampión, paperas, rubéola), PCV, varicela, DTap
12 a 23 meses	HepA (hepatitis A)
15 a 18 meses	DTaP, HepB
4 a 6 años	MMR, DTaP, IPV, varicela
11 a 12 años	Tdap (tétanos, difteria, tosferina), HPV (virus del papiloma humano), MCV4 (antimeningocócica conjugada) Si su hijo debe colocarse vacunas atrasadas, es posible que necesite las siguientes: MMR, Varicela, HepB, IPV
13 a 18 años	Si su hijo debe aplicarse vacunas atrasadas, es posible que necesite las siguientes: Tdap, VPH, MCV4
16 años	Refuerzo
Todos los años desde los 6 meses de edad	Gripe

Administración de la atención

Algunos miembros tienen necesidades especiales de atención médica y afecciones médicas. Nuestra unidad de administración de la atención lo ayudará a recibir los servicios y la atención que necesita. Puede ayudarlo a obtener más información sobre su afección. Trabajará junto a usted y su proveedor para elaborar un plan de atención que sea adecuado para usted.

Nuestra unidad de administración de la atención cuenta con personal de enfermería y trabajadores sociales que pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Obtención de servicios y atención, incluida la información sobre cómo obtener una remisión a centros de atención especializada para recibir atención especializada.
- Trabajo con proveedores de atención médica, agencias y organizaciones.
- Obtención de información sobre su afección.
- Elaboración de un plan de atención que sea adecuado para usted.
- Acceso a servicios fuera del horario de atención en situaciones de crisis para los inscritos que tengan necesidades especiales. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para solicitar ayuda y hablar con un enfermero fuera de horario.
- Coordinación de servicios para niños con necesidades especiales de atención médica, como atención de bienestar infantil, promoción de la salud, prevención de enfermedades y servicios de atención especializada.

Si necesita este tipo de ayuda de la unidad de administración de la atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Nos comunicamos con todos los miembros del plan poco tiempo después de su inscripción. Intentaremos comunicarnos con usted en un plazo de 45 días desde la inscripción para completar el examen médico inicial (IHS). Cuando hablemos con usted, le haremos preguntas para completar un IHS. El IHS nos permite comprender mejor sus necesidades de atención médica. También obtenemos información sobre su atención médica anterior. En caso de que desee completar el IHS por su cuenta, también se lo enviaremos por correo en su paquete de bienvenida o en un correo por separado con un sobre con franqueo pagado para que nos lo devuelva. El IHS y sus antecedentes médicos en conjunto nos permiten determinar si usted tiene necesidades especiales de atención médica. De ser así, nos comunicaremos con usted y le solicitaremos que se someta a una evaluación integral de necesidades (CNA). Es importante que tengamos su dirección y número de teléfono correctos para que podamos comunicarnos con usted. Si necesita ayuda para completar el IHS, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para obtener ayuda y solicite hablar con el Departamento de Administración de la Atención.

Una vez completada la CNA, se elaborará un plan de atención médica individual (IHCP) para cubrir sus necesidades de atención médica específicas. Los IHCP ayudan a los proveedores y a nuestros administradores de atención a asegurarse de que usted reciba toda la atención que necesita. Acordaremos juntos un horario conveniente para desarrollar su plan. Esto se realizará dentro de los 30 días después de que se complete la CNA.

Miembros con necesidades especiales

Los miembros con necesidades especiales que reciben su atención de un proveedor fuera de la red podrán seguir consultando al proveedor si se determina que esto es lo más conveniente para el niño.

Es posible que los miembros con necesidades especiales de atención médica deban consultar con especialistas a largo plazo. En ocasiones, esto se denomina “remisión permanente”. El especialista debe comunicarse con nosotros para obtener una aprobación. Si es lo más conveniente para usted,

es posible que su PCP sea un especialista. Si desea que un especialista sea su PCP, hable con el médico sobre este asunto. Si alguno de nuestros administradores de atención ya habló con usted sobre sus necesidades especiales, podrá ayudarlo a hacer este cambio si el especialista está de acuerdo. Si tiene necesidades especiales y aún no habló con uno de nuestros administradores de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** y pida que lo transfieran a un administrador de atención.

Es posible que usted tenga necesidades especiales y, en la actualidad, realice consultas con un proveedor fuera de la red. En ocasiones, podrá continuar viendo a dicho proveedor si es lo más conveniente para usted. En primer lugar, el proveedor deberá obtener nuestra aprobación. Si tiene alguna pregunta sobre la administración de la atención, llame a su administrador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Atención dental para miembros con necesidades especiales

Es posible que la atención dental para los miembros con necesidades de atención médica especiales y para los niños menores de 5 años requiera que el tratamiento se realice en el entorno de un hospital/quirófano o centro ambulatorio quirúrgico como servicio para miembros para pacientes externos. Si su proveedor dental no brinda este servicio, comuníquese con LIBERTY Dental Plan al **1-855-225-1727** para que lo ayuden a encontrar un proveedor dental y coordinar este servicio. También puede **hacer clic aquí para encontrar una lista de dentistas** que tratan a niños o adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo. Cuando un miembro tiene un administrador de casos a través de Aetna Better Health of New Jersey, también puede ayudarlo con la coordinación.

Cancelación de la inscripción

Usted tiene derecho a cancelar su inscripción en el programa de MLTSS en cualquier momento. Llame a su administrador de atención o al defensor de miembros de Aetna Better Health of New Jersey para obtener más información. Estaremos encantados de hablar con usted sobre su decisión y asistirlo en el proceso.

Su administrador de atención de MLTSS le proporcionará el formulario de retiro voluntario y, después de que el formulario esté completo, usted recibirá la copia final del formulario para guardarla. La cancelación voluntaria de la inscripción en el programa de MLTSS no implica que usted no pueda obtener los beneficios de NJ FamilyCare.

Función del administrador de atención de MLTSS

Nuestros administradores de atención de MLTSS visitan a los miembros en sus domicilios. El administrador de atención le preguntará sobre su salud y necesidades de atención. Su familia y otras personas pueden estar presentes y participar en la visita de su administrador de atención de MLTSS.

Estas visitas se realizan según dónde vive el miembro:

- Si el miembro vive en un hogar de convalecencia, el administrador de atención de MLTSS hará la visita cada 180 días o con más frecuencia, de ser necesario.
- Si el miembro vive en un centro residencial alternativo de la comunidad, por ejemplo, en un centro de vida asistida, el administrador de atención de MLTSS hará la visita cada 180 días o con más frecuencia.
- Si el miembro vive en su propio hogar o en el hogar de la familia en la comunidad, el administrador de atención de MLTSS hará la visita cada 90 días o con más frecuencia.
- Si el miembro vive en un centro de atención de enfermería especial de pediatría, el administrador de atención de MLTSS hará la visita cada 90 días o con más frecuencia.

Una vez que esté inscrito en MLTSS, Aetna Better Health of New Jersey le informará quién es su administrador de atención y cómo comunicarse con él. Cada vez que necesite el servicio, llame a su administrador de atención de inmediato para recibir asistencia o para programar una evaluación personalizada. El plan de salud desarrollará un plan de apoyo en el caso de que haya una interrupción en sus servicios o su administrador de atención no esté disponible. Usted tendrá la oportunidad de hablar

con otro administrador de atención de MLTSS para obtener ayuda. (Artículo 9.5.5.J 1-6) Si su administrador de atención de MLTSS no lo visita con la frecuencia que se indica anteriormente, llámenos de inmediato al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** y lo ayudaremos.

Su administrador de atención de MLTSS lo ayudará a usted y a cualquier persona que incluya en su plan de atención a comprender el programa de MLTSS y los beneficios que puede recibir. El plan de atención se desarrolla con usted, su defensor y su administrador de atención.

Una vez que el administrador de atención de MLTSS obtenga información sobre su salud y sus necesidades de atención, hablará con usted y con otras personas sobre cómo satisfacer sus necesidades. Recuerde que los MLTSS se añaden a la atención que ya se proporciona. No tienen como fin terminar completamente la participación de la familia u otras personas que pudieran estar ayudándolo.

Su administrador de atención nunca hará que se mude a ningún entorno contra su voluntad. Trabajaremos siempre con usted para que viva en el entorno donde se satisfagan sus necesidades. Si desea mudarse a un hogar de vida asistida o de convalecencia, su administrador de atención lo ayudará. Si desea permanecer en su hogar, con gusto trabajaremos para encontrar servicios y apoyos para satisfacer sus necesidades.

Una vez que se decida qué servicios y apoyos de MLTSS necesita, su administrador de atención coordinará los servicios y se asegurará de que los reciba. Debe consultar con su proveedor de atención primaria (PCP) para tratar otras necesidades de atención médica. Si necesita asistencia para obtener acceso a los otros servicios de atención médica que pudiera necesitar, su administrador de atención lo ayudará.

Programa Aetna Medicaid Compassionate Care

El programa Aetna Medicaid Compassionate Care está diseñado para que los miembros, de 18 años o más, con enfermedades avanzadas durante los últimos 12 a 18 meses de vida participen en la administración de la atención y los servicios de cuidados paliativos, mejorando así la calidad de vida y la satisfacción de los miembros, y ayudando con la planificación de la atención con antelación y el apoyo para la toma de decisiones sobre el fin de la vida.

Si identifica a un familiar o ser querido como candidato para el Programa Aetna Compassionate Care, remítalo a un administrador de casos llamando al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

La administración de casos hará lo siguiente:

- Proporcionar remisiones de recursos comunitarios a los miembros y sus cuidadores.
- Apoyar el plan de atención del médico tratante.
- Ayudar con el dolor, los síntomas, los efectos secundarios u otras necesidades de atención no administrada.
- Consultar con los cuidadores y el apoyo familiar para brindar herramientas para reducir la responsabilidad del cuidador.
- Ayudar a aclarar y documentar la toma de decisiones sobre el fin de la vida, proporcionando información y el acceso a las instrucciones anticipadas.
- Mejorar la calidad de vida de los miembros.

Control de enfermedades

Contamos con un programa para el control de enfermedades a fin de brindarle ayuda si tiene determinadas afecciones. Tenemos programas para muchas afecciones, incluidas entre otras:

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Enfermedad coronaria (EC)
- Diabetes

Llámenos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para obtener ayuda para controlar su enfermedad. Podemos ayudarlos a usted o a su hijo a aprender a controlar estas afecciones crónicas y a llevar una vida más saludable. Puede obtener información sobre estos programas en su manual para miembros o visite **AetnaBetterHealth.com/NJ**.

Como miembro, usted es elegible para participar si se le diagnostica alguna de estas afecciones crónicas, o bien si tiene riesgo de contraerlas. Además, puede inscribirse en nuestro programa de control de enfermedades. También le puede pedir a su proveedor que solicite una remisión. Si desea obtener más información sobre nuestros programas de control de enfermedades, llámenos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Si no desea participar

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Si nos comunicamos con usted para inscribirlo en alguno de nuestros programas, usted puede rechazarlo. Si ya está en alguno de nuestros programas, puede decidir suspender su participación en cualquier momento llamándonos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Tratamiento de menores

Los miembros menores de 18 años generalmente deben tener el permiso de sus padres para recibir atención médica. Esto no aplica a los menores emancipados. Un menor emancipado es un niño al que se le ha otorgado la condición de adulto mediante una orden judicial u otro acuerdo formal. Existen algunos servicios que puede recibir sin el permiso de sus padres. Estos servicios son los siguientes:

- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Análisis de VIH/SIDA
- Tratamiento por abuso de drogas y alcohol
- Tratamiento médico para agresión sexual
- Atención prenatal
- Control de la natalidad
- Aborto

Pese a que no es necesario contar con el permiso de los padres para algunos servicios, ellos pueden saber sobre estos servicios. Cuando le pagamos al proveedor por el servicio, los padres pueden ver el pago. También pueden ver cuál fue el servicio y el nombre del paciente.

Además, es posible que el proveedor desee hablar con los padres sobre el tratamiento.

- Si el proveedor considera que es lo más conveniente para usted, podrá informarles a sus padres sobre el tratamiento.

- Si fue víctima de agresión sexual, el proveedor debe informárselo a sus padres, a menos que el proveedor considere que lo más conveniente para usted es no contarles.
- Por cuenta propia, puede recibir tratamiento por abuso de alcohol que brinden un proveedor o un asesor sobre abuso de alcohol.
- Algunos programas tienen sus propias normas, y es posible que sus padres deban conocer su tratamiento y participar en él. Los programas de tratamiento no están obligados a aceptarlo como paciente.

Tratamientos médicos nuevos

Siempre analizamos tratamientos médicos nuevos. Queremos que usted reciba atención médica segura, actualizada y de alta calidad. Un equipo de proveedores revisa los métodos nuevos de atención médica. Ellos deciden si deben ser servicios cubiertos. Los servicios y tratamientos que se están investigando y estudiando no son servicios cubiertos.

Seguimos los pasos que figuran debajo para decidir si los tratamientos nuevos serán un beneficio o servicio con cobertura:

- Estudiamos el objetivo de cada tratamiento nuevo.
- Revisamos estudios e informes médicos.
- Determinamos el impacto de un tratamiento nuevo.
- Desarrollamos pautas sobre cómo y cuándo usar el tratamiento nuevo.

Consejos de salud

Es importante que visite a su PCP y a su dentista para recibir atención preventiva. Hable con sus proveedores. Para mejorar su salud, debe alimentarse correctamente, hacer ejercicio y realizarse controles regulares. Las consultas de bienestar periódicas también pueden ayudarlo a mantenerse saludable. Asegúrese de completar todos los tratamientos dentales recomendados.

Pautas para una buena salud

- Asegúrese de leer los boletines que le enviaremos periódicamente en el correo.
- Asegúrese de leer las correspondencias especiales que le enviaremos cuando necesitemos informarle algo importante sobre su atención médica.
- Hable con sus proveedores y haga preguntas sobre su atención médica.
- Asista a las citas dentales programadas; complete el tratamiento recomendado.
- Si tiene un administrador de atención, hable con él y pregúntele sobre su atención médica.
- Asista a nuestros eventos para la comunidad.
- Visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/NJ**.

Qué debe hacer si recibe una factura o un estado de cuenta

La mayoría de los miembros no deben pagar para recibir beneficios. No debe recibir ninguna factura por los servicios que obtiene, salvo que su paquete de beneficios incluya copagos.

Es posible que le facturen los servicios en los siguientes casos:

- Si recibió atención de proveedores fuera de nuestra red de proveedores y no recibió una aprobación previa emitida por nosotros (salvo la atención de emergencia).
- Si no obtuvo una aprobación previa para recibir ciertos servicios.
- Si los servicios no están cubiertos.
- Si tiene copagos.

Si recibe una factura que considera que no debería haber recibido, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para recibir ayuda.

Tenga en cuenta que es posible que los miembros que reciben MLTSS y viven en una residencia de vida asistida, un hogar de convalecencia o un centro residencial de la comunidad pueden tener un costo compartido obligatorio. El costo compartido se calcula según la agencia de determinación de elegibilidad. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su administrador de atención.

Programas de mejora de la calidad

Nuestro programa de mejora de la calidad controla y verifica la calidad de la atención que recibe. Queremos asegurarnos de que usted tenga lo siguiente:

- Contacto fácil con atención médica y de salud conductual de calidad.
- Programas de administración de la salud que satisfagan sus necesidades.
- Asistencia con las afecciones o enfermedades crónicas que tenga.
- Apoyo cuando más lo necesite, como después de internaciones en hospitales o cuando está enfermo.

También queremos asegurarnos de que esté satisfecho con sus proveedores de atención médica y con el plan de salud. Algunos de nuestros programas de mejora de la calidad incluyen tareas como las siguientes:

- Llamar a los miembros para recordarles que lleven a sus hijos a consultas de bienestar.
- Enviar a los miembros postales y boletines útiles.
- Revisar la calidad de los servicios prestados a los miembros.
- Recordarles a los proveedores y a los miembros acerca de la atención médica preventiva.
- Calcular cuánto tiempo tarda un miembro en conseguir una cita.
- Controlar las llamadas telefónicas para garantizar que su llamada se responda lo más rápidamente posible y que reciba la información correcta.

- Trabajar con su PCP para ofrecerle toda la información a fin de que proporcione la atención necesaria.

Esta lista no incluye todos los programas de calidad. Puede comunicarse con nosotros para obtener más información sobre nuestros programas de mejora de la calidad. Podemos informarle lo que hacemos para mejorar su atención. Puede solicitar copias impresas de la información sobre nuestros programas.

Programas de Administración de la salud de la población

Nuestros programas de administración de la salud de la población pueden ayudarlo a llevar una vida lo más sana posible. Tanto si controla la diabetes como si solo intenta mantenerse sano, disponemos de programas especiales para ayudarlo a recibir la atención que necesita y prevenir problemas de salud en el futuro. Puede obtener información sobre estos programas en **AetnaBetterHealth.com/newjersey** o consulte las secciones del programa que figuran a continuación. También puede llamarnos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Si nos comunicamos con usted para inscribirlo en alguno de nuestros programas, usted puede rechazarlo. Si ya está en alguno de nuestros programas, puede decidir suspender su participación en cualquier momento llamándonos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Programas:

- **Administración de la atención**
  Consulte la sección Administración de la atención
- **Control de afecciones crónicas**
  Consulte la sección Control de afecciones crónicas
- **Niños y adultos sanos**
  Consulte las secciones Administración de la atención y Bebés y niños sanos
- **Embarazos y bebés saludables**
  Consulte las secciones Servicios de planificación familiar y Bebés y niños sanos
- **Prueba de detección de plomo**
  Consulte la sección Bebés y niños sanos
- **Control de la diabetes**
  Consulte la sección Control de enfermedades
- **Acceso a las farmacias y restricciones**
  Consulte la sección Servicios de farmacia
- **Obtener cuidados agudos**
  Consulte la sección Administración de la atención
- **Sala de emergencias (ER) frente a atención de urgencia**
  Consulte la sección Tipos de atención
- **Servicios para el autismo**
  Consulte la sección Servicios de salud conductual

Queremos recibir noticias suyas

Su opinión es importante para nosotros. Queremos escuchar sus ideas, ya que podrían ser útiles para todos nuestros miembros. Tomamos sus comentarios con mucha seriedad.

Contamos con un grupo formado por personas como usted, que son nuestros miembros y sus cuidadores. Este grupo se denomina Comité Asesor de Miembros (MAC). Durante el año, el grupo se reúne trimestralmente para revisar los materiales para miembros, los comentarios de los miembros, los cambios y los programas nuevos. El grupo nos informa cómo podemos mejorar nuestros servicios.

Todos los miembros del plan, incluidos aquellos elegibles para los beneficios de los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) y del plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado (FIDE-SNP), o los tutores legales de los miembros, defensores y partes interesadas de la comunidad, son bienvenidos a participar. Los familiares y proveedores también pueden ser miembros del Comité. Los participantes ingresan automáticamente en un sorteo y tienen la posibilidad de ganar un premio por asistir.

Si desea recibir más información acerca del MAC, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. También puede recibir más información y registrarse para las próximas reuniones del MAC en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/newjersey/member-advisory-committee.html**.

Otra información para usted

Le brindaremos información acerca de la estructura de nuestra compañía y nuestras operaciones. Si tiene alguna pregunta sobre nosotros, nuestros proveedores de la red y nuestro modo de trabajar con DMAHS/NJ FamilyCare, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-232-3596 (TTY: 711).

Plan de incentivo de médicos

No recompensamos a los proveedores por negar, limitar o demorar la cobertura de servicios de atención médica. Tampoco ofrecemos incentivos monetarios para nuestro personal a cargo de las decisiones sobre necesidad médica para que proporcionen menos cobertura o servicios de atención médica.

Los diferentes proveedores de nuestra red aceptaron recibir pagos de distintas maneras. Su proveedor puede recibir pagos cada vez que lo atiende (“pago por servicio”), puede recibir una tarifa fija por mes por cada miembro, sin importar si el miembro realmente recibe los servicios (“capitación”), o puede recibir un salario.

Estos métodos de pago pueden incluir acuerdos de incentivos económicos para pagar más (“bonificaciones”) o menos (“retenciones”) dinero a algunos proveedores según diversos factores: satisfacción del miembro, calidad de la atención, control de costos y uso de los servicios, entre otros. Si desea obtener información adicional sobre la remuneración que reciben nuestros proveedores de atención primaria o cualquier otro proveedor de nuestra red, llámenos al 1-855-232-3596 (TTY: 711) o bien escriba a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
Attention: Member Services
PO Box 818003
Cleveland, OH 44181-8003

Las leyes del estado de New Jersey, en los Estatutos Anotados de New Jersey (N.J.S.A.) 45:9-22.4 y siguientes, les exigen a los médicos, quiroprácticos o podiatras autorizados a realizar remisiones a otros proveedores de atención médica en los cuales tienen un interés financiero importante, que informen a sus pacientes acerca de los intereses financieros importantes que puedan tener en un centro o un proveedor de atención médica cuando realizan una remisión a ese centro o proveedor de atención médica.

Si desea recibir más información al respecto, comuníquese con su médico, quiropráctico o podiatra. Si cree que no está recibiendo la información a la que tiene derecho, llame a la División de Asuntos del Consumidor del Departamento de Leyes y Seguridad Pública de New Jersey a los números **973-504-6200** o **1-800-242-5846**.

Su información

Es muy importante para nosotros tener su información de contacto correcta. Si no podemos comunicarnos con usted, es posible que no reciba la información importante que enviemos.

Si cambia su dirección, su número de teléfono o la cantidad de integrantes de su familia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

NJ FamilyCare y otro seguro

Infórmenos si tiene otro seguro. El otro seguro puede ser a través de Medicare, su empleo o el empleo de un familiar. Trabajaremos con las otras compañías de seguro médico para cubrir sus gastos. Puesto que Aetna Better Health of New Jersey siempre es el "pagador de último recurso", todas las reclamaciones deben facturarse primero a la otra compañía de seguros (primaria). Procesaremos sus reclamaciones después de que el seguro primario haga el pago.

Recuerde mostrar todas sus identificaciones de miembro del seguro cuando vaya al proveedor, al hospital o a la farmacia.

Visite el Departamento de Servicios Sociales de NJ en **nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf** para obtener más información sobre las normas que indican qué hacer en caso de tener otro seguro de salud. Esta guía, proporcionada por el estado de New Jersey, puede ayudarlo a comprender cómo funcionan los pagos de servicios. Si desea recibir una copia impresa de esta guía, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Remisiones con otros seguros

Su PCP puede remitirlo a otro proveedor. Puede obtener más información sobre las remisiones cuando tiene otro seguro en **nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf**.

- Si su otro seguro cubre el servicio, no es necesario que se comunique con nosotros para solicitar una autorización previa.
- Si su otro seguro NO cubre el servicio, el proveedor debe comunicarse con nosotros para solicitar una autorización previa. Consulte la página 22 para obtener más detalles.

Cómo elegir los proveedores

Si tiene otro seguro, igualmente es conveniente que se asegure de que los proveedores a los que visita también pertenecen a nuestra red. Esto lo ayudará a asegurarse de que no se le facturarán los servicios cubiertos por Medicaid. Si tiene preguntas, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

La siguiente tabla lo ayudará a administrar sus beneficios.

Si tiene ambos, Medicare y Medicaid, siempre deberá elegir proveedores en la red de proveedores de Medicare para recibir los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare. Al recibir los servicios cubiertos de Medicare, se deben seguir todas las pautas de Medicare para asegurar la cobertura de Medicare. Visite medicare.gov para obtener más información.

Cuando tiene Medicare y Medicaid

SI EL SERVICIO ES	ENTONCES	RECOMENDACIÓN DEL PROVEEDOR
Un beneficio aprobado cubierto por Medicare (ejemplos: servicios hospitalarios para pacientes externos, atención primaria, especialistas, análisis de laboratorio, radiología)	Medicare es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Use un proveedor de Medicare que no necesite estar en la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Atención hospitalaria para pacientes internados	Medicare es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Use un hospital que esté afiliado a Medicare. De ser posible, use un hospital que también se incluya en la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Atención de emergencia recibida en el departamento de emergencias de un hospital	Medicare es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Vaya al hospital más cercano.
Un servicio médicamente necesario que no cubre Medicare, pero que sí cubre su plan de salud de Medicaid (ejemplos: servicios dentales, audífonos, servicios de asistentes de atención personal, servicios médicos de atención diurna, suministros para la incontinencia, servicios de planificación familiar).[6]	El plan de salud de Medicaid es el único pagador.	Use un proveedor de la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Brindado por un proveedor que decidió no participar de Medicare para los miembros de las Partes A y B de Medicare[1] y que no forma parte de la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid	El miembro es responsable del pago, si está correctamente informado y firmó un contrato privado.[2]	Para evitar tener que pagar facturas médicas, asegúrese de usar proveedores que participen de Medicare.
Prestado a un miembro de un plan de salud Medicare Advantage[3] por un proveedor fuera de la red no aprobado y no cubierto.	El miembro es responsable del pago.	Para evitar tener que pagar facturas médicas, asegúrese de usar proveedores que formen parte de la red de proveedores del plan de salud Medicare Advantage.
Un medicamento con receta cubierto por la Parte D de Medicare	Medicare es el pagador principal. El miembro debe pagar un pequeño copago para medicamentos con receta, si corresponde.	Use una farmacia que participe de Medicare para recibir los medicamentos con receta.
Un medicamento con receta no cubierto por la Parte D de Medicare o sin cobertura para medicamentos acreditable.[4]	El miembro es responsable del pago[5]. Se aplican algunas excepciones.	N/C
Para atención en centros de atención de enfermería, incluidos los entornos de rehabilitación a corto plazo para pacientes internados	Medicare y Medicaid cubren algunos días en un centro de atención de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-792-8820 (TTY: 711), Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), o con el Departamento de Servicios para Miembros.	Para solicitar ayuda, comuníquese con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) 1-800-792-8820 (TTY: 711), Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), o con el Departamento de Servicios para Miembros.

1 Un proveedor que decidió no participar en Medicare es aquel que no acepta beneficiarios de Medicare para ningún servicio.
2 Por lo general, cuando un servicio es prestado por un proveedor que decidió no participar en Medicare y no forma parte de la red de su plan de salud de Medicaid, el servicio no tendrá la cobertura de Medicare ni de su plan de salud de Medicaid.
3 Medicare Advantage es un plan de salud de Medicare que incluye beneficios cubiertos por las Partes A y B de Medicare, y que puede incluir la Parte D de Medicare y beneficios adicionales.
4 La cobertura para medicamentos acreditable es la cobertura del plan de un sindicato o empleador en lugar de la Parte D de Medicare.
5 Excepciones: las benzodiacepinas, los barbitúricos, los medicamentos para dejar de fumar y ciertas vitaminas no están cubiertos por la Parte D de Medicare, pero sí están cubiertos por su plan de salud de Medicaid. No se aplican copagos.
6 Para recibir más información sobre los servicios dentales, llame a LIBERTY Dental Plan al 1-855-225-1727 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. También, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of New Jersey al 1-855-232-3596 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Cuando tiene otro seguro de salud y Medicaid

SI EL SERVICIO ES	ENTONCES	RECOMENDACIÓN DEL PROVEEDOR
Un beneficio aprobado y cubierto por el otro seguro de salud, incluidas las remisiones del PCP de su otro seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario. No se requiere una remisión del plan de salud de Medicaid.	Use un proveedor de la red de proveedores de su otro seguro de salud. En la tarjeta de identificación de su plan de salud de Medicaid figurará un PCP del plan de salud de Medicaid. Aún debe usar el PCP de su otro seguro de salud para todos los servicios cubiertos por su otro seguro de salud, independientemente del PCP del plan de salud de Medicaid que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud de Medicaid.
Un servicio médicamente necesario que puede no estar cubierto por el otro seguro de salud, pero sí está cubierto por su plan de salud de Medicaid (ejemplos: suministros para la incontinencia, servicios de asistentes de atención personal, servicios médicos de atención diurna, servicios de planificación familiar)	El plan de salud de Medicaid es el pagador principal.	Use un proveedor de la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Prestado por un proveedor que no forma parte de la red de proveedores de su otro seguro de salud ni la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid y que no recibió la autorización de su otro seguro de salud	El miembro es responsable del pago.	Para evitar tener que pagar facturas médicas, asegúrese de usar proveedores que formen parte de la red de proveedores de su otro seguro de salud.
Un medicamento con receta cubierto por su otro seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal. El plan de salud de Medicaid es el pagador secundario y cubre el copago del medicamento.	Use una farmacia participante del otro seguro de salud para recibir los medicamentos con receta.
Un medicamento con receta que no cubre su otro seguro de salud, pero que sí cubre su plan de salud de Medicaid	El plan de salud de Medicaid es el único pagador.	Use una farmacia de la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Un medicamento con receta que no cubre su otro seguro de salud ni su plan de salud de Medicaid.	El miembro es responsable del pago.	N/C
Una hospitalización en algún hospital de un proveedor del otro seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal. El plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Use un hospital que se encuentre en la red de proveedores de su otro seguro de salud. De ser posible, use un hospital que también se incluya en la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Atención de emergencia recibida en el departamento de emergencias de un hospital	El otro seguro de salud es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Vaya al hospital más cercano.
Para atención en centros de atención de enfermería	Tanto el otro seguro de salud como su plan de salud de Medicaid pueden cubrir la atención en centros de atención de enfermería. Para obtener más información sobre los pagos, comuníquese con el representante de servicio de su otro seguro de salud o con el Departamento de Servicios para Miembros de su plan de salud de Medicaid.	Use un centro que se encuentre en las redes de proveedores de su otro seguro de salud y su plan de salud de Medicaid.

Quejas y apelaciones

Queremos que esté satisfecho con los servicios que recibe de nosotros y de nuestros proveedores

Queremos que nos informe si no está satisfecho. Tratamos con mucha seriedad las quejas y las apelaciones de los miembros. Queremos saber qué no está bien para que podamos mejorar nuestros servicios.

Queremos asegurarnos de que comprenda sus derechos relacionados con las quejas y las apelaciones. Si necesita información en otro idioma, comuníquenos al respecto. Le notificaremos estos derechos en su lengua materna.

También podemos brindarle información en formatos alternativos, como letra grande o braille.

Queja

¿Qué puedo hacer si quiero presentar un reclamo formal (también denominado queja)?

Es posible que se encuentre en una situación en la que no esté satisfecho con algo relacionado con nuestro plan. Estos son algunos ejemplos:

- La calidad de la atención que recibió de un proveedor del plan;
- La manera en que lo ha tratado un proveedor del plan o su personal;
- La dificultad para programar una cita con un especialista u otro proveedor;
- La dificultad para obtener una autorización para recibir servicios;
- Las políticas de nuestro plan;
- La forma en que el personal de nuestro plan lo ha tratado.

Si tiene algún problema similar, tiene derecho a presentar un reclamo formal a nuestro plan. Esto también se denomina “interponer una queja”.

Cómo interponer una queja:

- Llame sin cargo al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**
- Por fax: **1-844-321-9566.**
- Visite nuestro sitio web: **AetnaBetterHealth.com/newjersey/medicaid-grievance-appeal.html**
- Escríbanos a la dirección que aparece a continuación:

Aetna Better Health of New Jersey
Attn: Grievance and Appeals
PO Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Si nos escribe, describa su reclamo y proporcione la información de contacto que podamos utilizar para comunicarnos con usted, como un número de teléfono y una dirección de correo electrónico. También puede solicitar ayuda a través del Formulario de quejas en nuestro sitio web

en **AetnaBetterHealth.com/NJ**. También se incluye una copia en la siguiente página de este manual, que puede enviar por fax al **1-844-321-9566** o enviar por correo electrónico a **NJAppealsandGrievances@Aetna.com**. Si nos presenta una queja por escrito, le enviaremos una carta de confirmación de recepción de su queja.

Investigaremos su reclamo y tomaremos medidas para resolverlo dentro de los 30 (treinta) días calendario y le enviaremos una carta de resolución de queja para explicarle lo que hicimos para solucionar el problema.

Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, puede llamarnos sin costo al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Cuéntenos qué sucedió

Incluya información como la siguiente:

- La fecha en que se produjo el incidente.
- Los nombres de las personas involucradas.
- Su nombre.
- Su número de identificación de miembro.

Es posible que lo llamemos para obtener más información sobre su queja.

Designe una persona para que lo represente en una queja

Puede solicitarle a alguien que lo represente, como un familiar, amigo o proveedor. Debe establecerlo por escrito. Envíenos una carta para informarnos que quiere que otra persona lo represente e interponga la queja por usted. Incluya su nombre, el número de identificación de miembro de su tarjeta de identificación de miembro, el nombre de la persona que quiere que lo represente y la descripción de su queja.

La persona que eligió podrá representarlo una vez que recibamos su carta. Si otra persona presenta una queja en su nombre, usted no podrá presentar una queja por el mismo tema.

Otros derechos a queja

Puede enviarnos cualquier información que considere importante para su queja. También puede solicitar ver su archivo en cualquier momento durante el proceso. Si no está conforme con lo que hemos decidido respecto a su queja, puede presentar una apelación por queja.

Aetna Better Health of New Jersey no discriminará a un miembro ni intentará cancelar su inscripción por presentar una queja/apelación contra el plan de salud.

Plazos para resolver su queja

Intentaremos resolver su queja de inmediato. Es posible que lo llamemos para obtener más información. El plan tomará una decisión dentro de los siguientes plazos:

- Treinta (30) días calendario desde la recepción para una queja estándar
- Tres (3) días hábiles desde la recepción para una queja acelerada

En el caso de las quejas que requieren una resolución acelerada (rápida), es posible que reciba una llamada de nuestra parte para informarle la resolución. Recibirá una carta nuestra en un plazo de tres (3) días hábiles luego de la recepción. La carta incluirá la resolución que tomamos y los motivos de la resolución, junto con nuestra información de contacto por si tiene preguntas sobre dicha resolución.

FORMULARIO DE QUEJA

Nombre:	
Apellido:	
N.º de identificación de miembro:	
Mejor número de teléfono para contactarlo:	
Su dirección de correo electrónico:	

¿Cuál es el motivo de su queja (reclamo formal)? Marque la casilla del problema que se aplica a su caso.

☐ 1. **Dificultad para programar una cita**

☐ 2. **Insatisfacción con la forma en que me trató un proveedor o su personal**

☐ 3. **Un proveedor se negó a verme debido a problemas con el pago de reclamaciones con el plan**

***Si elige 1, 2 o 3 arriba, especifique el proveedor*: _____**

☐ 4. **Dificultad para obtener servicios autorizados**

☐ 5. **Me facturaron servicios cubiertos**

☐ 6. **Insatisfacción con la forma en que me trató el personal del plan de salud**

Información adicional (opcional):

Si hemos denegado su solicitud de un tratamiento, producto o medicamento y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitarnos que la cambiemos. Esta solicitud se llama apelación. Sin embargo, una apelación es diferente a una queja. Puede llamarnos sin costo al ***1-855-232-5396*** (**TTY: 711**) para presentar una apelación o si tiene preguntas.

¿Nos ha contactado antes para tratar este problema?	**Sí** ☐	**No** ☐
En caso afirmativo, indique la fecha en que se comunicó con el Departamento de Servicios para Miembros.	**Fecha: __/__/__**	

Proceso de apelaciones por administración de uso

Denegación/limitación/reducción/terminación del servicio por necesidad médica

Usted y su proveedor deberán recibir una carta de notificación dentro de los 2 días hábiles posteriores a cualquier decisión del plan de salud de denegar, reducir o terminar un servicio o beneficio. Si no está de acuerdo con esta decisión, usted (o su proveedor, con su consentimiento escrito) tiene derecho a cuestionar esta medida por medio de una apelación. Consulte el resumen a continuación para conocer los plazos para solicitar una apelación.

ETAPAS	Plazo para que el miembro/ proveedor solicite una apelación	Plazo para que el miembro/ proveedor solicite una apelación con la continuación de los beneficios para los servicios existentes	Plazo para que se llegue a la determinación de la apelación	Tipo de plan de FamilyCare
Apelación interna La apelación interna es el primer nivel de apelación, administrado por el plan de salud. Este nivel de apelación es una revisión formal e interna, realizada por profesionales de salud seleccionados por el plan, que cuentan con la experiencia adecuada para el caso en cuestión y que no tuvieron relación con la determinación original.	60 días calendario desde la fecha de la notificación original/carta de denegación.	El último día de la autorización actual o antes; o Dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de la carta de notificación, lo que suceda después.	30 días calendario o menos después de que el plan de salud reciba la solicitud de apelación.	A/ABP B C D
Apelación externa/IURO La apelación externa/IURO es una apelación externa, realizada por una Organización de revisión independiente de uso (IURO).	60 días calendario desde la fecha de la carta de notificación de la apelación interna.	El último día de la autorización actual o antes; o Dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de la carta de notificación de la apelación interna, lo que suceda después.	45 días calendario o menos desde la decisión de la IURO de revisar el caso.	A/ABP B C D
Audiencia imparcial de Medicaid	120 días calendario desde la fecha de la carta de notificación de la apelación interna.	Lo que suceda después de lo siguiente: El último día de la autorización actual o antes; o Dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de la carta de notificación de la apelación interna; o Dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de la carta de decisión de la apelación externa/IURO.	La decisión final se tomará dentro de los 90 días calendario desde la fecha de la solicitud de audiencia imparcial.	Solo A/ABP

Determinación adversa inicial

Si Aetna Better Health of New Jersey decide denegar su solicitud inicial de un servicio, o reducir o suspender un servicio en curso que usted recibe desde hace un tiempo, esta decisión también se conoce como determinación adversa. Les informaremos a usted y a su proveedor sobre esta decisión lo antes posible; en general, lo hacemos por teléfono. Recibirá una carta por escrito en la que se explicará nuestra decisión dentro de los dos días hábiles.

Si está en desacuerdo con la decisión del Plan, usted o su proveedor (con su permiso por escrito) pueden cuestionar la decisión presentando una apelación. Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación de forma verbal (por teléfono) o por escrito. Para solicitar una apelación de forma verbal, puede llamarnos al: **1-855-232-3596 (TTY: 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Las apelaciones por escrito deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Usted tiene 60 días calendario desde la fecha en la carta de determinación adversa inicial para solicitar una apelación.

Apelación interna

La apelación interna es la primera etapa del proceso de apelación ante el Plan (denominada apelación interna). Un médico u otro profesional de salud seleccionado por Aetna Better Health of New Jersey, que cuente con experiencia en el área de conocimientos médicos adecuados para su caso, revisará su caso. Nos ocuparemos de seleccionar a alguien que no haya participado en la decisión original sobre su atención. Tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de 30 días calendario (o antes, si es necesario por su afección médica).

Si se deniega su apelación (no se decide a su favor), recibirá una carta por escrito de nuestra parte para explicar la decisión. La carta también incluirá información sobre su derecho a solicitar la apelación de una Organización de revisión independiente de uso (IURO) o su derecho a una audiencia imparcial de Medicaid, y cómo solicitar estos tipos de apelaciones posteriores. Más adelante en esta sección del manual, encontrará información adicional sobre dichas opciones.

Apelaciones expeditas (aceleradas)

Usted tiene la opción de solicitar una apelación acelerada (rápida) si cree que su salud se verá perjudicada si nos tomamos el plazo estándar (hasta 30 días calendario) para tomar una decisión sobre su apelación. Asimismo, si su proveedor nos informa que demorar hasta 30 días calendario en tomar una decisión puede poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad de recuperarse por completo de su afección actual, debemos tomar una decisión sobre su apelación dentro de las 72 horas.

Apelación externa (IURO)

Si su apelación interna no se decide en su favor, usted (o su proveedor, actuando actuado en su nombre con su consentimiento por escrito) puede solicitar una apelación externa (IURO) mediante el formulario de Solicitud de apelación externa. Se le enviará una copia del formulario de Solicitud de apelación externa junto con la carta en la que se le informa la decisión para su apelación interna.

Usted o su proveedor debe enviar dicho formulario a la siguiente dirección dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de decisión sobre su apelación interna:

Maximus Federal – NJ IHCAP
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, New York 14534
Oficina: **1-888-866-6205**

También, puede enviar el formulario completo por fax al **585-425-5296** o por correo electrónico a **Stateappealseast@maximus.com**.

Si no se incluye una copia de su Solicitud de apelación externa con la carta de decisión sobre su apelación interna, llame al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para solicitar una copia.

El Plan no lleva adelante las apelaciones externas (IURO). Estas apelaciones son revisadas por una Organización independiente de revisión de uso (IURO), que es una organización de revisión independiente e imparcial, que no se encuentra afiliada directamente con el plan ni con el estado de New Jersey. La IURO le asignará su caso a un médico independiente, que lo revisará y tomará una decisión. Si la IURO decide aceptar la revisión de su caso, llegará a una decisión dentro de los 45 días calendario (o antes, si su afección médica hace que esto sea necesario).

También puede solicitar una apelación externa (IURO) expedita, o acelerada, tal como puede hacerlo con las apelaciones internas. Para solicitar una apelación acelerada, usted o su proveedor deben enviar por fax una copia completada del formulario de Solicitud de apelación externa a Maximus Federal al **1-585-425-5296** y solicitar una apelación acelerada en el formulario en la Sección V: Resumen de la apelación. En el caso de una apelación externa acelerada (IURO), la IURO deberá tomar una decisión sobre su apelación dentro de las 48 horas.

La apelación externa (IURO) es opcional. No hace falta solicitar una apelación externa (IURO) antes de solicitar una audiencia imparcial de Medicaid. Una vez que finaliza su apelación interna, tiene las siguientes opciones para solicitar una apelación externa (IURO) o una audiencia imparcial de Medicaid:

- Puede solicitar una apelación externa (IURO), esperar la decisión de la IURO y, luego, solicitar una audiencia imparcial de Medicaid si la IURO no tomó una decisión en su favor.
- Puede solicitar una apelación externa (IURO) y una audiencia imparcial de Medicaid al mismo tiempo (tenga en cuenta que estas dos solicitudes se presentan ante diferentes agencias gubernamentales).
- Puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid sin solicitar una apelación externa (IURO).

Tenga en cuenta que las audiencias imparciales de Medicaid solo están disponibles para los miembros de NJ FamilyCare Plan A y ABP.

Audiencia imparcial de Medicaid

Usted tiene la opción de solicitar una audiencia imparcial de Medicaid después de que termina su apelación interna (Aetna Better Health of New Jersey tomó una decisión). El personal de la Oficina de Derecho Administrativo de New Jersey administra las audiencias imparciales de Medicaid. Tiene hasta 120 días calendario a partir de la fecha de la carta con la decisión sobre su apelación interna para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid.

Usted puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid por escrito a la dirección a continuación:

Fair Hearing Section
Division of Medical Assistance
and Health Services
P.O. Box 712
Trenton, New Jersey 08625-0712

Si solicita una audiencia imparcial de Medicaid expedita (acelerada) y cumple todos los requisitos para una apelación acelerada, se tomará una decisión dentro de las 72 horas desde el día en el que la agencia estatal haya recibido su solicitud de audiencia imparcial de Medicaid.

Tenga en cuenta que la fecha límite para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid siempre es de 120 días desde la fecha de la carta en la que se explica la decisión sobre su apelación interna. Esto es cierto, incluso si solicita una apelación externa (IURO) mientras tanto. La fecha límite de 120 días para pedir una audiencia imparcial de Medicaid siempre comienza desde la decisión de su apelación interna, no de su apelación externa (IURO).

Continuación de los beneficios

Si pide una apelación porque el Plan cancela o reduce un servicio o un curso de tratamiento que ya comenzó a recibir, es posible que continúen sus servicios/beneficios durante el proceso de apelación. Aetna Better Health of New Jersey continuará brindando los servicios de forma automática mientras su apelación está pendiente, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- La apelación suponga la cancelación, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios fueron indicados por un proveedor autorizado.
- Usted (o su proveedor, actuando en representación de usted con su consentimiento por escrito) presenta la apelación dentro de los 10 días calendario desde la fecha de la carta con la determinación adversa inicial, el último día de la autorización original o antes, lo que suceda después.

Sus servicios no continuarán de forma automática durante la audiencia imparcial de Medicaid. Si desea que sus servicios continúen durante la audiencia imparcial de Medicaid, debe solicitarlo por escrito cuando solicita una audiencia imparcial, y debe presentar esa solicitud dentro de los siguientes plazos:

- 10 días calendario desde la fecha de la carta con la decisión sobre la apelación interna; o
- 10 días calendario desde la fecha de la carta en la que se informa la decisión sobre la apelación externa (IURO) si la solicitó; o
- A más tardar el último día de la autorización previamente aprobada para los servicios en cuestión, lo que suceda después.

Tenga en cuenta que, si pide que se continúen sus servicios durante una audiencia imparcial de Medicaid y la decisión final no se toma a su favor, es posible que deba pagar el costo de los servicios que continuaron.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Derechos de queja y apelación de salud dental

Si no está de acuerdo con esta decisión, usted (o su proveedor, con su consentimiento escrito) tiene derecho a apelar esta medida. Usted tiene derecho a apelar a través del proceso de apelaciones internas de Aetna Better Health of New Jersey. Si el resultado de la apelación interna no lo favorece, después tendrá la opción de apelar ante la Organización de revisión independiente de uso (IURO) y el derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid.

Proceso de apelaciones internas del plan de salud

Usted ahora tiene derecho a solicitar una revisión interna. A esto se lo denomina “apelación interna”. Puede presentar una apelación interna de la siguiente manera:

Aetna Better Health of New Jersey
Attention: Member Services
PO Box 818003
Cleveland, OH 44181-8003

1-855-232-3596 (TTY: 711)
Fax: **1-844-321-9566**

- **En su carta, debe incluir una explicación del motivo por el que está apelando nuestra decisión y después debe firmar su solicitud de una apelación.**

Usted tiene 60 días calendario desde la fecha de este aviso para solicitar una apelación interna. Sin embargo, si ahora está recibiendo estos servicios y desea continuar recibiendo estos servicios automáticamente durante la apelación, debe solicitar una apelación interna el último día o antes del último día de la autorización aprobada anteriormente, o solicitar una apelación interna dentro de los 10 días calendario de la fecha de este aviso, lo que sea posterior.

Si no solicita su apelación dentro de estos plazos, no seguirá recibiendo los servicios durante la apelación. Aetna Better Health of New Jersey decidirá sobre su apelación interna dentro de los 30 días calendario de la recepción de su apelación.

Si usted o el proveedor que lo atiende considera que este plazo de 30 días calendario para decidir sobre su apelación es demasiado extenso y podría dañar su salud, llame a Aetna Better Health of New Jersey al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m y solicite una apelación acelerada o rápida. Una apelación acelerada o rápida significa que decidiremos sobre su apelación interna dentro de las 72 horas de su recepción.

Usted puede solicitar una apelación acelerada o rápida si es un paciente internado en un centro, si la atención que recibió era por un problema de salud de urgencia o emergencia, o si es médicamente necesario y demorar 30 días calendario para decidir sobre la apelación podría perjudicarlo gravemente de alguna manera.

Si llama para solicitar una apelación acelerada o rápida, no tiene que hacer un seguimiento de su llamada telefónica con una solicitud escrita.

Derecho a representación

Usted tiene derecho a representarse, a solicitar que otra persona lo represente o a tener representación legal. Si desea tener representación legal y no puede pagarla, puede comunicarse con una de las siguientes opciones:

- Visite los Servicios Legales de New Jersey en línea en **www.LSNJLawHotline.org** o llame al **1-888-576-5529**.
- Derechos de personas con discapacidad de New Jersey (DRNJ) en **advocate@drnj.org** o llame a DRNJ al **1-800-922-7233 (TTY: 711)** para recibir servicios legales y de asesoramiento gratuitos para personas con discapacidades.
- Proyecto de ley de salud comunitaria (CHLP) en chlpinfo@chlp.org o llame a CHLP al **973-275-1175** para que lo comuniquen con la oficina adecuada que brinda servicios en su condado. También puede encontrar una lista de oficinas de CHLP en **www.chlp.org**.

Hay ayuda adicional disponible si usted tiene una discapacidad o si tiene un dominio limitado del inglés. Si necesita ayuda en otros idiomas, consulte el aviso que se adjunta. Si es ciego o tiene alguna otra discapacidad y necesita ayuda con esta carta, llame a Aetna Better Health of New Jersey al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Apelaciones del bloqueo de farmacia

Si no está de acuerdo con la restricción de farmacias, puede comunicarse con el Plan para presentar una apelación interna, ya sea en forma oral o por escrito.

Aetna Better Health of New Jersey
Grievance and Appeals
PO Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

1-855-232-3596 (TTY: 711)
Fax: **1-844-321-9566**

En la apelación, háganos saber por qué cree que la restricción de farmacias no es adecuada o ya no es válida. Asimismo, puede presentar cualquier documentación que tenga para respaldar esta apelación. Le notificaremos por escrito el resultado de nuestra investigación de la apelación.

Si es miembro de FamilyCare A o ABP, también tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado de Medicaid (consulte la sección a continuación) en relación con la restricción de farmacias.

Tenga en cuenta que tiene solo 120 días a partir de la fecha de determinación del Plan para solicitar una audiencia imparcial sobre la restricción de farmacias. Si decide solicitarla, debe presentar su solicitud de audiencia imparcial en el mismo momento en el que presenta su apelación interna ante el Plan.

Fraude, uso indebido y abuso

En ocasiones, los miembros, proveedores y empleados del plan podrían decidir cometer actos deshonestos. Estos actos deshonestos se denominan fraude, uso indebido y abuso.

Los siguientes actos son los tipos más comunes de fraude, uso indebido y abuso:

- Miembros que venden o prestan su identificación de miembro a otra persona.
- Miembros que intentan obtener medicamentos o servicios que no necesitan.
- Miembros que falsifican o alteran recetas que reciben de sus proveedores.
- Proveedores que facturan servicios que no prestaron.
- Proveedores que brindan servicios que los miembros no necesitan.
- Abuso verbal, físico, mental o sexual por parte de los proveedores.

Llame a nuestra línea directa de fraude, uso indebido y abuso para denunciar estos tipos de actos de inmediato. Puede hacerlo de forma confidencial. No necesitamos saber quién es usted. Puede llamarnos para denunciar un acto de fraude, uso indebido y abuso al **1-855-282-8272 (TTY: 711)**. También puede presentar una denuncia ante el estado de New Jersey si tiene sospechas de fraude, uso indebido o abuso. Para ello, llame al **1-888-937-2835**.

Cancelación de la inscripción

Esperamos que esté satisfecho con Aetna Better Health of New Jersey. Si está pensando en abandonar el Plan, llámenos al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para ver si podemos ayudarlo a resolver cualquier problema que tenga. La DMAHS decidirá si puede cancelar su inscripción. Para cancelar su inscripción en el Plan, llame al coordinador de beneficios de salud (HBC) al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**.

También puede enviar una solicitud por escrito para cancelar su inscripción al Departamento de Servicios para Miembros a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
Attention: Member Services
PO Box 818003
Cleveland, OH 44181-8003

Cancelación de su inscripción en Aetna Better Health of New Jersey

Como miembro nuevo, usted podrá cancelar su inscripción en el Plan en cualquier momento durante los primeros 90 días de su inscripción. Luego de los primeros 90 días, usted estará "bloqueado" como miembro del plan, a menos que exista una buena razón para cancelar su inscripción. La DMAHS decidirá si usted tiene una buena razón para cancelar su inscripción. El procesamiento de su solicitud de cancelación de inscripción puede tardar entre 30 y 45 días. Si desea cancelar su inscripción en el Plan, llame al coordinador de beneficios de salud (HBC) al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**. El HBC le comunicará cuándo entrará en vigencia su nuevo plan de salud. Debe seguir utilizando nuestros proveedores hasta que deje de ser miembro de nuestro plan.

Solicitudes para cancelar su inscripción

Si es miembro de NJ FamilyCare, puede cancelar su inscripción en los siguientes momentos:

- En cualquier momento durante los primeros 90 días de inscripción.
- Durante el período de inscripción abierta del estado todos los años del 1 de octubre al 15 de noviembre.
- Por una buena razón, en cualquier momento.

Las causas justificadas para la cancelación de la inscripción y la transferencia incluye lo siguiente, a menos que la DMAHS defina lo contrario:

- Incumplimiento de Aetna Better Health of New Jersey en la prestación de servicios, incluido el acceso físico al inscrito, de acuerdo con los términos de este contrato.
- El inscrito ha presentado una queja/apelación ante Aetna Better Health of New Jersey de conformidad con el procedimiento de queja/apelación correspondiente y no ha recibido una respuesta dentro del plazo especificado allí, o en un plazo más corto requerido por la ley federal.
- Queja/apelación documentada, por parte del inscrito contra el plan del contratista sin una resolución favorable.
- El inscrito tiene un acceso mucho más conveniente a un médico de atención primaria que participa en otra Organización de cuidado administrado (MCO) en la misma área de inscripción.
- Baja calidad de la atención.
- El inscrito es elegible para participar a través de la DCP&P/Departamento del Niño y la Familia (DCF).
- El inscrito ha cumplido con los criterios de nivel de atención de centro de cuidados de enfermería (NF LOC) y es elegible para recibir los MLTSS.
- Otras razones justificadas de conformidad con la Sección 438.56 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).

El estado organizará un período de inscripción abierta todos los años del 1 de octubre al 15 de noviembre. Si elige un nuevo plan de salud durante el período de inscripción abierta, la fecha de entrada en vigencia será el 1 de enero y continuará durante el año calendario.

Cancelación de la inscripción debido a un cambio de estado

Si su estado cambia, usted ya no será elegible para el Plan. La DMAHS decidirá si usted sigue siendo elegible.

Entre los cambios que pueden afectar sus beneficios se incluyen los siguientes:

- Cambio de dirección
- Cambio de empleo
- Mudanza fuera del área de servicio
- Fallecimiento de un miembro de la familia
- Nuevo miembro de la familia

Entre los motivos para que se cancele su inscripción en el Plan, se incluyen los siguientes:

- Acto de fraude
- Negativa frecuente a seguir las indicaciones del proveedor sobre el tratamiento
- Ausencia física en el estado de New Jersey durante más de 30 días (excepto en el caso de los estudiantes)

Si esto sucede, usted recibirá una carta en la que se le explicará el proceso de cancelación de la inscripción.

La inscripción y la cancelación de la inscripción siempre están sujetas a verificación y aprobación por parte de la DMAHS de New Jersey. Si tiene preguntas, puede llamar al coordinador de beneficios de salud del estado al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**.

Continuidad de la atención

Si está recibiendo tratamiento de Aetna Better Health of New Jersey y cambia a FFS o a otra MCO, es posible que pueda continuar recibiendo tratamiento si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

Necesidad médica: Si se determina que es médicamente necesario, podrá seguir atendiéndose hasta cuatro meses después.

Embarazo: Si está embarazada, podrá continuar recibiendo los servicios hasta seis semanas después de que nazca su bebé.

Atención posoperatoria: Después de una operación, puede seguir recibiendo atención de seguimiento hasta por seis meses.

Tratamiento oncológico (del cáncer): Los servicios oncológicos pueden continuar hasta un año.

Tratamiento psiquiátrico: Si está recibiendo atención psiquiátrica, puede seguir recibiendo atención hasta un año después.

Renovación de la cobertura

Miembros de NJ FamilyCare B, C, D

El HBC le enviará una solicitud de renovación preimpresa a su hogar. Complétela y envíela a NJ FamilyCare. Llame al HBC al **1-800-701-0710 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda. Si no renueva el programa NJ FamilyCare cada año, su elegibilidad se terminará. Esto significa que será dado de baja del programa y no podrá volver a inscribirse.

Miembros de NJ FamilyCare A/ABP/Pago por servicio de Medicaid

Para evitar un período sin cobertura, deberá renovar su inscripción en NJ FamilyCare (Medicaid) cada año antes de la fecha de finalización.

Si no lo hace, podría perder tanto su cobertura de NJ FamilyCare (Medicaid) como su cobertura de Aetna Better Health of New Jersey. Para permanecer inscrito, llame a la agencia de bienestar del condado (CWA) para asegurarse de que no se interrumpa su cobertura de Medicaid un mes antes de su fecha de finalización. La inscripción continua seguirá de manera automática. Si se muda, llame a su trabajador social e infórmele su nueva dirección para recibir su solicitud de renovación.

Si tiene preguntas, llame al HBC al **1-800-701-0710 (TTY: 711)** de su agencia de bienestar del condado local.

Si usted es padre primerizo, recuerde registrar a su bebé recién nacido en la CWA local o en NJ FamilyCare. Para mantener sus beneficios sin interrupciones, renueve su inscripción no bien reciba el aviso de la oficina de la CWA o del programa NJ FamilyCare.

Debe renovar la cobertura todos los años para conservar su seguro. Podría perder la cobertura si no la renueva con NJ FamilyCare.

Instrucciones anticipadas

Si usted es adulto, su proveedor debe preguntarle si tiene instrucciones anticipadas. Se trata de instrucciones sobre su atención médica. Se las utiliza cuando usted no puede expresar sus deseos o decidir por sí mismo debido a un accidente o una enfermedad.

Recibirá atención médica incluso si no tiene instrucciones anticipadas. Usted tiene derecho a tomar sus decisiones médicas. Puede negarse a recibir atención. Las instrucciones anticipadas ayudan a los proveedores a saber qué es lo que desea cuando no puede decírselos. En New Jersey, las instrucciones anticipadas por escrito se dividen en dos grupos principales. Depende de usted si quiere tener ambas o solo una.

Instrucción de representación (poder de representación para las decisiones de atención médica)

Es un documento que usted utiliza para designar a una persona para que tome las decisiones de atención médica por usted en el caso de que usted no pueda hacerlo. Este documento entra en vigencia, independientemente de que su incapacidad para tomar decisiones de atención médica sea temporal debido a un accidente o permanente debido a una enfermedad.

La persona que usted designa se denomina “representante de atención médica”. Será responsable de tomar las mismas decisiones que usted hubiese tenido que tomar en las mismas circunstancias. Si no puede determinar qué desearía hacer usted en una situación específica, esta persona basará su decisión en lo que considera que es más conveniente para usted.

Directiva de instrucción (testamento vital)

Es un documento que usted utiliza para indicarles a su proveedor y a sus familiares acerca de los tipos de situaciones en las que le gustaría o no recibir tratamiento de soporte vital en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica. También puede incluir una descripción de sus creencias, valores y preferencias generales de atención y tratamiento. Esto guiará a su proveedor y a sus familiares cuando deban tomar decisiones de atención médica por usted en situaciones que no estén específicamente cubiertas por sus instrucciones anticipadas.

Es importante que todas las personas tengan instrucciones anticipadas, sin importar cuál sea su edad o su estado de salud. Le permiten indicar qué tipo de atención para el final de su vida desea y no desea.

Si tiene instrucciones anticipadas, haga lo siguiente:

- Guarde una copia usted.
- Entréguele también una copia a la persona que elija como su representante médico.
- Entregue una copia a cada uno de sus proveedores.
- Lleve una copia con usted si tiene que acudir al hospital o a la sala de emergencias.
- Conserve una copia en su automóvil, si tiene uno.

También puede hablar con su proveedor si necesita ayuda o tiene preguntas. Lo ayudaremos a encontrar un proveedor que lleve a cabo las directivas de sus instrucciones anticipadas. Puede presentar una queja si no se respetan sus instrucciones anticipadas.

Para obtener ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. O visite **nj.gov/health/advancedirective** para obtener más información. Si la ley estatal cambia, se lo informaremos dentro de los 90 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia del cambio.

Preguntas comunes

¿Qué debo hacer si pierdo mi tarjeta de identificación de miembro? ¿Y si no la recibo?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para obtener una nueva tarjeta de identificación.

¿Cómo sabré el nombre de mi PCP?

Su tarjeta de identificación detallará el nombre y número de teléfono de su PCP. Aparecerá en la parte delantera de su identificación de miembro.

¿Puedo cambiar de PCP si lo necesito?

Sí. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para obtener ayuda. Consultaremos si el nuevo PCP acepta pacientes nuevos.

¿Cómo sé qué servicios están cubiertos? ¿Y cuáles no están cubiertos?

La lista de los servicios cubiertos comienza en la página 31. En esas páginas, también se incluyen los servicios no cubiertos. También le puede preguntar a su proveedor. Para obtener ayuda, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. También puede consultar nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/NJ**.

¿Qué debo hacer si recibo una factura?

Si recibe una factura, llame al consultorio del proveedor. Proporciónele su información al personal. Si continúa recibiendo facturas, llame al Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

¿Qué hospitales puedo usar?

Nosotros utilizamos muchos hospitales contratados. Consulte el Directorio de proveedores en línea. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para obtener una lista actualizada de nuestros hospitales contratados.

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia médica es cuando tiene un problema médico grave. Esto significa que usted está en peligro de sufrir un daño duradero o de morir. Si tiene una emergencia, acuda al hospital más cercano o **LLAME AL 911**. Si tiene una emergencia dental, llame a su dentista primero.

¿Brindan atención de urgencia?

Sí. Si necesita atención de urgencia, llame a su PCP. El servicio de mensajes telefónicos de su PCP atenderá su llamada durante la noche, los fines de semana o los días feriados. Su PCP le devolverá la llamada y le indicará qué hacer. Consulte la página 27 para obtener más información sobre la atención de urgencia.

¿Cómo obtengo servicios que Aetna Better Health of New Jersey no cubre, pero que sí están cubiertos por mi programa de Pago por servicio de Medicaid?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** y nuestro personal le indicará cómo obtener estos servicios.

Aviso sobre prácticas de privacidad

¿A qué nos referimos cuando decimos "información de salud"? [1]

Empleamos la frase "información de salud" cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente. **Este aviso entró en vigencia el 1 de enero de 2015.**

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Ayuda para cuidarlo

Podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o pruebas médicas. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, le daremos, con su autorización, su información de salud a su nuevo médico.

Con familiares y amigos

Podemos compartir su información de salud con alguien que le brinde ayuda. Es posible que se trate de personas que le ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

Para el pago

Es posible que brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud. Además, podemos utilizar su información de salud para revisar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

Para operaciones de atención médica

Podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude

- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales
- Determinantes sociales de la salud

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarle con su problema de salud. Si nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Información sobre raza/origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Es posible que obtengamos información relacionada con su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género. Protegemos esta información como se describe en este aviso.

Usamos esta información para lo siguiente:

- Garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Elaborar materiales educativos sobre salud.
- Permitirles a los médicos conocer sus necesidades de idiomas.
- Abordar desigualdades en la atención médica.
- Indicarles los pronombres que usted prefiere a los médicos y al personal que interactúa con los miembros.

No usamos esta información para lo siguiente:

- Determinar beneficios.
- Pagar reclamaciones.
- Determinar costos y elegibilidad para acceder a los beneficios.
- Discriminar a los miembros por cualquier motivo.
- Decidir sobre la disponibilidad o el acceso a la atención médica o a los servicios administrativos.

Cómo compartimos su información con otras empresas

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarlo a asistir al consultorio del médico. Si usted está en una silla de ruedas con motor, se lo informaremos para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Investigación: con investigadores, después de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: con las personas que nos brindan servicios. Estas se comprometen a mantener su información segura.
- Reglamentaciones para la industria: con las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: con el personal federal, estatal y local responsable del cumplimiento de las leyes.
- Acciones legales: a los tribunales por asuntos legales o demandas.

Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud.

Por ejemplo, le pediremos autorización en las siguientes circunstancias:

- Por motivos de comercialización que no tienen ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle un seguro de atención médica.

¿Cuáles son sus derechos?

- **Tiene derecho a revisar su información de salud.**
  - Puede pedirnos una copia de su información de salud.
  - Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.
- **Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información de salud.**
  - Puede solicitarnos que modifiquemos su información de salud si considera que es incorrecta.
  - Si no estamos de acuerdo con la enmienda que usted solicitó, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.
- **Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.**
- **Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.**
  - Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
  - Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.
- **Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.**
  - Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
  - Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
  - No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.
- **Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.**
  - Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llámenos gratis al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para lo siguiente:
- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado antes.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

- **También tiene derecho a enviarnos un reclamo.**
  Si usted considera que se han infringido sus derechos, escríbanos a la siguiente dirección:

Aetna HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Fax: **859-280-1272**

- **También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales.** Llámenos para obtener la dirección al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Si no está satisfecho y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

¿Cómo protegemos su información?

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- **Procedimiento administrativo:** Contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud, independientemente del formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.
- **Procedimiento físico:** Su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos los ingresos a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados.
- **Procedimiento técnico:** El acceso a su información de salud es "basado en roles". Esto permite que únicamente las personas que deben hacer su trabajo y brindarle atención puedan acceder a la información.

Cumplimos con todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

¿Modificaremos este aviso?

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que se establece en este aviso. También tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/NewJersey**.

[1] A los fines de este aviso, "Aetna" y los pronombres "nosotros", "nos" y "nuestro(a)" se refieren a todos los planes HMO y a las subsidiarias aseguradoras con licencia de Aetna Inc. Para propósitos de privacidad federal, estas entidades se han designado como una única entidad cubierta asociada.

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna hace lo siguiente:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104**.

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de derechos civiles:

Dirección:	Attn: Civil Rights Coordinator PO Box 818001 Cleveland, OH 44181-8001
Teléfono:	**1-888-234-7358 (TTY: 711)**
Correo electrónico:	**MedicaidCRCoordinator@Aetna.com**

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Better Health: **AetnaBetterHealth.com/NewJersey**.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company y sus filiales.

Multi-Language Interpretation Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104** (**TTY**: **711**).

CHINESE: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 **1-800-385-4104** (**TTY**: **711**)。

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104** (**TTY**: **711**) 번으로 연락해 주십시오.

PORTUGUESE: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linquísticos, grátis. Ligue para o número que se encontra na parte de trás do seu cartão de identificação ou **1-800-385-4104** (**TTY**: **711**).

GUJARATI: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર અથવા **1-800-385-4104** પર કૉલ કરો (TTY**: 711**).

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie Twojego identyfikatora lub pod number **1-800-385-4104** (**TTY**: **711**).

ITALIAN: ATTENZIONE: Nel caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita. Chiamare il numero sul retro della tessera oppure il numero **1-800-385-4104** (**utenti TTY**: **711**).

ARABIC: ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104** (للصم والبكم: **711**).

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104** (**TTY**: **711**).

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104** (**TTY**: **711**).

FRENCH CREOLE: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd nan lang ou pale a ki disponib gratis pou ou. Rele nan nimewo ki sou do kat Idantifikasyon (ID) w la oswa rele nan **1-800-385-4104** (**TTY**: **711**).

HINDI: ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने आईडी कार्ड के पृष्ठ भाग में दिए गए नम्बर अथवा **1-800-385-4104** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

VIETNAMESE: CHÚ Ý: nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104** (**TTY**: **711**).

FRENCH: ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104** (**ATS**: **711**).

IRDU: توجہ دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں - اپنے شناختی کارڈ کے پیچھے موجود نمبر پر یا **1-800-385-4104** (TTY: **711**) پر رابطہ کریں۔

NJ-24-01-01-EN (rev 11/24)