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 PÁGINA 111 para obtener más detalles.

AetnaBetterHealth.com/NewJersey

1390314-NJ-SP | 097-25-65 (rev 6/12/26)

aetna®

Gracias por unirse a nosotros

Estimado 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

6 Números de teléfono importantes

7 Bienvenidos
- 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

10 Tarjeta de identificación

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

14 Confidencialidad y privacidad de los miembros

14 Sus derechos y responsabilidades

18 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

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

23 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

24 Cómo obtener atención especializada
- Cómo obtener una segunda opinión

25 Transporte

26 Atención fuera del horario de atención

26 Cobertura fuera del área de servicio

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

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

49 Integración de la salud conductual

50 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

56 Programa Better Care

57 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)

Índice

68 Servicios no cubiertos

69 Miembros mayores de 55 años

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

73 Servicios de atención dental
- Emergencias dentales

76 Servicios de atención de la vista

76 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

80 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)

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

85 Programa Aetna Medicaid Compassionate Care

86 Control de enfermedades
- Si no desea participar

86 Tratamiento de menores

87 Tratamientos médicos nuevos

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

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

88 Programas de mejora de la calidad

89 Programas de Administración de la salud de la población

90 Queremos recibir noticias suyas
- Otra información para usted

91 Plan de incentivo de médicos

91 Su información

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

96 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

107 Fraude, uso indebido y abuso

108 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

110 Continuidad de la atención

111 Renovación de la cobertura

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

113 Programa de Apoyo para la Vivienda

116 Programa de cuidados paliativos basados en la comunidad

119 Programa de apoyo nutricional

120 Preguntas comunes

121 Aviso sobre prácticas de privacidad

126 Aviso de no discriminación

127 Servicios de interpretación en varios idiomas

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 atención)

Línea directa de fraude, desperdicio y abuso
1-888-9FRAUD5 (1-888-937-2835) (TTY: 711)

Línea directa del fiscal de New Jersey contra el fraude de seguros
877-55-FRAUD (1-877-553-7283)
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

Bienvenidos

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. Nuestro número de teléfono gratuito es **1-855-232-3596 (TTY: 711)** o puede llamar a su administrador de atención al **1-833-346-0122 (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:

- Ayudarlo 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.
- Ayudarlo 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)**.

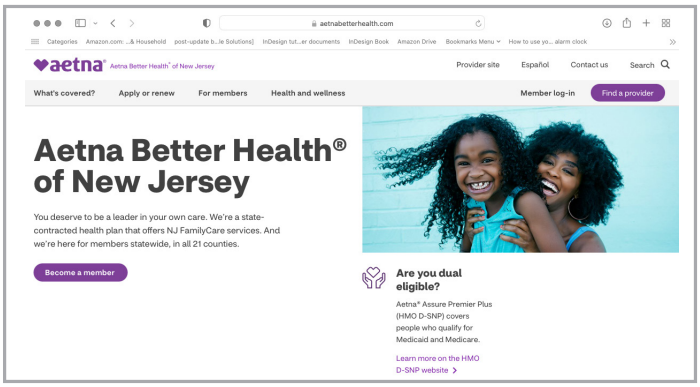
Servicios de idiomas

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 ayudarlo 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
  - Visite Krames Online para obtener recursos educativos sobre más de 4,000 temas: **aetna.kramesonline.com**
- 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)

Aetna Better Health® of New Jersey

aetna

NJ FamilyCare Managed Long Term Services and Support (MLTSS)
Member ID# 555555555555
Member Name SMITH, JOHN
PCP DOE, JANE
PCP Phone 1-777-777-7777

Date of Birth 01/01/1901
Sex M
Effective Date 04/01/2022
Issue Date 10/16/2023

CO-PAYS

PCP	$0	Brand	$0
ER	$0	Generic	$0
Dental		$0	

RxBIN: 610591 CVS caremark
RxPCN: ADV
RxGRP: RX8829
Pharmacist Use Only: 1-855-319-6286

AetnaBetterHealth.com/NewJersey

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT.

MENJMED1

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

Member Services / Servicios al Meimbro (24/7): 1-855-232-3596, TTY 711, 24/7
Urgent Care: Call your primary care provider (PCP)
Atención de Urgencia: Llame a su proveedor de cuidado primario (PCP)
LIBERTY Dental Plan Dental Services / Servicios de Dental: 1-855-225-1727

Emergency Care: If you are having an emergency, **call 911** or go to the closest hospital. You don't need preapproval for emergency transportation or emergency care in the hospital.

Atención de Emergencia: Si tiene una emergencia, **llame al 911** o vaya al hospital más cercano. No necesita aprobación previa para el transporte de emergencia o la atención de emergencia en el hospital.

Prior authorization is required for all inpatient admissions and selected outpatient services. To notify of an admission, please call **1-855-232-3596**.

Se requiere **autorización previa** para todas las admisiones de internación y para ciertos servicios ambulatorios. Para notificar una admisión, llame al **1-855-232-3596**.

Send Medical Claims:
Aetna Better Health of New Jersey
P.O. Box 982967, El Paso, TX 79998-2967

To verify member eligibility:
1-855-232-3596
Electronic Claims: Payer ID 46320

Members shall not be billed or charged for any Medicaid covered benefits provided to Member by Provider.

NJMED1

Tarjeta de identificación (ID) de LIBERTY Dental Plan

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

LIBERTY DENTAL PLAN. aetna™

(855) 225-1727 (TTY 711)

NAME First Name, Last Name
ID# Subscriber Number **EFFEC** 00/00/0000
GRP# [GroupNumber] GroupName NJ FamilyCare
PLAN A, B, ABP, FIDE-SNP, MLTSS
PRV# [OfficeNumber] OfficeName
Copay: $0
OfficeAddress1 OfficeAddress2
OfficeCity, OfficeState OfficeZip
ContactPhone

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

NOTICE TO MEMBER

If you have an urgent dental need, you should first contact your Primary Care Dentist for an immediate appointment. If your Primary Care Dentist is not available, contact LIBERTY Dental Plan Member Services for assistance. Please refer to your Member Handbook for specific emergency care coverage.

EDI Payer ID: CX083

Member Service/Grievance & Appeals: (855) 225-1727
TTY: 711
Normal Business Hours:
Monday – Friday 8:00 a.m. – 8:00 p.m. Eastern time
To report suspected Fraud, Waste or Abuse: (888) 704-9833

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY

Elegibilidad e inscripción

Puede ser miembro del plan, siempre que sea elegible para NJ FamilyCare. Su elegibilidad es decidida por la Agencia de Servicios Sociales del Condado (CSSA), el coordinador de beneficios de salud (HBC) de NJ FamilyCare, la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) de NJ o la Administración del Seguro Social. La mayoría de los miembros de NJ FamilyCare deben inscribirse en un plan de salud para recibir servicios y beneficios. La 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. 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 está bajo el cuidado de un proveedor cuando se une a Aetna Better Health of New Jersey, infórmenos. 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

Usted, u otra persona autorizada, eligió a Aetna Better Health of New Jersey firmando su solicitud de NJ FamilyCare o el Formulario de selección de plan, o llamando al HBC de NJ FamilyCare. Esto autoriza la divulgación de sus registros médicos mediante su firma o la firma de una persona autorizada. Se nos envió esta información. 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 preguntas sobre NJ FamilyCare o cómo inscribirse, llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**.

Confirmación de inscripción

Cuando se inscribe en el Plan, recibe un paquete de bienvenida. En ella 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. Deberá llamar a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY: 711)** para cambiar de plan. 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 División de protección y permanencia de niños (DCP&P)/el Departamento de Niños y Familias (DCF)
- El inscrito ha cumplido con el nivel de atención de un centro de atención de enfermería (NF LOC) y es elegible para 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 90 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:

- Hacer recomendaciones sobre la Política de responsabilidad y derechos de los miembros de la organización.
- 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, ser puntual 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.
- Informarle a NJ FamilyCare sobre otra cobertura de seguro médico o dental que tenga y si se produce algún cambio en su cobertura.

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 PÁGINA 23 para conocer cómo obtener una aprobación previa (autorización de servicios) para los servicios.

El directorio de proveedores en línea enumera información de todos los proveedores de la red, incluidos nombres, direcciones, números de teléfono, especialidades y calificaciones, estado de certificación de la junta y más. También puede buscar a nuestros proveedores en el sitio web de **HealthGrades.com** para obtener más información, como la facultad de medicina a la que asistieron y la finalización de la residencia.

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 de 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 a 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.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA CON LAS CITAS

Nombre:	
Apellido:	
N.° de identificación de miembro:	
Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted:	
Su dirección de correo electrónico:	

¿Qué tipo de proveedor o especialista necesita? **Si desea una cita con un proveedor específico, brinde el nombre y apellido.**	

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

¿Ya se ha puesto en contacto con nosotros para pedir ayuda para programar una cita? **Si la respuesta es sí, indique la fecha en que se comunicó con el <Departamento de Servicios para Miembros/Servicio de Atención al Cliente>.**	**Sí** ☐ **No** ☐ **Fecha:**
Puede presentar un reclamo formal. Esto también se denomina "interponer una queja". Si desea 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 PÁGINA 96 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)**.

Dirección de los participantes

La dirección de los participantes también se conoce como dirección del consumidor o autodirección. Es un mecanismo de prestación de servicios que enfatiza la autonomía y el empoderamiento al ampliar el grado de elección y control del participante/representante sobre sus servicios y apoyos a largo plazo. Permite que los participantes/representantes actúen como empleadores de derecho consuetudinario, responsables de contratar, capacitar, supervisar y despedir directamente a sus cuidadores remunerados. Los participantes/representantes reciben la capacitación y la orientación adecuadas para tomar decisiones informadas sobre su propia atención.

Los participantes/representantes se convierten en expertos en su propio cuidado y dirigen los servicios y apoyos aprobados que mejor satisfacen sus necesidades de atención personal. Este modelo ofrece a los participantes/representantes un mayor control, flexibilidad y libertad sobre su atención. Los participantes/representantes pueden elegir quién les brinda atención, qué tipo de atención quieren y necesitan, cuándo desean que se les brinde la atención y dónde se brindará la atención. Los cuidadores o proveedores de servicios se hacen responsables ante el participante/representante.

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.

Atención 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 nonato, 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.

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** PÁGINA 75

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.

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.

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 tiene alguno de los síntomas mencionados.

Las afecciones urgentes incluyen, entre otras, las siguientes:

- Moretones
- Resfriado
- Diarrea
- Dolor de oído
- Sarpullido
- Dolor de garganta
- Esguince
- Dolor de estómago (podría necesitar atención de urgencia; generalmente, no se trata de una emergencia).
- Vómitos

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.

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 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 **PÁGINA 75**.

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. Beben 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. 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:** • Lesión traumática en 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.

Tipos de atención	Qué hacer
¿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 • Infecciones del tracto urinario • Dolor muscular • Dolores de espalda • Resurtidos o solicitudes de medicamentos con receta • Afecciones médicas que ha tenido durante mucho tiempo • Dolores de cabeza (migrañas) • Dolor de muelas **¿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.	
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 (resultados en 10 días hábiles) • Citas de atención de urgencia: 48 horas (resultados en 24 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.

Tipos de atención	Qué hacer
Citas con el dentista	Debe llamar a su dentista para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación: • Emergencia: atención brindada inmediatamente después de la presentación • Atención de urgencia: dentro de las 24 horas de la solicitud. • Rutina: dentro de los 28 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 de salud. 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 tanto su tarjeta de identificación de Aetna Better Health of New Jersey como su tarjeta de identificación de beneficios de NJ Health para los servicios enumerados 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.

Servicios/beneficios cubiertos

6.01.26

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 (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.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

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

Con cobertura de Aetna (planes A/ABP, B)	Cubierto por Aetna (Planes C, D)
Cubre la manipulación de la columna vertebral.	Cubre la manipulación de la columna. Copago: $5

Prueba de detección de cáncer colorrectal

Con cobertura de 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).

Cuidados paliativos basados en la comunidad

Cubierto por Aetna (todos los planes)

El programa de cuidados paliativos basados en la comunidad (CBPC) brinda apoyo a los miembros con afecciones de salud graves. Se enfoca en aliviar los síntomas, coordinar la atención y ayudar al miembro y a la familia a navegar por el sistema de salud, sin dejar de recibir tratamientos. La atención es proporcionada en el hogar o en otros lugares de la comunidad (no en un hospital) por un equipo de atención interdisciplinario.

Servicios dentales

Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP, B)	Cubierto por Aetna (Planes C, D)
	Los miembros de NJ FamilyCare C and D tienen un copago de $5 por consulta dental (salvo para servicios preventivos y de diagnóstico).

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

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. El programa NJ Smiles permite a los proveedores no dentales realizar exámenes orales, evaluaciones de riesgo de caries, orientación anticipada, una remisión a un dentista que trate a niños pequeños y aplicaciones de barniz de flúor para niños hasta la edad de cinco (5) años.

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 y medicamentos con receta relacionados

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.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

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)	Con cobertura de Aetna (Plan C)	Con cobertura de Aetna (Plan D)
Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias.	Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias. **Copago de $10**	Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias. **Copago de $35**

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Cubierto por Aetna (Planes A/ABP)

La cobertura incluye (pero no se limita a)

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.

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.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

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 con calificación 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.

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, 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.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

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.

Apoyos para vivienda

Cubierto por Aetna (todos los planes)

El programa de Apoyo para la vivienda es un conjunto de servicios de vivienda destinados a garantizar que los miembros puedan vivir en un hogar seguro, saludable y asequible.

El apoyo para la vivienda consta de cuatro servicios:

- Servicios previos al arrendamiento (administración de casos)
- Servicios de mantenimiento de arrendamiento (administración de casos)
- Apoyo para la mudanza
- Servicios de modificación y remediación residencial

Para ser elegible para los apoyos de vivienda, el miembro debe:

- Cumplir con al menos un criterio de riesgo social (incluidos, entre otros: falta de vivienda; en riesgo de quedarse sin hogar; transición de una institución; recientemente dado de alta de un centro correccional).
- Cumplir con al menos un criterio de riesgo clínico (incluidos, entre otros: una afección de salud crónica; una afección de salud mental; abuso de sustancias; embarazo; salud médica compleja debido a una discapacidad; violencia sexual/doméstica; necesidades de vida asistida; hospitalización repetida).

Vacunas

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.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

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.

Cuidados agudos: Cubiertos 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.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

Servicios de salud para la madre y el bebé

Con cobertura de Aetna (todos los planes)

Cubre servicios médicos para cuidado perinatal, incluyendo cuidado prenatal preventivo y atención especializada. Cubre la atención prenatal en consultorios utilizando el modelo CenteringPregnancy. Cubre servicios dentales que incluyen, entre otros, cuidado preventivo adicional y servicios de tratamiento dental médicamente necesarios debido a problemas dentales relacionados con el embarazo. Cubre servicios de salud conductual y para trastornos por abuso de sustancias. *Consulte también Atención obstétrica y atención dental*.

Cubre apoyo para la vivienda, educación para el parto, cuidado de doula, apoyo para la lactancia. *Consulte también Apoyos para la vivienda*.

Cubre el cuidado del trabajo de parto y el parto en un hospital o centro de maternidad. *Consulte Cuidado hospitalario para pacientes internados*.

Cubre equipo médico duradero relacionado con el embarazo. Cubre los manguitos de presión arterial con una orden de un profesional clínico o médico y sin autorización previa. Cubre los extractores de lactancia y los accesorios: Cubre extractores de leche para un solo usuario sin autorización previa y sin una orden de un profesional clínico/médico; cubre el alquiler de una bomba multiusuario con autorización previa.

Cubre medicamentos con receta relacionados con el embarazo, incluidas las vitaminas prenatales. *Consulte también medicamentos con receta*.

Cubre servicios médicos para cuidado de recién nacidos, exámenes de audición y cuidado pediátrico. Cubre la atención pediátrica en consultorios que utilizan el modelo HealthySteps. *Consulte también EPSDT*.

Cubre servicios médicos para atención de planificación familiar y atención de rutina de la mujer/ginecológica. Cubre la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC) y otras formas de anticoncepción inmediatamente después del parto. *Consulte también la sección Servicios de planificación familiar y suministros*.

Atención médica diurna (servicios de salud diurnos para adultos)

Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP)	No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D
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 (pacientes externos) 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.	

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

Servicios de enfermeras parteras

Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)

Cubierto por Aetna (Planes C, D)

Copago de $5 por consulta (salvo para consultas de atención prenatal)

Cubierto para atención de rutina de la mujer/ginecológica, y atención relacionada con la maternidad/embarazo (incluida la atención del trabajo de parto y el parto en un hospital o centro de maternidad).

Servicios en centros de atención de enfermería

Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP)

No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D

Es posible que los miembros tengan responsabilidad de pago del paciente.

Atención a largo plazo (cuidado asistencial) 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) 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) Incluye cobertura para

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)

La atención en un centro de atención de enfermería de atención especial (SCNF) o en una unidad de 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 se requieren servicios de un centro de atención de enfermería intensivos fuera del alcance de un centro de atención de enfermería convencional.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

Asesoramiento y educación nutricional

Con cobertura de Aetna (plan A)

Se pueden recibir simultáneamente con entregas de comidas a domicilio, suministros de despensa de transición y suministros de comestibles a corto plazo.

Se pueden recibir simultáneamente con la educación sobre nutrición médica o autocontrol de la diabetes proporcionada por NJ Family Care si son complementarios y no duplican los servicios de asesoramiento y educación nutricional más centrados clínicamente.

Los miembros que residen en centros de enfermería (NF), residencias de vida asistida (ALR), hogares de atención personal integral (CPCH) o que reciben servicios residenciales comunitarios (CRS) por una lesión cerebral traumática (TBI) no son elegibles para este beneficio.

Los miembros de los programas de vida asistida pueden ser elegibles, siempre y cuando no haya duplicación.

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, de corazón y pulmón, de páncreas, de riñón, 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)	Cubierto por 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 el lenguaje)

Con cobertura de Aetna (Planes A/ABP)	Cubierto por Aetna (Planes B, C, D)

Se cubre la fisioterapia, la terapia ocupacional, la patología del habla y la terapia de rehabilitación cognitiva.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos

Cubierto por 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)	Cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D mediante EPSDT
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.	

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

Servicios médicos: Atención primaria y de especialidad

Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)

Cubierto por Aetna (Planes C, D)

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).

Se cubren los servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes externos.

Podología

Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)

Cubierto por Aetna (Planes C, D)

Copago de $5 por consulta para los miembros de NJ FamilyCare C y 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.

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)

Cubierto por Aetna (Planes C, D)

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.

Incluye medicamentos con receta (con y sin leyenda, incluidos los medicamentos administrados por médicos); vitaminas, productos minerales, incluidos, entre otros, suplementos de flúor y minerales. Los factores de coagulación de la sangre también están cubiertos.

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).

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

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.

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

Suministro de comestibles a corto plazo

Con cobertura de Aetna (plan A)

No se puede proporcionar por más de 30 días. No se puede usar más de una vez por año calendario. Solo se puede usar en compras que cumplan con las pautas del SNAP.

Tiene un límite del 200% de la asignación mensual máxima del SNAP del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) del año fiscal actual para un hogar de 1 persona.

Servicios para dejar de fumar/vapear

Con cobertura de 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 los días 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**.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

Suministro de despensa de transición

Con cobertura de Aetna (plan A)

Este servicio está limitado a un suministro de 30 días por ocurrencia, pero puede renovarse en incrementos de 30 días hasta un máximo de 6 meses según la necesidad.

Monto máximo de $1,000 por el primer suministro de 30 días y un máximo de $300 por cada suministro adicional de 30 días solicitado/aprobado, hasta un máximo total de $2,500 por 6 meses.

Los miembros que residen en centros de enfermería (NF), residencias de vida asistida (ALR), hogares de atención personal integral (CPCH) o que reciben servicios residenciales comunitarios (CRS) por una lesión cerebral traumática (TBI) no son elegibles para este beneficio.

Los miembros de los programas de vida asistida pueden ser elegibles, siempre y cuando no haya duplicación.

El suministro de despensa de transición está limitado a una transición, por vida del miembro.

Transporte (de emergencia) (Ambulancia, unidad de terapia intensiva móvil)

Cubierto por Aetna (todos los planes)

La cobertura de atención de emergencia incluye, entre otros, ambulancia y unidad de terapia intensiva móvil.

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 (BLS) 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.

Para los servicios relacionados con la COVID-19, se cubren los servicios de transporte en auto/alquiler de vehículos, los servicios ambulatorios o ambulatorios con asistencia, las sillas de ruedas, las camillas, el transporte público o los pases de autobús y el reembolso de millas.

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.

Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan 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.

Servicios de atención de la vista

Cubierto por Aetna (Planes A/ABP, B)

Cubierto por Aetna (Planes C, D)

Copago de $5 por consulta para los servicios de un optometrista.

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.

Lentes correctivos: Con cobertura de 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 está cubierto en **AetnaBetterHealth.com/newjersey/whats-covered.html**.

Integración de la salud conductual

La atención de salud conductual (BH) abarca los servicios de salud mental (MH) y de trastorno de abuso de sustancias (SUD). Históricamente, en el programa Medicaid de NJ (NJ FamilyCare), la atención de salud física de los miembros ha sido administrada por cinco organizaciones de cuidado administrado (MCO), mientras que ciertos servicios de BH se han cubierto por separado a través de la tarifa por servicio (FFS).

Para priorizar la atención integral de la persona, donde los servicios de salud física y conductual se administran bajo la misma entidad, NJ se ha embarcado en una iniciativa de integración de BH.

Los tres objetivos principales para la integración de NJ BH son los siguientes:

- Aumentar el acceso a los servicios con un enfoque en la atención centrada en el miembro
- Integrar la salud física y conductual para la atención integral de la persona, con el potencial de mejorar los resultados de la atención médica
- Proporcionar servicios apropiados para los miembros en el entorno correcto y en el momento adecuado

A partir del 1 de enero de 2025, Aetna Better Health of New Jersey ofrece los siguientes servicios de salud conductual para pacientes externos para todos los miembros inscritos en MCO.

Fase 1: Servicios de BH para pacientes externos

- Asesoramiento para pacientes externos de MH
- Hospitalización parcial de MH
- Atención parcial de MH en clínicas para pacientes externos
- Servicios hospitalarios y clínicos para pacientes externos de MH
- Asesoramiento para pacientes externos de SUD
- SUD intensivo para pacientes externos
- Clínicas para pacientes externos de SUD (incluido el manejo ambulatorio de la abstinencia, los servicios de apoyo de pares y la administración de la atención de SUD)
- Atención parcial para SUD

Todos los servicios de salud conductual para pacientes internados y externos están cubiertos para los miembros inscritos en MLTSS, División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado (FIDE-SNP).

Servicios de apoyo de BH

Los miembros que reciben servicios de BH recibirán apoyo integral con sus necesidades de salud mental y SUD a lo largo de todo el proceso de cuidado administrado. Si aún no están inscritos, los miembros podrán ser evaluados para recibir los servicios de MCO en materia de integración de BH, mediante los cuales se les asignará un administrador de atención que les ayudará a abordar y coordinar sus necesidades de salud mental junto con sus necesidades sanitarias generales. Para solicitar un administrador de atención, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o de Servicio al Cliente que figura en el dorso de su tarjeta de miembro del plan de salud/MCO.

Cómo encontrar un proveedor

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). Si un proveedor no está en nuestra red, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que lo agreguen a nuestra red de proveedores.

Información de contacto/números de teléfono relevantes

Si necesita más información, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-232-3596 (TTY: 711) en relación con los siguientes temas. En caso de emergencias de salud conductual, también puede llamar al 988.

- Preguntas generales
- Encontrar un proveedor o verificar si un proveedor está dentro de la red
- Autorización de servicio.
- Quejas y apelaciones.
- Supervisor de gestión de la atención de BH y director médico de BH, según corresponda

Al solicitar autorización previa o coordinar de otra manera para recibir servicios de salud conductual, 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 (TTY: 711).

Servicios de salud conductual

Aetna Better Health of New Jersey cubre varios 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, 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.

Nota: Los servicios para personas con autismo no se especifican en el cuadro de salud conductual. Consulte el Cuadro de beneficios principal del manual.

Clave de abreviatura

DDD: Division of Developmental Disabilities

MLTSS: Servicios y apoyos administrados a largo plazo

FIDE SNP: Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad plenamente integrado

Servicios/beneficios cubiertos de salud conductual

02.16.25

DDD, MLTSS O FIDE SNP	Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

Rehabilitación de salud mental para adultos (departamentos y hogares grupales supervisados)

Con cobertura de Aetna (DDD, MLTSS o FIDE SNP)	Con cobertura de FFS	Sin cobertura (Planes B, C, D)

Hogar de salud conductual

Cubiertos por FFS para todos los miembros (todos los planes)

Servicios de apoyo comunitario

Cubiertos por FFS para todos los miembros (todos los planes)

Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados

Con cobertura de Aetna (todos los planes) La cobertura incluye los servicios prestados en un hospital de cuidados agudos.

Red de practicantes independientes o IPN (trabajador social clínico licenciado, terapeuta matrimonial y familiar certificado, consejero profesional certificado, psiquiatra, psicólogo o enfermero de práctica avanzada)

Cubierto por Aetna (todos los planes)

Servicios de salud mental para pacientes externos

Cubierto por 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 se realiza únicamente a través de un centro de evaluación de emergencia psiquiátrica o después del alta psiquiátrica de un paciente internado. 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)

Adquisición de habilidades y desarrollo de capacidades

Cubiertos por FFS para todos los miembros (todos los planes)

Servicios/beneficios cubiertos de salud conductual

02.16.25

DDD, MLTSS O FIDE SNP	Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

Administración de casos específicos

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 versión 3.0) 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.

Desintoxicación/Manejo de la abstinencia ambulatoria con monitoreo en el centro

Cubierto por 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

Con cobertura de 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)

Con cobertura de Aetna (DDD, MLTSS o FIDE SNP)	Con cobertura de FFS (Planes A/ABP, B, C, D)

Servicios de tratamiento con opioides

Con cobertura de 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.

DDD, MLTSS O FIDE SNP	Plan A/ABP	Plan B	Plan C	Plan D

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)

Cubierto por 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)

Con cobertura de 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 New Jersey tiene un nuevo programa. 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 PÁGINA 33. 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.

3 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 visite mybenefitscenter.com para activarla en línea. 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.

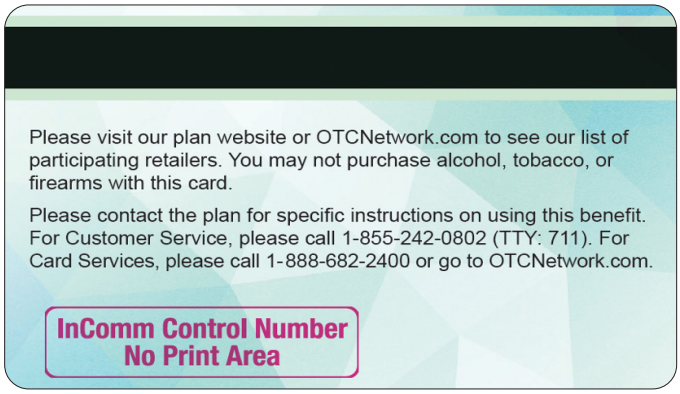
Para consultar el saldo de su tarjeta, llame al **1-888-682-2400 (TTY: 711)** o visite **mybenefitscenter.com**.

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
- Servicio Nutricional
- 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 por MLTSS

Apoyo de servicios administrados a largo plazo: Tabla de beneficios

Servicios de vida asistida

Servicios de vida asistida: una variedad coordinada de servicios personales y de salud de apoyo, administración de medicamentos, disponibles las 24 horas del día, para los residentes que han sido evaluados como necesitados de estos servicios, incluidas las personas que requieren el nivel de atención de un hogar de convalecencia.

Los servicios de vida asistida incluyen atención personal y supervisión y administración de medicamentos durante todo el día.

Programa de vida asistida (ALP) (elegible para MFP 25%)

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. El proveedor del ALP debe ser capaz de proporcionar o hacer arreglos para la prestación de asistencia con atención personal y de servicios de enfermería, farmacéuticos, dietéticos y de trabajo social para satisfacer las necesidades individuales de cada residente.

Residencia de vida asistida (ALR)

La residencia de vida asistida (ALR) es un centro que está autorizado por el Departamento de Salud para proporcionar vivienda estilo apartamento y comidas colectivas y para garantizar que los servicios de vida asistida estén disponibles cuando sean necesarios, para cuatro o más personas adultas no relacionadas con el propietario

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 unidades residenciales en hogares de atención personal integral no albergan a más de dos residentes y tienen una puerta con cerradura en la entrada de la unidad. Los residentes de los CPCH tienen acceso a alimentos y bebidas del centro las 24 horas del día, los 7 días de la semana y, si están equipados, acceso al área de preparación de alimentos de su propia unidad.

Administración conductual en casos de lesión cerebral traumática (TBI) (grupal e individual) (elegible para MFP 25%)

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 programa, que se ofrece en el hogar o fuera del hogar, tiene un tiempo limitado y está diseñado para tratar a la persona y a los cuidadores, si corresponde, a corto plazo. La programación conductual incluye una evaluación completa de las conductas desadaptativas; el desarrollo de un plan estructurado de modificación de conducta, la implementación del plan, la capacitación y supervisión continuas de los cuidadores y asistentes de conducta, y la reevaluación periódica del plan. El objetivo del programa es devolver al individuo al nivel anterior de funcionamiento que sea seguro para él o ella y para los demás.

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. Algunos ejemplos son los seminarios sobre cómo apoyar a alguien con demencia y los seminarios para apoyar a alguien con dificultades de movilidad. Las necesidades de capacitación deben identificarse a través de la evaluación integral, la reevaluación o en una evaluación profesional, y deben identificarse en el plan de atención aprobado como un servicio obligatorio.

Servicios de tareas domésticas

Servicios necesarios para mantener la limpieza, la sanidad y la seguridad del hogar. Las tareas domésticas son tareas de mantenimiento del hogar pesadas que no son continuas ni de rutina y que tienen como propósito aumentar la seguridad de la persona. Los servicios de tareas domésticas incluyen la limpieza de electrodomésticos, la limpieza y fijación de alfombras y tapetes, el lavado de paredes, ventanas y pisos de fregado, la limpieza de áticos y sótanos para eliminar riesgos de incendio y salud, la limpieza de pasillos de hielo, nieve, hojas, poda de ramas de árboles colgantes, reemplazo de fusibles, bombillas, enchufes eléctricos, cables deshilachados, reemplazo de cerraduras de puertas, cierres de ventanas, reemplazo de arandelas de grifos, instalación de equipos de seguridad, cambios estacionales de mosquiteros y contraventanas, burletes alrededor de las puertas y calafateo de las ventanas. (No disponible para residentes de AL o NF)

Tratamiento de rehabilitación cognitiva (grupal e individual) (elegible para MFP 25%)

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, etc. El tipo de actividad y la frecuencia se determinan mediante

la evaluación del participante, el desarrollo de un plan de tratamiento basado en déficits reconocidos y reevaluaciones periódicas. El tratamiento de rehabilitación cognitiva se puede proporcionar en varios entornos, incluidos, entre otros, el propio hogar y la comunidad del individuo, centros de rehabilitación para pacientes externos o programas residenciales. Este servicio puede ser prestado por profesionales con las credenciales, la capacitación, la experiencia y la supervisión indicadas en las especificaciones para proveedores.

Los servicios de tratamiento de rehabilitación cognitiva de MLTSS pueden considerarse médicamente necesarios cuando se cumplen las siguientes condiciones:

1. El tratamiento es para una afección que requiere un proveedor con el conocimiento y las habilidades únicas en la provisión de tratamiento de rehabilitación cognitivo como se describe en las Especificaciones del proveedor que se indican a continuación, y es parte del plan de tratamiento especializado del beneficiario; y
2. Se espera que el tratamiento mejore de forma incremental (cambios mínimos e impredecibles a lo largo de períodos de tiempo más prolongados) o evite la pérdida de los avances ya logrados; y
3. No se esperaría que un individuo desarrollara la función o se esperaría que la perdiera permanentemente sin el servicio de tratamiento de rehabilitación cognitiva de MLTSS (no simplemente fluctuar); y
4. La documentación clínica en curso del tratamiento de rehabilitación cognitiva de MLTSS continúa verificando objetivamente que, como mínimo, se conserva el estado funcional mientras se continúa con la búsqueda de un progreso incremental hacia un mayor desarrollo; y
5. Los servicios son prestados por un proveedor calificado de servicios de tratamiento de rehabilitación cognitiva que tiene experiencia en la prestación de servicios de tratamiento a personas con TBI.

Servicios residenciales comunitarios (CRS) (elegible para MFP 25%)

Un paquete de servicios prestados a un participante que vive en la comunidad, que es propiedad de una residencia, que está alquilado o supervisado por un proveedor de CRS. Los servicios incluyen atención personal, servicios de acompañantes, servicios de tareas domésticas, transporte, supervisión nocturna y actividades recreativas. Un CRS es el hogar de un participante. El proveedor de CRS es responsable de coordinar el servicio para garantizar la seguridad del participante y el acceso a los servicios según lo determinen el participante y el administrador de atención. A los participantes se les asigna uno de los tres niveles de supervisión. Estos niveles están determinados por la dependencia del participante. El administrador de atención, junto con el personal de CRS, evalúan al participante, utilizando el formulario “PAUTAS DE NIVEL DE ATENCIÓN PARA CRS” como guía.

Servicios de transición a la comunidad (elegibles para MFP 25%)

Servicios para que los miembros ayuden en la transición de un entorno institucional a su propio hogar en la comunidad a través de la cobertura de gastos transitorios únicos y no recurrentes, con un límite de $10,000 de por vida. Estos servicios se proporcionan para apoyar la salud, la seguridad y el bienestar del participante. Los gastos permitidos son aquellos necesarios para permitir que una persona establezca un hogar básico que no constituya alojamiento y comida y pueden incluir:

- Depósitos de seguridad y cargos de solicitud necesarios que se requieren para obtener un contrato de arrendamiento de un apartamento o casa;

- Muebles esenciales del hogar y gastos de mudanza necesarios para ocupar y usar un domicilio comunitario, incluidos muebles, cortinas para ventanas, productos para preparar alimentos y ropa de cama/baño; si corresponde, la MCO debe hacer los arreglos necesarios para entregar y ayudar a preparar todos los productos esenciales del hogar para el miembro a más tardar el día del alta.
- Tarifas de instalación o depósitos para el acceso a servicios, incluidos teléfono, electricidad, calefacción y agua;
- Servicios necesarios para la salud y seguridad de la persona, como erradicación de plagas y limpieza única antes de la ocupación;
- Adaptaciones de accesibilidad necesarias para promover la seguridad y la independencia; y
- Actividades para evaluar las necesidades, organizar y adquirir los recursos necesarios.

(No disponible para los miembros de MLTSS que también reciben apoyo para mudarse a través del Programa de apoyo para la vivienda)

Cuidado de apoyo en el hogar (elegible para MFP 25%)

Los servicios de cuidado de apoyo en el hogar (HBSC) están diseñados para ayudar a los participantes de MLTSS con sus necesidades de actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). Los HBSC están disponibles para las personas cuyas necesidades de actividades de la vida diaria (ADL) son proporcionadas por cuidadores no remunerados, como un miembro de la familia, o como un servicio integral para programas que no son de Medicaid, como el Sistema de Atención Médica para Veteranos, que ayudan a los participantes con sus tareas de ADL relacionadas con la salud. Los servicios de HBSC deben abordar los déficits de IADL identificados a través del proceso de evaluación integral de NJ Choice e ir más allá de los servicios "relacionados con la salud".

Comidas a domicilio (elegibles para MFP 25%)

Comidas nutricionalmente balanceadas entregadas en el hogar del participante entregadas diariamente o a granel. Estas comidas no constituyen un régimen nutricional completo, pero cada comida debe proporcionar al menos 1/3 de las ingestas dietéticas de referencia (DRI) actuales establecidas por la Junta de Alimentos y Nutrición de la Academia Nacional de Ciencias y el Consejo Nacional de Investigación.

Criterios: Las comidas a domicilio se proporcionan a una persona que reside en una residencia sin licencia, solo cuando el participante no puede preparar la comida, no puede salir del hogar de forma independiente y no hay otro cuidador, remunerado o no remunerado, para preparar la comida. No se proporcionará más de una comida por día a través del beneficio de MLTSS.

Las personas elegibles para la entrega de comidas a domicilio son aquellas personas que:

1. Están confinadas en su domicilio; consulte el Artículo 1 de las Definiciones.
2. Tienen 18 años de edad o más.
3. Están incapacitadas debido a accidente, enfermedad o fragilidad.
4. No pueden preparar comidas debido a la falta de instalaciones, incapacidad para comprar o cocinar por sí mismas, incapacidad para preparar comidas de manera segura o falta de conocimientos y habilidades para preparar comidas.
5. Carecen de apoyo de familiares, amigos, vecinos u otros cuidadores para ayudar a asegurar las comidas.

6. Reciben servicios del asistente de cuidado personal (PCA) en el hogar menos de cinco horas al día.
7. Las personas que asisten a un centro de atención médica diurna para adultos son elegibles para recibir comidas a domicilio si cumplen con los criterios anteriores cuando están en casa.

Los menús para los programas de nutrición a domicilio deben estar certificados y documentados por un nutricionista calificado que cumplen con los estándares de DRI.

Dispositivo dispensador de medicamentos: INSTALACIÓN (elegible para MFP 25%)

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.

Transporte no médico (elegible para MFP 25%)

Servicio ofrecido para permitir que las personas obtengan acceso a los servicios, actividades y recursos comunitarios especificados en el plan de atención. Este servicio se ofrece además del transporte médico requerido conforme al título 42 del Código de Regulaciones Federales 431.53 y los servicios de transporte conforme al plan estatal, definido en el título 42 del Código de Regulaciones Federales 440.170(a) (si corresponde), y no los reemplazará. Los servicios de transporte se ofrecerán durante el asesoramiento sobre opciones y de acuerdo con el plan de atención de la persona. El transporte no médico es un servicio que mejora la calidad de vida de las personas. El transporte no médico se utilizará cuando los recursos enumerados en las Limitaciones del servicio no estén disponibles o corran el riesgo de sobrecargarse debido al estrés del cuidador. En circunstancias en las que los métodos alternativos de transporte no médico sean menos factibles que la coordinación del contratista, el contratista se asegurará de que se utilice el servicio de MLTSS.

Servicios de centros de atención de enfermería y centros de atención de enfermería de atención especial (custodia)

Un centro que está autorizado (según N.J.A.C 8:39 y 8:85) para proporcionar atención médica bajo supervisión médica y atención continua de enfermería durante 24 o más horas consecutivas a dos o más pacientes que no requieren el grado de cuidado y tratamiento que proporciona un hospital y que, debido a su afección física o mental, requieren atención y servicios de enfermería continuos por encima del nivel de alojamiento y comida. Los residentes de centros de atención de enfermería (NF) y centros de atención de enfermería de atención especial (SCNF) son personas 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 de la persona. El cuidado y el tratamiento se dirigirán al desarrollo, la restauración, el mantenimiento o la prevención del deterioro. La atención se prestará en un entorno terapéutico de atención médica con el objetivo de mejorar o mantener la función general y el estado de salud. El entorno terapéutico garantizará que el individuo no decaiga (dentro de los límites del derecho del individuo a rechazar el tratamiento) a menos que la afección clínica del individuo demuestre que el deterioro era inevitable.

Todos los NF y SCNF participantes de Medicaid proporcionarán o coordinarán servicios de acuerdo con los requisitos legales y reglamentarios conforme al título 42 del CFR 483 y las normas de licencia del Departamento de Salud en la sección 8:39 de las Normas y Reglamentos Administrativos de New Jersey (N.J.A.C.).

El reembolso de los servicios de NF se discute en la sección de 8:85-3 las N.J.A.C.

Terapia ocupacional (grupal e individual) (elegible para MFP 25%)

Los servicios de terapia ocupacional 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 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.

Servicios de apoyo nutricional

Asesoramiento y educación nutricional: Proporciona acceso a consejos personalizados para mejorar los hábitos alimenticios y la nutrición en general. Los expertos evaluarán la dieta actual de los miembros, sugerirán opciones de alimentos más saludables y ayudarán a los miembros a adoptar estrategias para un bienestar nutricional duradero. Además, se guiará a los miembros para que accedan a programas como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) para obtener apoyo continuo.

Suministro de despensa de transición: Para los miembros que se mudan de un entorno institucional a un hogar comunitario, este servicio ofrece un suministro limitado de despensa esencial y productos para el hogar para apoyar una transición exitosa cuando los miembros tienen un apoyo familiar o comunitario limitado.

Suministro de comestibles a corto plazo: En momentos de necesidad urgente, por ejemplo, durante problemas de salud repentinos, este servicio brinda entrega de comestibles hasta por 30 días, lo que garantiza que los miembros tengan acceso a alimentos nutritivos cuando más los necesitan.

Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS) INSTALACIÓN (elegible para MFP 25%)

El PERS es un dispositivo electrónico que permite garantizar la ayuda a participantes con alto riesgo de institucionalización en casos de emergencia. El individuo también puede usar un botón de “ayuda” portátil para permitir la movilidad. El sistema está conectado al teléfono de la persona y está programado para enviar una señal a un centro de respuesta una vez activado el botón de ayuda. El centro de respuesta cuenta con profesionales capacitados. El servicio consta de dos componentes, ambos gestionados por el contratista del PERS; La primera es la instalación inicial del equipo y la segunda es el monitoreo del servicio por parte del personal del centro de respuesta.

Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS) Monitoreo (elegible para MFP 25%)

El PERS es un dispositivo electrónico que permite garantizar la ayuda a participantes con alto riesgo de institucionalización en casos de emergencia. El individuo también puede usar un botón de “ayuda” portátil para permitir la movilidad. El sistema está conectado al teléfono de la persona y está programado para enviar una señal a un centro de respuesta una vez activado el botón de ayuda. El centro de respuesta cuenta con profesionales capacitados. El servicio consta de dos componentes, ambos gestionados por el contratista del PERS; La primera es la instalación

inicial del equipo y la segunda es el monitoreo del servicio por parte del personal del centro de respuesta. La adición del intermediario fiscal es la modificación de las especificaciones del proveedor. Anteriormente, se requería que el proveedor del servicio específico ejecutara un acuerdo de compra con la agencia de administración de casos. Ahora, ese acuerdo es entre el intermediario fiscal y el prestador de servicios.

Fisioterapia (grupal e individual) (elegible para MFP 25%)

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 fisioterapia 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.

Atención de enfermería privada (elegible para MFP 25%)

La atención de enfermería privada será un servicio cubierto solo para aquellos beneficiarios inscritos en MLTSS y en el programa DDD Supports Plus PDN operado por DDD. Cuando el pago por los servicios de atención de enfermería privada se proporciona o paga mediante otra fuente, el beneficio de las horas de atención de enfermería privada complementará el de la otra fuente hasta un máximo de 16 horas por día, incluidos los servicios proporcionados o pagados por las otras fuentes, si son médicamente necesarios y si el costo del servicio proporcionado es menor que el de la atención institucional.

La limitación de 16 horas por día para los servicios de PDN indicada anteriormente y a continuación no se aplicará a los niños menores de veintiún años que sean elegibles para los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) de Medicaid/ NJ FamilyCare.

Modificaciones y remediación residencial (elegible para MFP 25%)

Modificaciones físicas, adaptaciones o servicios de remediación en la residencia principal privada de un miembro requeridos por su plan de atención, o aprobados de otro modo por la MCO, que son necesarios para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o que le permiten desempeñarse con mayor independencia en el hogar o la comunidad.

Relevo (diario y por hora) (elegible para MFP 25%)

Servicios para participantes 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. En el caso de que una persona esté en el programa de preferencia personal o esté autodirigiendo los servicios, el relevo se puede utilizar para aliviar la ausencia temporal del cuidador principal remunerado. No se reclama la participación financiera federal por el costo de alojamiento y comida, excepto cuando se proporciona como parte de la atención de relevo proporcionada en un centro aprobado por el Estado que no es una residencia privada.

Atención diurna social para adultos (elegible para MFP 25%)

La atención diurna social para adultos (SADC) es un programa grupal basado en la comunidad diseñado para satisfacer las necesidades no médicas de los adultos con impedimentos funcionales a través de un plan de atención individualizado. La atención diurna social para adultos es un programa integral estructurado que brinda una variedad de servicios de salud, sociales y de apoyo relacionados en un entorno de protección durante cualquier parte del día, pero con atención las 24 horas del día. Las personas que participan en la atención diurna social para

adultos asisten de manera planificada durante horas específicas. La atención diurna social para adultos ayuda a sus participantes a permanecer en la comunidad, lo que permite a las familias y otros cuidadores continuar cuidando en el hogar a un miembro de la familia con discapacidad.

Terapia del habla, del lenguaje y de la audición (grupal e individual) (elegible para MFP 25%)

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 terapia del habla, del lenguaje y de la audición 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.

Programa diurno estructurado (elegible para MFP 25%)

Un programa de actividades productivas supervisadas orientado al desarrollo y el mantenimiento de habilidades para una vida independiente y en la comunidad. Los servicios se brindarán en un entorno separado del hogar en el que vive el participante. Los servicios pueden incluir capacitación grupal o individualizada en habilidades para la vida que preparará al participante para la reintegración a la comunidad, como habilidades de atención, realización de tareas, resolución de problemas, administración del dinero y seguridad. Este servicio incluirá supervisión nutricional, control de salud y actividades recreativas, según corresponda al plan de atención individualizado.

Servicios diurnos asistidos (elegible para MFP 25%)

Un programa de actividades individuales orientado al desarrollo de patrones de actividades productivas, que requiere supervisión inicial y periódica, al menos una vez al mes.

El servicio diurno asistido está concebido como un servicio prestado en el hogar y en la comunidad, y no se presta en un entorno para paciente externo ni en el marco de un programa diurno de servicios residenciales comunitarios, aunque pueda ser prestado por personal que trabaje en cualquiera de estos entornos. El servicio apoya el plan de atención de una persona en un entorno comunitario, como el voluntariado, las compras, la recreación, la creación de apoyos sociales, etc.

Modificaciones del vehículo (elegible para MFP 25%

El servicio incluye la modificación necesaria del vehículo (como sistemas de monitoreo electrónico para mejorar la seguridad de los beneficiarios, elevadores mecánicos para hacer posible el acceso) de un participante o familiar según se define en un plan de atención aprobado. Deben realizarse modificaciones para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de un participante o que le permitan funcionar de manera más independiente en el hogar o la comunidad. Todos los servicios se proporcionarán de acuerdo con los códigos estatales aplicables de vehículos motorizados.

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

Para comunicarse con el representante de miembros de MLTSS, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de 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 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 PÁGINA 96 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 ayudarlos 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 PÁGINA 33.

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. Puede encontrar más información sobre el proceso de apelaciones en la sección Quejas y apelaciones.

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 **A**etnaBetterHealth.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.

Programa NJ Smiles

El programa NJ Smiles está disponible para niños hasta los cinco (5) años de edad. Como parte de las visitas de niño sano de su hijo, el personal de proveedores de atención primaria (PCP) capacitados y no dentales puede ofrecer los siguientes servicios:

- **Evaluación del riesgo dental de caries:** Esta evaluación ayuda a determinar el riesgo de caries de su hijo.
- **Orientación anticipatoria:** Su PCP le brindará consejos sobre cómo cuidar los dientes de su hijo a medida que crecen.
- **Aplicación de barniz de flúor:** Este tratamiento ayuda a proteger los dientes de su hijo de las caries.
- **Remisión dental** Su PCP remitirá a su hijo a un dentista para que lo evalúe y lo atienda.

Es esencial para la salud dental de su hijo que vea a un dentista cuando tenga doce (12) meses de edad. Para facilitar esto, se requiere la comunicación entre su PCP y el dentista para garantizar una remisión oportuna.

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:

- Lesión traumática en 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.
- Lo que debe esperar durante su 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 ayudarlo 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. Los 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 ayudarlo.

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 programa 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**.

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 cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.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	MenB
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.

Si desea retirarse voluntariamente del programa MLTSS, su administrador de atención médica lo asesorará personalmente. Si rechaza una reunión en persona, el asesoramiento se hará por teléfono. El retiro voluntario no significa necesariamente que no podrá obtener los beneficios de NJ FamilyCare. Sin embargo, la Oficina de Opciones Comunitarias (OCCO) se comunicará con usted si usted perdió su elegibilidad para Medicaid porque se retiró del programa MLTSS. La pérdida de elegibilidad solo ocurriría si se identifica que usted está por encima del nivel federal de pobreza (FPL).

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 ejercicioy 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/NewJersey**

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 llama Comité Asesor de Educación para la Salud Comunitaria (CHEAC). 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 PÁGINA 23 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.

Cuando tiene NJ FamilyCare/Medicaid y Medicare

Si tiene ambos, NJ FamilyCare/Medicaid 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 NJ FamilyCare/Medicaid y otro seguro de salud

Si tiene tanto NJ FamilyCare/Medicaid como otro seguro de salud, siempre debe tratar de elegir proveedores que estén en su red de seguro de salud primario y, si es posible, también en su red del plan de salud NJ FamilyCare/Medicaid. Si los proveedores participan en NJ FamilyCare/Medicaid, no se les permite facturarle por los servicios cubiertos de NJ FamilyCare/Medicaid.

Hay muchos tipos diferentes de otros planes de seguro de salud, y cada uno tendrá diferentes pautas y tipos de cobertura.

Consulte los documentos para miembros de su otro seguro de salud para obtener más información.

Si el servicio es	Entonces	Guía
Un beneficio aprobado del otro seguro de salud, incluidas remisiones o visitas al PCP	Otro seguro de salud es el pagador primario y NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid es el pagador secundario. No se requiere una remisión de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid	Use un proveedor de la red de proveedores de su otro de seguro de salud y, si es posible, uno que también esté inscrito en su red de planes de salud NJ FamilyCare/Medicaid.
Un servicio médicamente necesario que no está cubierto por su otro seguro de salud, pero sí está cubierto por su plan de salud NJ FamilyCare/ Medicaid (ejemplos: suministros para la incontinencia, servicios de atención personal, servicios de cuidado médico diurno, servicios de planificación familiar)	El plan NJ FamilyCare/Medicaid es el pagador primario	Use un proveedor de la red de proveedores de NJ FamilyCare/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 NJ FamilyCare/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 ser responsable de las facturas médicas, asegúrese de usar proveedores que estén en la red de proveedores de su otro seguro de salud, así como en su red de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid
Un medicamento con receta cubierto por su otro seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal. NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid es un pagador secundario y cubre el copago de medicamentos.	Para evitar ser responsable de las facturas, utilice proveedores que estén en la red de proveedores de su otro seguro de salud, así como en su red de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.
Un medicamento con receta que no está cubierto por su otro seguro de salud, pero que está cubierto por NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.	NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid es el único pagador	Use una farmacia de la red de proveedores de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.

Si el servicio es	Entonces	Guía
Un medicamento con receta no cubierto por su otro seguro de salud o NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.	El miembro es responsable del pago.	N/C
Una hospitalización como paciente internado en un hospital de la red de proveedores de su seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal. NJ FamilyCare/Medicaid es el pagador secundario.	Vaya al hospital más cercano.
Cuidado en un centro de atención de enfermería	Otro seguro de salud y NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid pueden cubrir la atención en un centro 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 NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.	Use un centro que esté en la red de proveedores de su otro seguro de salud y en su red de proveedores de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.

Cuando tiene NJ FamilyCare/Medicaid y otro seguro de salud

Si tiene tanto NJ FamilyCare/Medicaid como otro seguro de salud, siempre debe tratar de elegir proveedores que estén en su red de seguro de salud primario y, si es posible, también en su red del plan de salud NJ FamilyCare/Medicaid. Si los proveedores participan en NJ FamilyCare/Medicaid, no se les permite facturarle por los servicios cubiertos de NJ FamilyCare/Medicaid. Hay muchos tipos diferentes de otros planes de seguro de salud, y cada uno tendrá diferentes pautas y tipos de cobertura.

Consulte los documentos para miembros de su otro seguro de salud para obtener más información.

Si el servicio es	Entonces	Guía
Un beneficio aprobado del otro seguro de salud, incluidas remisiones o visitas al PCP	Otro seguro de salud es el pagador primario y NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid es el pagador secundario. No se requiere una remisión de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid	Use un proveedor de la red de proveedores de su otro de seguro de salud y, si es posible, uno que también esté inscrito en su red de planes de salud NJ FamilyCare/Medicaid.

Si el servicio es	Entonces	Guía
Un servicio médicamente necesario que no está cubierto por su otro seguro de salud, pero sí está cubierto por su plan de salud NJ FamilyCare/ Medicaid (ejemplos: suministros para la incontinencia, servicios de atención personal, servicios de cuidado médico diurno, servicios de planificación familiar)	El plan NJ FamilyCare/Medicaid es el pagador primario	Use un proveedor de la red de proveedores de NJ FamilyCare/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 NJ FamilyCare/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 ser responsable de las facturas médicas, asegúrese de usar proveedores que estén en la red de proveedores de su otro seguro de salud, así como en su red de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid
Un medicamento con receta cubierto por su otro seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal. NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid es un pagador secundario y cubre el copago de medicamentos.	Para evitar ser responsable de las facturas, utilice proveedores que estén en la red de proveedores de su otro seguro de salud, así como en su red de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.
Un medicamento con receta que no está cubierto por su otro seguro de salud, pero que está cubierto por NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.	NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid es el único pagador	Use una farmacia de la red de proveedores de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.
Un medicamento con receta no cubierto por su otro seguro de salud o NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.	El miembro es responsable del pago.	N/C
Una hospitalización como paciente internado en un hospital de la red de proveedores de su seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal. NJ FamilyCare/Medicaid es el pagador secundario.	Vaya al hospital más cercano.

Si el servicio es	Entonces	Guía
Cuidado en un centro de atención de enfermería	Otro seguro de salud y NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid pueden cubrir la atención en un centro 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 NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.	Use un centro que esté en la red de proveedores de su otro seguro de salud y en su red de proveedores de NJ FamilyCare/plan de salud de Medicaid.

Para obtener más información, visite:
http://nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf

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 detalles como los siguientes:

- 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: __/__/__**	

Elementos importantes de las cartas de notificación y apelaciones

¿Qué es la carta de aviso de acción (NOA)?

Un NOA es una carta que los miembros y proveedores deben recibir de Aetna Better Health of New Jersey cuando se deniega o reduce un servicio médico, un tratamiento o un medicamento solicitados.

¿Qué se incluye en una carta de NOA?

1. Sección de acción: Describe el tipo de decisión que tomó el plan. Los ejemplos incluyen denegar una solicitud inicial de un servicio, reducir las horas de un servicio que ya está recibiendo o terminar (interrumpir) un servicio que ha estado recibiendo.
2. Sección de motivo de acción: Explica por qué el plan tomó la decisión. La explicación de esta sección debe estar redactada de manera sencilla que sea relativamente fácil de entender para los miembros y los proveedores.

   En el caso de los servicios que se están reduciendo o terminando, el motivo de la acción debe incluir una descripción de cómo su afección ha mejorado lo suficiente como para que sus servicios deban reducirse o terminarse.

   Si la sección motivo de la acción no incluye una descripción clara de cómo ha mejorado su afección, la carta está incompleta y no es válida, y los miembros deben comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.
3. Fecha de evaluación: Si el plan está reduciendo o terminando servicios que requieren una reevaluación antes de que se realicen cambios, la fecha en que se llevó a cabo la evaluación/reevaluación debe incluirse en la carta de NOA. Esto es relevante para la atención de enfermería privada (PDN) y la asistencia de atención personal (PCA).

¿Cómo obtienen los miembros una copia de la evaluación?

Si la decisión del plan se basó en una evaluación o reevaluación, puede solicitar una copia de la herramienta/prueba de evaluación que se utilizó para tomar la decisión. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de atención al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**. Se enviará por correo dentro de los cinco (5) días calendario. Si no recibe la copia en un plazo de 5 a 10 días calendario, comuníquese con nosotros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

¿Qué puede hacer un miembro cuando recibe una carta en la que se le deniega o reduce un servicio médico, un tratamiento o un medicamento?

Si un miembro/representante del miembro no está de acuerdo con una decisión médica que se tomó, el miembro o proveedor en su nombre puede presentar una apelación. Una apelación es una solicitud formal para que la MCO revise y cambie la decisión. Los tipos de apelaciones que puede presentar se describen en la tabla “Proceso de apelaciones por administración de uso” a continuación.

¿Cuáles son los elementos importantes del proceso de apelación?

- Los miembros pueden solicitar una apelación de varias maneras: por teléfono, por correo o a través del formulario de apelación en línea del plan. Nota: Los proveedores pueden completar el formulario de apelación en nombre de los miembros.

- La continuación de los beneficios para los servicios que se están reduciendo o terminando debe solicitarse dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la carta de aviso de acción o antes de que finalice la autorización existente.
- Tiene hasta sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la carta para solicitar una apelación.

¿Todas las MCO de NJ FamilyCare usan la misma plantilla para la carta NOA?

Sí, la plantilla de NOA es la misma para todas las MCO de NJ FamilyCare.

Consulte el resumen del proceso de apelaciones por administración de uso a continuación para obtener detalles específicos sobre los niveles de apelación y los plazos de revisión.

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

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 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 **1-585-425-5296** 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 o productos 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 **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 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 de salud, llame al HBC de NJ FamilyCare 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

La cancelación de la inscripción en Aetna Better Health of New Jersey no se basará, total o parcialmente, en un cambio adverso en la salud del inscrito, en ninguno de los factores enumerados en el artículo 7.8 (raza, color, credo, religión, ascendencia, estado civil, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad física o mental) ni en montos pagaderos a Aetna Better Health of New Jersey en relación con su participación en el plan.

Cancelación de su inscripción en Aetna Better Health of New Jersey

Como miembro nuevo, usted podrá cancelar su inscripción en el plan de salud en cualquier momento durante los primeros 90 días de su inscripción. Luego de los primeros 90 días, usted estará "bloqueado" como miembro del plan de salud, 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 de salud, llame al HBC de NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY: 711). El HBC de NJ FamilyCare le dirá cuándo entrará en vigencia con 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 Nueva 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. Cualquier inscrito que no esté satisfecho con la determinación de una agencia estatal de que no hay una buena causa para cancelar la inscripción puede solicitar y recibir una audiencia imparcial del estado. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al HBC de NJ FamilyCare 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

Conserve sus beneficios: ¡Renueve su cobertura!

Debe ser elegible para NJ FamilyCare para ser miembro de Aetna Better Health of New Jersey. La mayoría de los miembros de NJ FamilyCare deben renovar su cobertura cada año.

Su cobertura de NJ FamilyCare puede ser administrada por la Agencia de Servicios Sociales del Condado (CSSA), el coordinador de beneficios de salud (HBC) de NJ FamilyCare, la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) de NJ o la Administración del Seguro Social. Se pondrán en contacto con usted cuando llegue el momento de renovar.

Actualizar su información de contacto

Si se muda a una nueva dirección o cambia su número de teléfono, debe comunicarse con la agencia que administra su cobertura de NJ FamilyCare. De esta manera, siempre recibirá información y actualizaciones sobre su membresía de NJ FamilyCare y Aetna Better Health of New Jersey.

Llame al HBC de NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**. Los servicios automatizados están disponibles durante las 24 horas. Si desea hablar con un representante, llame de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. los lunes y jueves o de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. los martes, miércoles y viernes. CSSA: **https://www.nj.gov/humanservices/dfd/counties/** o llame al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**.

Revise su correo para su renovación

Abra, lea y responda toda la correspondencia de NJ FamilyCare HBC, CSSA o quien administre su cobertura de NJ FamilyCare.

Es posible que le digan que se le ha renovado automáticamente en función de la información procedente de otras fuentes. Estas fuentes incluyen el Informe de salarios del Departamento de Trabajo, los Beneficios del Seguro de Desempleo, los Beneficios del Seguro de Incapacidad Temporal, los Servicios de Impuestos Internos y los sistemas de Beneficios del Seguro Social. Si la información de su hogar se verificó de esta manera, no recibirá un paquete de renovación.

Si su información no se verificó automáticamente, recibirá un paquete de renovación con una carta que explica lo que debe hacer. En muchos casos, puede renovar en línea con su código de invitación personal que figura en la carta. Asegúrese de completar su renovación y enviarla de vuelta a NJ FamilyCare antes de la fecha límite.

Es posible que reciba una carta en la que se le solicite más información sobre la renovación. Responda de inmediato. Si no lo hace, no se podrá procesar su renovación y su cobertura de NJ FamilyCare y Aetna Better Health of New Jersey podría finalizar.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud de renovación o responder a una carta que solicite más información, llame al HBC de NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY: 711)** o a la CSSA. Aetna Better Health of New Jersey no procesa la renovación de NJ FamilyCare.

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

Lo que necesita saber:

- Si no completa su renovación de NJ FamilyCare antes de la fecha límite, podría perder su cobertura de NJ FamilyCare y Aetna Better Health of New Jersey. Sin embargo, aún puede enviar su información.
  - Si la envía de inmediato, su cobertura podría aprobarse sin interrupción. Se lo volverá a inscribir en Aetna Better Health of New Jersey automáticamente.
  - Si la envía demasiado tarde, aún podría ser aprobado. Es posible que se produzca una interrupción en la cobertura y que tenga que volver a elegir su plan de salud.
- El proceso de renovación de NJ FamilyCare para miembros de edad avanzada, ciegos y discapacitados (ABD) es diferente y requiere actualizaciones diferentes. Para obtener una lista de la información que se puede solicitar para este tipo de renovación, visite **https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid/abd/index.html**
- Mantenga actualizada su información de contacto llamando al HBC de NJ FamilyCare o a la CSSA.
  HBC de NJ FamilyCare: Llame al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**.
  CSSA: **https://www.nj.gov/humanservices/dfd/counties/** o llame al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**.
- Si tiene cobertura de NJ FamilyCare porque recibe ingreso complementario administrado por el Seguro Social, comuníquese con su oficina local del Seguro Social. Visite **https://www.ssa.gov/locator/** o llame al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**. Los servicios automatizados están disponibles durante las 24 horas. Si desea hablar con un representante, llame de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. hora local.

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 Nueva 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.

Programa de Apoyo para la Vivienda

Los miembros que reciben servicios duplicados de apoyo para mudarse y modificaciones y remediación residencial a través de MLTSS no son elegibles para recibir apoyo adicional a través de apoyos para vivienda.

Descripción general de los servicios

El Programa de Apoyo para la Vivienda es un conjunto de servicios de vivienda creados para garantizar que los miembros de Medicaid/NJ FamilyCare puedan vivir en un hogar seguro, saludable y asequible. El programa tiene como objetivo proporcionar un apoyo muy necesario a algunos de los beneficiarios más vulnerables de Medicaid, entre ellos aquellos con necesidades médicas o de salud conductual complejas que, además, se encuentran sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar.

El programa de Apoyo para la Vivienda consta de cuatro servicios:

- Servicios previos al arrendamiento (administración de casos)
- Servicios de mantenimiento de arrendamiento (administración de casos)

- Apoyos para la mudanza (beneficio existente de MLTSS)
- Servicios de modificación y remediación residencial (beneficio existente de MLTSS)

Criterios de elegibilidad para los miembros

Para ser considerada elegible para el programa de Apoyo para la Vivienda, una persona debe cumplir con cada uno de los siguientes requisitos:

- Estar inscrito en Aetna Better Health of New Jersey
- Cumplir con al menos un criterio de riesgo social, tales como los siguientes:
  - Sin hogar
  - En riesgo de quedarse sin hogar
  - Transición desde una institución
  - Recientemente dado de alta de un centro correccional
- Cumplir con al menos un criterio de riesgo clínico, como por ejemplo:
  - Afección de salud crónica
  - Afección de salud mental
  - Abuso de sustancias
  - Embarazo
  - Salud médica compleja debido a una discapacidad
  - Violencia sexual/doméstica
  - Necesidades de vida asistida

Envíe un correo electrónico a Ana Puello, gerenta de Servicios de Vivienda a **ana.puellomateo@Aetna.com** para obtener más información sobre el programa y si califica.

Acceda a los servicios

Hay varias maneras en que los miembros pueden acceder a los servicios de apoyo para la vivienda:

- Cualquier persona u organización puede remitirlo al programa poniéndose en contacto mediante **NJHousingServices@Aetna.com**, incluidas las organizaciones comunitarias y los miembros de la familia.
- También puede ponerse en contacto individualmente a **NJHousingServices@Aetna.com** o solicitar sus servicios directamente.
- A través de ambas vías, los miembros deben ser evaluados para determinar su elegibilidad para participar.

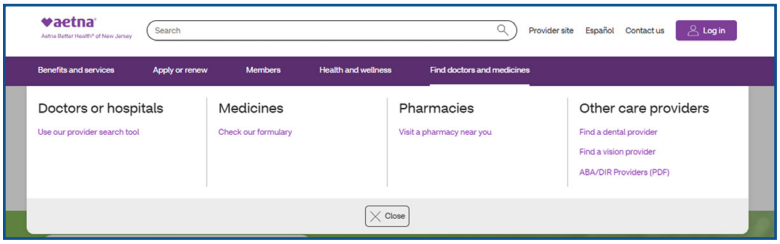
Visión general de los servicios de apoyo para la vivienda

Los miembros que participen en los servicios previos al arrendamiento y de mantenimiento del arrendamiento recibirán apoyo durante todo el proceso de cuidado administrado. Además de las organizaciones comunitarias que brindan asistencia para la vivienda en el terreno, a los miembros se les asigna un especialista en vivienda de Aetna Better Health of New Jersey para ayudar a coordinar el programa de apoyo para la vivienda. Si aún no están inscritos, los miembros

también pueden ser evaluados para servicios de administración de cuidados médicos, lo que ayuda a los miembros a alcanzar sus objetivos de vivienda junto con sus necesidades de salud más amplias.

Cómo encontrar un proveedor

- Los miembros pueden buscar proveedores dentro de la red a través de servicios de arrendamiento, modificaciones en el hogar y servicios de remediación, y apoyo para mudanzas en **AetnaBetterHealth.com/newjersey/index.html**
- Para encontrar un proveedor, los miembros escriben las palabras “Proveedores de apoyo para la vivienda” en la barra de búsqueda en la parte superior de la página.



- Si un miembro descubre que el proveedor que desea está fuera de la red, comuníquese en **NJHousingServices@Aetna.com**.
- Los miembros también pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para encontrar proveedores dentro de la red.

Información de contacto

Equipo de Servicios de Vivienda de Aetna Better Health of New Jersey

- Joel Martinez, director de Vivienda
  Martinezj15@Aetna.com
- Ana Puello, gerenta de Servicios de Vivienda
  Ana.puellomateo@Aetna.com
- Maria Pineda, especialista en Vivienda de MLTSS
  Pineda.Maria@Aetna.com

Ofertas de servicios

El programa incluye cuatro (4) servicios amplios

Servicios previos al inicio del alquiler	Servicios para sostener el alquiler	Apoyo para la mudanza	Modificaciones y remediaciones residenciales
• Desarrollar un plan de apoyo individualizado para la vivienda a fin de ayudar a los miembros a alcanzar sus metas • Ayudar con el proceso de búsqueda y solicitud de vivienda • Proporcionar conexiones con recursos que ayuden con los costos de vivienda y otros gastos	• Desarrollar un plan de apoyo individualizado para la vivienda a fin de ayudar a los miembros a alcanzar sus metas • Ayudar con las renovaciones de contratos de alquiler y las certificaciones de vivienda • Conectar a los miembros con recursos financieros y servicios sociales • Ayudar a abordar los comportamientos que pueden poner en peligro la vivienda • Ayudar a resolver disputas con los propietarios	• Pagar por la instalación de la nueva unidad de vivienda, para abordar las necesidades identificadas en el plan de atención centrado en la persona • Pagar por la mudanza y ocuparse de los detalles	• Proporcionar servicios de remediación, incluyendo dispositivos de filtración de aire y remediación del asma • Modificar el entorno del hogar (rampas, pasamanos, barras de apoyo) • Proporcionar calefacción y refrigeración necesarios por razones médicas

Programa de cuidados paliativos basados en la comunidad

Descripción general de los servicios

El programa de cuidados paliativos basados en la comunidad (CBPC) brinda apoyo a los miembros con afecciones de salud graves. Se enfoca en aliviar los síntomas, coordinar la atención y ayudarlo a usted y a su familia a transitar por el sistema de salud, mientras sigue recibiendo sus tratamientos regulares. La atención se brinda en el hogar o en otros lugares de la comunidad (no en un hospital) y está a cargo de un equipo de atención interdisciplinario que crea un plan de atención según sus necesidades y objetivos. Según sus necesidades individuales, los servicios pueden incluir lo siguiente:

- Ayuda para controlar los síntomas
- Visitas a domicilio de enfermeras, trabajadores sociales u otros proveedores certificados
- Ayuda para planificar las necesidades de atención en el futuro
- Coordinación y conexión con otros servicios
- Apoyo emocional, social y espiritual para usted y sus cuidadores

- Revisión y ajuste de medicamentos
- Orientación y apoyo para cuidadores
- Acceso a una línea telefónica disponible las 24 horas, los 7 días de la semana para preguntas o inquietudes urgentes

Tenga en cuenta lo siguiente: Los cuidados paliativos y la atención de hospicio son diferentes y no es necesario tener un diagnóstico terminal para recibir cuidados paliativos. Los cuidados paliativos pueden ayudar a cualquier persona con una enfermedad grave que tenga dificultades con las actividades diarias o con el manejo de su salud. Puede recibir otros tratamientos médicos y seguir viendo a su médico habitual mientras recibe cuidados paliativos.

Criterios de elegibilidad para los miembros

Para ser considerado elegible para CBPC, debe tener una enfermedad grave que haya afectado su vida diaria. A continuación se enumeran ejemplos de enfermedades graves y cambios en la vida diaria que reúnen los requisitos. Su plan de salud también puede aprobar CBPC para usted si decide que el servicio es médicamente necesario.

1. Diagnóstico con enfermedad grave:

Las afecciones elegibles incluyen, entre otras, las siguientes:

Adultos:

- Cáncer (estadio III o IV)
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- EPOC
- Enfermedad renal terminal (ESRD) o enfermedad renal crónica
- Cirrosis o enfermedad hepática
- Afección neuronal degenerativa (como Parkinson o trastornos neurodegenerativos graves)
- Alzheimer y demencias
- Diabetes
- Accidentes cerebrovasculares
- SIDA

Pediátricos:

- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad pulmonar
- Trastorno neurológico
- Cáncer
- Enfermedad renal
- Enfermedad hepática terminal
- Trastornos genéticos
- Enfermedad metabólica/por inclusiones microvellositarias
- Enfermedades o afecciones gastrointestinales
- Trastornos ortopédicos
- Neonatales
- Enfermedad infecciosa

2. Deterioro de la calidad de vida, según lo indicado por una de las siguientes opciones:

a. Disminución documentada de la capacidad para realizar las actividades diarias

b. Uso reciente de cuidados agudos: dos o más visitas a la sala de emergencias en los últimos seis meses, o al menos una hospitalización en los últimos 12 meses

c. Otros signos de deterioro funcional o enfermedad grave no mencionados anteriormente

Para obtener más información sobre el programa y saber si califica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-232-3596 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Acceda a los servicios

Hay varias formas de obtener los servicios de CBPC:

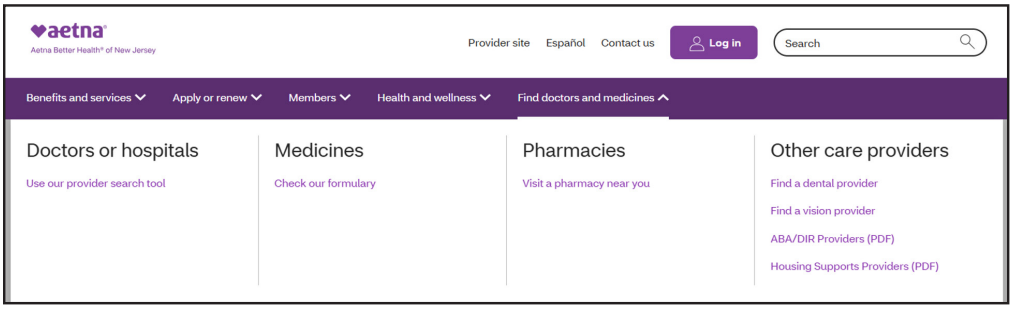
1) Usted (o alguien que lo ayude, como su proveedor, familiar o un grupo comunitario) puede usar la herramienta de evaluación de elegibilidad del programa (puede acceder a la herramienta de evaluación visitando aet.na/3OL25SE) y luego comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-232-3596 (TTY: 711) para conocer los pasos a seguir; si la pantalla indica que puede calificar, Aetna Better Health of New Jersey puede ayudarlo a encontrar un proveedor dentro de la red para una evaluación
2) Su proveedor de atención médica o su plan de salud también pueden darle directamente una remisión para que le hagan una evaluación

En cualquier caso, la elegibilidad se confirma con una evaluación médica integral utilizando la herramienta estándar del estado. Esto lo hace en persona un profesional clínico calificado inscrito en Medicaid. No se necesita autorización previa para la evaluación. Si es elegible, Aetna Better Health of New Jersey aprobará los servicios e iniciará la planificación de la atención con su equipo de cuidados paliativos.

Para permanecer en el programa de CBPC, se le volverá a evaluar cada seis meses o antes si su salud cambia mucho. Si sigue reuniendo los requisitos, su aprobación se extenderá por otros seis meses.

Coordinación de servicios

Si se une al programa de CBPC, Aetna Better Health of New Jersey le asignará un administrador de atención (si aún no tiene uno). El administrador de atención trabaja con su equipo de cuidados paliativos para coordinar los servicios cubiertos por Medicaid que respaldan su plan de atención de cuidados paliativos, por ejemplo, asistente para la atención personal, atención médica a domicilio o equipo necesario. Su equipo de cuidados paliativos se reunirá al menos una vez al mes para revisar sus necesidades y actualizar el plan de atención, y en al menos una de estas reuniones mensuales incluirá a su administrador de atención de Aetna Better Health of New Jersey.



Cómo encontrar un proveedor

- Los miembros pueden buscar proveedores de cuidados paliativos dentro de la red en aetnabetterhealth.com/newjersey/find-provider
- Para buscar un proveedor, los miembros ingresan su código postal y seleccionan la especialidad cuidados paliativos.

- Luego de que Aetna Better Health of New Jersey le dé la aprobación para comenzar con este beneficio, recibirá una lista de tres (3) proveedores de CBPC dentro de la red si aún no tiene un proveedor dentro de la red en mente. Puede tomarse un tiempo para mirar la lista proporcionada y elegir el proveedor que desee. Si no elige un proveedor dentro de los 5 días hábiles, su administrador de atención le ayudará a elegir uno. Elegirá al proveedor más adecuado para que pueda comenzar a recibir su atención sin demora.
- Los miembros también pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** para encontrar proveedores de la red o enviar una solicitud para agregar un proveedor fuera de la red.

Información de contacto/números de teléfono relevantes

Los miembros pueden buscar ayuda sobre las preguntas más frecuentes indicadas a continuación llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Preguntas generales

- Encontrar un proveedor o verificar si un proveedor está dentro de la red
- Autorización de servicios, incluidos los métodos de envío de herramientas (p. ej., enlace al portal, número de teléfono, fax)
- Presentación de reclamaciones, estado y disputas.
- Quejas y apelaciones.
- Contactos de la persona responsable de la red/programa de CBPC y de la administración de atención de CBPC
- Cualquier otra información de contacto que se considere pertinente y necesaria.

Programa de apoyo nutricional

Descripción general de los servicios

A partir de julio de 2025, el programa de servicios y apoyos a largo plazo administrado (MLTSS) de NJ FamilyCare ampliará su oferta con tres servicios de apoyo nutricional diseñados para mejorar la salud y la seguridad alimentaria de los miembros. Estos servicios tienen como objetivo brindar a los miembros guía nutricional personalizada, transiciones sin problemas a la vida comunitaria y ayuda a corto plazo durante emergencias alimentarias.

Los servicios incluyen lo siguiente:

- **Asesoramiento y educación nutricional:** Proporciona acceso a consejos personalizados para mejorar los hábitos alimenticios y la nutrición en general. Los expertos evaluarán la dieta actual de los miembros, sugerirán opciones de alimentos más saludables y ayudarán a los miembros a adoptar estrategias para un bienestar nutricional duradero. Además, se guiará a los miembros para que accedan a programas como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) para obtener apoyo continuo.
- **Suministro de despensa de transición:** Para los miembros que se mudan de un entorno institucional a un hogar comunitario, este servicio ofrece un suministro limitado de despensa

esencial y productos para el hogar para apoyar una transición exitosa cuando los miembros tienen un apoyo familiar o comunitario limitado.

- **Suministro de comestibles a corto plazo:** En momentos de necesidad urgente, por ejemplo, durante problemas de salud repentinos, este servicio brinda entrega de comestibles hasta por 30 días, lo que garantiza que los miembros tengan acceso a alimentos nutritivos cuando más los necesitan.

Criterios de elegibilidad para los miembros

Los miembros deben estar inscritos en el programa MLTSS de NJ FamilyCare y deben cumplir con la calificación para elegibilidad individual para el servicio solicitado (consulte el diccionario de servicios).

Acceda a los servicios

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre el proceso de evaluación y los próximos pasos, comuníquese con su administrador de atención de MLTSS o con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Información de contacto/números de teléfono

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con cualquiera de los elementos que se mencionan a continuación: Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana

- Preguntas generales
- Autorización de servicio
- Presentación de reclamaciones, estado y disputas
- Quejas y apelaciones
- Administradores de MLTSS; administrador de atención de MLTSS, según corresponda
- Cualquier otra información de contacto que se considere pertinente y necesaria

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 y PCD?

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

¿Puedo cambiar de PCP y PCD si es necesario?

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. Para cambiar su PCD, llame a LIBERTY Dental al **1-855-225-1727 (TTY: 711)**.

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

La lista de los servicios cubiertos comienza en PÁGINA 33. 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 PÁGINA 28 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 ayudarlo 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: con 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, 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 Better Health® of New Jersey

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, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica.

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.

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

Servicios de interpretación en varios idiomas

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 linguísticos, grátis. Ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

GUJARATI: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો ભાષા સહાય સેવાઓ, મફતમાં, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળના નંબર પર અથવા **1-800-385-4104** (TTY: **711**) પર કૉલ કરો.

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**).

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

ARABIC: ملاحظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل على الرقم الموجود في ظهر بطاقة ID أو **1-800-385-4104** (TTY: **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, отличном от английского, вам доступны бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, 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 pou ou gratis. Rele nan nimewo ki sou do kat Idantifikasyon (ID) w lan oswa rele nan **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

HINDI: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि: शुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर कॉल करें या **1-800-385-4104** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

VIETNAMESE: CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ ID của quý vị 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**).

URDU: دھیان دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو زبان کی مدد کی خدمات، آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ اپنے شناختی کارڈ کے پچھلے حصے پر درج نمبر یا **1-800-385-4104** (TTY: **711**) پر کال کریں۔

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

Notas

Notas

Notas

AetnaBetterHealth.com/NewJersey
State Approved: July 13, 2026

aetna®