
Servicios cubiertos

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

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

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

Servicios cubiertos

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Abortos	Cubierto por FFS Los abortos y los servicios relacionados, incluidos, entre otros, los procedimientos quirúrgicos, la anestesia, el historial y el examen físico, y los análisis de laboratorio.			
Acupuntura	Cubierto por ABHNJ			
Servicios para el autismo	Cubierto por ABHNJ. Solo están cubiertos para los miembros menores de 21 años con trastorno del espectro autista. Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa, servicios de integración sensorial y tratamiento para Análisis Conductual Aplicado (ABA).			
Sangre y derivados de la sangre	Cubierto por ABHNJ La sangre total y sus derivados, así como los costos necesarios para el procesamiento y la administración, están cubiertos por ABHNJ. La cobertura es ilimitada (no hay límite para el volumen ni la cantidad de derivados de la sangre).			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Sangre y derivados de la sangre (continuación)	La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre.			
Medición de la masa ósea	Cubierto por ABHNJ 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 ABHNJ Todas las personas de 20 años o más tienen una prueba de detección de enfermedades cardiovasculares anual cubierta por ABHNJ. Cuando se determine que es médicamente necesario, se cubrirán pruebas con más frecuencia.			
Servicios de quiropráctica	Cubierto por ABHNJ Cubre la manipulación de la columna.			
Prueba de detección de cáncer colorrectal	Cubierto por ABHNJ Se cubre cualquier gasto en el que se incurra al realizar pruebas de detección de cáncer colorrectal en intervalos regulares para los beneficiarios de 50 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 ABHNJ Está cubierto una vez cada 48 meses cuando se utiliza esta prueba en lugar de una colonoscopia o sigmoidoscopia flexible.			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<i>Colonoscopia</i>	Cubierto por ABHNJ Está cubierta una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible como prueba de detección.			
<i>Análisis de sangre oculta en la materia fecal</i>	Cubierto por ABHNJ Se cubren una vez cada 12 meses.			
<i>Sigmoidoscopia flexible</i>	Cubierto por ABHNJ Se cubren una vez cada 48 meses.			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Servicios dentales</p>	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se cubren servicios de diagnóstico, preventivos, restaurativos, de endodoncia, periodontales, protésicos y de cirugía bucal y maxilofacial, al igual que otros servicios generales complementarios.</p> <p>Algunos ejemplos de los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: exámenes de rutina, empastes, coronas, raspado y pulido radicular, radiografías y otras imágenes de diagnóstico, extracciones, limpiezas/profilaxis, tratamientos con aplicación tópica de flúor, apiectomía, dentaduras y prostodoncia fija.</p>	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se cubren servicios de diagnóstico, preventivos, restaurativos, de endodoncia, periodontales, protésicos y de cirugía bucal y maxilofacial, al igual que otros servicios generales complementarios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: exámenes de rutina, empastes, coronas, raspado y pulido radicular, radiografía y otras imágenes de diagnóstico, extracciones, limpiezas/profilaxis, tratamientos con aplicación tópica de flúor, apiectomía, dentaduras y prostodoncia fija.</p>	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se cubren servicios de diagnóstico, preventivos, restaurativos, de endodoncia, periodontales, protésicos y de cirugía bucal y maxilofacial, al igual que otros servicios generales complementarios.</p> <p>Algunos ejemplos de los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: exámenes de rutina, empastes, coronas, raspado y pulido radicular, radiografías y otras imágenes de diagnóstico, extracciones, limpiezas/profilaxis, tratamientos con aplicación tópica de flúor, apiectomía, dentaduras y prostodoncia fija.</p> <p>La ortodoncia (con restricciones de edad y documentos que acrediten la necesidad médica) también está cubierta por ABHNJ.</p> <p><i>La ortodoncia está cubierta hasta los 19 años para los miembros de NJ FamilyCare C y D.</i></p> <p>Los miembros de NJ FamilyCare C and D tienen un copago de \$5 por consulta dental (salvo para servicios preventivos y de diagnóstico).</p>	

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios dentales (continuación)	<p>La ortodoncia (con restricciones de edad y documentos que acrediten la necesidad médica) también está cubierta por ABHNJ.</p> <p>La ortodoncia está cubierta hasta los 21 años para los miembros de NJ FamilyCare A y ABP.</p>	<p>La ortodoncia (con restricciones de edad y documentos que acrediten la necesidad médica) también está cubierta por ABHNJ.</p> <p>La ortodoncia está cubierta hasta los 19 años para los miembros de NJ FamilyCare B.</p>		
Pruebas de detección de diabetes	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se cubren las pruebas de detección (incluidas las pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>			
Suministros para la diabetes	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p>			
Pruebas y control de la diabetes	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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</p>			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Pruebas y control de la diabetes (continuación)	periférica y pérdida de la sensibilidad protectora.			
Radiología diagnóstica y terapéutica, y servicios de laboratorio	Cubierto por ABHNJ Se cubren, entre otros, tomografías computadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y radiografías.			
Equipo médico duradero (DME)	Cubierto por ABHNJ			
Atención de emergencia	Cubierto por ABHNJ Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias.	Cubierto por ABHNJ Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias. Los miembros de NJ FamilyCare C tienen un copago de \$10	Cubierto por ABHNJ Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias. Los miembros de NJ FamilyCare D tienen un copago de \$35.	

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
EPSDT (detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico)	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>La cobertura incluye, entre otros: cuidado para el bienestar infantil, exámenes de detección preventivos, exámenes médicos, exámenes y servicios de la vista y auditivos (así como cualquier tratamiento que se identifique como necesario a partir de un examen o 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</p>	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <p><i>Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura de los servicios de tratamiento identificados como necesarios a través de un examen se limita a los servicios disponibles en el paquete de beneficios del plan o a los servicios especificados en el programa FFS.</i></p>		

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
EPSDT (detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico) (continuación)	menores de 21 años de edad que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.			
Servicios y suministros de planificación familiar	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <p>Los servicios brindados por proveedores fuera de la red están cubiertos por el plan de pago por servicio de Medicaid.</p> <p><i>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).</i></p>			
Centros de salud con calificación federal (FQHC)	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se incluyen los servicios de atención para pacientes externos y de atención primaria de parte de organizaciones comunitarias.</p>			
Servicios auditivos/audiología	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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, pruebas para ajustar audífonos, exámenes y ajustes de seguimiento, y reparaciones pasada la fecha de garantía.</p> <p>Los audífonos, así como los accesorios y suministros relacionados, están cubiertos por ABHNJ.</p>			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios de agencias de atención médica a domicilio	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Cubre servicios de enfermería y tratamiento proporcionados por un enfermero certificado, un enfermero auxiliar diplomado o un auxiliar de atención médica a domicilio.</p>			
Servicios de atención de hospicio	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se cubren tanto en la comunidad como en 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. <p>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.</p>			
Inmunizaciones	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>ABHNJ cubre las vacunas de la gripe, hepatitis B, vacunas contra el neumococo y otras vacunas recomendadas para adultos.</p> <p>El calendario de vacunación infantil completo está cubierto como parte del EPSDT.</p>			
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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; drogas y medicamentos; servicios terapéuticos; enfermería general; y otros servicios y suministros que suele brindar el hospital.</p>			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Cuidados agudos	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se incluye habitación y comida; enfermería y otros servicios relacionados; uso de las instalaciones del hospital/hospitales de cuidados agudos; 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).</p>			
Atención psiquiátrica	<p><i>Para obtener información sobre la cobertura, consulte la tabla de salud conductual.</i></p>			
Mamografías	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p>			
Servicios de salud para la madre y el bebé	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se cubren los servicios médicos, que incluyen la atención relacionada con el recién nacido y los exámenes de detección auditivos.</p> <p>También se cubre la educación sobre el parto, así como los suministros y servicios de apoyo para la lactancia (amamantamiento).</p>			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Atención médica diurna (Servicios de salud diurnos para adultos)	Cubierto por ABHNJ 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.	<i>No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D.</i>		
Servicios de enfermeras parteras	Cubierto por ABHNJ		Cubierto por ABHNJ Copago de \$5 por consulta (salvo para consultas de atención prenatal)	

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios en centros de atención de enfermería	Cubierto por ABHNJ Es posible que los miembros tengan responsabilidad de pago del paciente.	<i>No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D.</i>		
<i>Largo plazo (cuidado asistencial)</i>	Cubierto por ABHNJ Cubierto para aquellos que necesitan un nivel de atención de cuidado asistencial (MLTSS). Es posible que los miembros tengan responsabilidad de pago del paciente.	<i>No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D.</i>		
<i>Centro de atención de enfermería (hospicio)</i>	Cubierto por ABHNJ La atención de hospicio puede estar cubierta en un entorno de centro de atención de enfermería. <i>(Consulte los Servicios de atención de hospicio).</i>	<i>No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D.</i>		
<i>Centro de atención de enfermería (especializada)</i>	Cubierto por ABHNJ Incluye la	<i>No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D.</i>		

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Centro de atención de enfermería (especializada) (continuación)	cobertura de servicios de rehabilitación que se llevan a cabo en el entorno de un centro de atención de enfermería.			
Centro de atención de enfermería (atención especial)	Cubierto por ABHNJ Se cubre la atención en un centro de atención de enfermería de atención especial (SCNF) o una unidad separada de un SCNF dentro de un centro de atención de enfermería convencional certificado para los miembros respecto de quienes se haya determinado que requieren servicios intensivos de un centro de atención de enfermería que están más allá del alcance de un centro de atención de enfermería convencional.	No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D.		
Trasplantes de órganos	Cubierto por ABHNJ Se cubren los trasplantes de órganos médicamente necesarios; se incluyen, entre otros: de hígado, de pulmón, de corazón y pulmón, de páncreas, de			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Trasplantes de órganos (continuación)	riñón, de hígado, de córnea, de intestino y de médula ósea (incluidos los trasplantes de médula ósea autólogos). Se incluyen los costos del receptor y del donante.			
Cirugía para pacientes externos	Cubierto por ABHNJ			
Consultas en hospitales o clínicas para pacientes externos	Cubierto por ABHNJ		Cubierto por ABHNJ Copago de \$5 por consulta (no hay copago si la consulta es por servicios preventivos).	
Rehabilitación para pacientes externos <i>(terapia ocupacional, fisioterapia, patología del habla y del lenguaje)</i>	Cubierto por ABHNJ Se cubre la fisioterapia, la terapia ocupacional, la patología del habla y la terapia de rehabilitación cognitiva.	Cubierto por ABHNJ Se cubre la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla y del lenguaje. <i>Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, se limita a 60 días por terapia, por año calendario.</i>		

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <p>Los exámenes clínicos de mamas para todas las mujeres están cubiertos una vez cada 12 meses.</p> <p>Todos los costos de laboratorio asociados con los exámenes indicados están cubiertos por ABHNJ.</p> <p>Los exámenes se cubren con más frecuencia en los casos en los que se consideren necesarios por motivos de diagnóstico médico.</p>			
Asistencia para la atención personal	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se cubren tareas relacionadas con la salud llevadas a cabo 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.</p>	<p><i>No está cubierto para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D.</i></p>		

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Podiatría	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <p><i>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.</i></p>		<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <p>Copago de \$5 por consulta para los miembros de NJ FamilyCare C y D.</p> <p><i>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.</i></p>	
Medicamentos con receta	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se incluyen los medicamentos con receta (con leyenda y sin leyenda, incluidos los medicamentos administrados por un médico); las vitaminas y los productos minerales recetados (excepto las vitaminas prenatales y el flúor), que incluyen, entre otros, las vitaminas terapéuticas, como las de alta potencia A, D, E, hierro, cinc y minerales, como el potasio y la niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos por ABHNJ.</p>		<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se incluyen los medicamentos con receta (con leyenda y sin leyenda, incluidos los medicamentos administrados por un médico); las vitaminas y los productos minerales recetados (excepto las vitaminas prenatales y el flúor), que incluyen, entre otros, las vitaminas terapéuticas, como las de alta potencia A, D, E, hierro, cinc y minerales, como el potasio y la niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos por ABHNJ.</p> <p>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.</p>	

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios médicos: atención primaria y de especialidad	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se cubren los servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes externos.</p>		<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>Se cubren los servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes externos.</p> <p>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).</p>	
Atención de enfermería privada	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <p>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).</p>			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Examen de detección de cáncer de próstata	Cubierto por ABHNJ 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.			
Prótesis y dispositivos ortésicos	Cubierto por ABHNJ 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 ABHNJ			
Exámenes físicos anuales de rutina	Cubierto por ABHNJ		Cubierto por ABHNJ Sin copagos.	
Servicios para dejar de fumar/vapear	Cubierto por ABHNJ 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. Los siguientes recursos están disponibles para ayudarlo a dejar de fumar o vapear: <ul style="list-style-type: none"> • Línea para dejar de fumar de Nueva Jersey: 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto en los feriados) y los sábados, de 11:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este. El programa está disponible en 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en njquitline.org. • QuitNet para Nueva Jersey: apoyo gratuito de pares y asesores capacitados, disponible durante las 24 horas del día, los siete días de la semana en quitnet.com. 			

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios para dejar de fumar/vapear (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Centros para dejar de fumar en Nueva Jersey: reciba asesoramiento profesional en persona mediante sesiones individuales o grupales. Encuentre un centro llamando al 1-866-657-8677 (TTY: 711) o visite quitnet.com. 			
Transporte (de emergencia: <i>ambulancia, unidad de terapia intensiva móvil</i>)	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>La cobertura de atención de emergencia incluye, entre otros, ambulancia y unidad de terapia intensiva móvil.</p>			
Transporte (no de emergencia) (<i>ambulancia que no sea de emergencia, vehículos de asistencia médica/MAV, servicio de vehículos de alquiler, clínica</i>)	<p>Cubierto por FFS.</p> <p>El plan de pago por servicio de Medicaid cubre todo el transporte que no sea de emergencia, como los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), y la ambulancia de soporte vital básico (SVB) que no sea de emergencia (camilla). Los servicios de transporte de vehículos de alquiler, como pasajes o pases de autobús y tren, o servicios de vehículos y reembolso de millas, también están cubiertos por ABHNJ.</p>	<p>Cubierto por FFS.</p> <p>El plan de pago por servicio de Medicaid cubre el transporte que no sea de emergencia, como los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), y la ambulancia de soporte vital básico (SVB) que no sea de emergencia (camilla).</p> <p>Es posible que se requieran órdenes médicas u otra coordinación por parte del plan de salud, el PCP o los proveedores.</p> <p>Excepciones: Los servicios de transporte de vehículos de alquiler no están cubiertos para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D.</p>		

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Transporte (no de emergencia) <i>(ambulancia que no sea de emergencia, vehículos de asistencia médica/MAV, servicio de vehículos de alquiler, clínica)</i> (continuación)	Es posible que se requieran órdenes médicas u otra coordinación por parte del plan de salud, el PCP o los proveedores.			
Atención médica de urgencia	Cubierto por ABHNJ 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 ABHNJ Se cubre para tratar una enfermedad o lesión repentina que no sea una emergencia médica, pero que es potencialmente dañina para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de las 24 horas para evitar que empeore su afección). NOTA: Es posible que haya un copago de \$5 para recibir atención médica de urgencia de parte de un médico, optometrista, dentista o profesional en enfermería.		

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios de atención de la vista	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para los miembros con diabetes.</p> <p>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.</p> <p>Determinados exámenes de diagnóstico adicionales están cubiertos para los miembros con degeneración macular asociada a la edad.</p>		<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para los miembros con diabetes.</p> <p>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.</p> <p>Determinados exámenes de diagnóstico adicionales están cubiertos para los miembros con degeneración macular asociada a la edad.</p> <p>Copago de \$5 por consulta para los servicios de un optometrista.</p>	

Servicio/ Beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Lentes correctivos	<p>Cubierto por ABHNJ</p> <p>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.</p> <p>Se cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular.</p>			

Servicio/ Beneficio	Miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Salud mental	<p>Aetna Better Health of New Jersey cubre una gran cantidad de beneficios de salud conductual para usted. La salud conductual incluye los servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias. Aetna Better Health of New Jersey cubre algunos de estos servicios, mientras que el plan de pago por servicio de Medicaid (FFS) paga directamente otros. En la tabla a continuación, encontrará la información.</p> <p>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 FFS al (1-844-276-2777). Los miembros y proveedores deben llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre los servicios cubiertos por ABHNJ al (1-855-232-3596).</p>				
Rehabilitación de salud mental para adultos (departamentos y hogares grupales supervisados)	Cubierto por ABHNJ.	Cubierto por FFS.	No está cubierta para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D.		
Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados	Los servicios de hospitalización psiquiátrica para pacientes internados están cubiertos por ABHNJ para los miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP.	<p>Cubierto por ABHNJ.</p> <p>La cobertura incluye los servicios brindados en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico.</p>			

Servicio/ Beneficio	Miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Red de practicantes independientes o IPN (psiquiatras, psicólogos o APN)	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS.			
Servicios de salud mental para pacientes externos	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS. La cobertura incluye los servicios recibidos en un entorno de hospital general para pacientes externos , servicios de una clínica/un hospital de salud mental para pacientes externos y servicios para pacientes externos recibidos en un hospital psiquiátrico privado . Los servicios en estos entornos están cubiertos para los miembros de todas las edades.			
Atención parcial (salud mental)	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS. <i>Límite de 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días por semana).</i> <i>Se requiere autorización previa.</i>			
Hospitalización parcial aguda de salud mental/ hospitalización parcial psiquiátrica	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS. <i>La admisión solo puede realizarse mediante un centro de detección de emergencias psiquiátricas o luego de un alta de paciente por internación psiquiátrica.</i> <i>Se requiere autorización previa para la hospitalización parcial aguda.</i>			
Servicios de emergencia psiquiátrica (PES)/Servicios de emergencia afiliados (AES)	Cubiertos por FFS para todos los miembros.				
Servicios para trastornos por abuso de sustancias	La Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (ASAM) ofrece pautas que se utilizan para determinar qué clase de tratamiento por trastorno por abuso de sustancias (SUD) es adecuado para las personas que necesitan servicios de SUD. Algunos de los servicios de esta tabla muestran el nivel de ASAM asociado con ellos (se incluye el acrónimo ASAM, seguido de un número).				

Servicio/ Beneficio	Miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Manejo ambulatorio de la abstinencia con controles extendidos en el lugar/ desintoxicación ambulatoria ASAM 2 – WM	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS.			
Desintoxicación médica para pacientes internados/manejo de la abstinencia en pacientes internados médicamente administrada (en el hospital) ASAM 4 - WM	Cubierta por ABH NJ para todos los miembros.				
Residencial a largo plazo (LTR) ASAM 3.1	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS.			
Tratamiento por adicciones en el consultorio (OBAT)	Cubierto por ABH NJ. 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 no médica/manejo de la abstinencia no basado en un hospital ASAM 3.7 – WM	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS.			

Servicio/ Beneficio	Miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios de tratamiento con opioides	Cubierto por ABH NJ.	<p>Cubierto por FFS.</p> <p>Se incluye la cobertura del tratamiento asistido con medicación con metadona (MAT) y del tratamiento asistido con medicación sin metadona.</p> <p>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; la terapia individual o grupal; y las pruebas toxicológicas.</p>			
Cuidados intensivos como paciente externo para trastornos por el abuso de sustancias (IOP) <i>ASAM 2.1</i>	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS.			
Atención como paciente externo para trastornos por el abuso de sustancias (OP) <i>ASAM 1</i>	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS.			
Atención parcial para trastornos por el abuso de sustancias (PC) <i>ASAM 2.5</i>	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS.			

Servicio/ Beneficio	Miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios residenciales de asesoramiento a corto plazo para trastornos por el abuso de sustancias (STR) ASAM 3.7	Cubierto por ABH NJ.	Cubierto por FFS.			

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 obtienen lo siguiente:

- Datos sin cargo todos los meses
- Mensajes de texto ilimitados todos los meses
- Minutos sin cargo todos los meses
- 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 en [AetnaBetterHealth.com/NewJersey/members/benefits/phones](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey/members/benefits/phones)