



Bienvenido

Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)
Manual para miembros

Aetna Better Health® of New Jersey
Su plan de NJ FamilyCare



aetnabetterhealth.com/nj

Estimado/a miembro:

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

Inscribirse en nuestro plan fue una buena decisión. Contamos con muchos proveedores preparados para ayudarlo a conservar su bienestar y el de su familia. Además, el personal dedicado del Departamento de Servicios para Miembros está disponible para responder sus preguntas sobre la 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:

- El proveedor de atención primaria (PCP) que tenga con nosotros.
- Los beneficios que tienen cobertura.
- Lo que debe hacer en caso de emergencia.
- Sus derechos y responsabilidades como miembro.
- Cómo renovar la cobertura de 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 identificación de miembro de inmediato. Llámenos al **1-855-232-3596**, TTY **711** si:

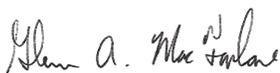
- No le enviamos una identificación de miembro.
- El nombre que figura en la identificación de miembro no es correcto.
- El nombre de su PCP o alguna otra información incluida en la identificación no son correctos.

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 **aetnabetterhealth.com/nj**.

Esperamos poder brindarle sus beneficios de atención médica.

Le deseamos buena salud.



Glenn MacFarlane
Director ejecutivo
Aetna Better Health of New Jersey

Índice

Números de teléfono importantes	5
Bienvenido.....	7
Su manual para miembros.....	7
Departamento de Servicios para Miembros	8
Línea de enfermería las 24 horas	9
Servicios de idiomas	9
Otras maneras de obtener información.....	9
Sitio web	9
Área de servicio	9
Tarjeta de identificación	10
Elegibilidad e inscripción.....	11
Información sobre NJ FamilyCare	12
Confirmación de inscripción.....	12
Cómo cambiar de plan de salud	12
Reincorporación.....	12
Confidencialidad y privacidad de los miembros	12
Sus derechos y responsabilidades.....	13
Cómo obtener atención médica.....	16
Directorio de proveedores	17
Imposibilidad de salir del hogar.....	17
Su proveedor de atención primaria (PCP)	17
Tipos de proveedores de atención primaria	18
El consultorio del proveedor	18
Otras preguntas que se deben hacer	19
Consejos rápidos acerca de las citas.....	19
Su PCP	19
¿Cómo elijo mi PCP?.....	19
¿Cómo cambio mi PCP?.....	20
Aviso de cambios de proveedor o ubicaciones de servicios	20
Cómo obtener una aprobación previa (autorización previa) para los servicios.....	20
Pasos para obtener la aprobación previa.....	21
Explicación sobre la aprobación o la denegación de su servicio	21
Definición de “servicios médicamente necesarios”.....	21
Autorremisión.....	22
Cómo obtener atención especializada	22
Cómo obtener una segunda opinión	22
Transporte.....	23
Atención después del horario de atención.....	23

Cobertura fuera del área de servicio	24
Tipos de atención	24
Atención de emergencia	24
Seguimiento después de una emergencia	25
Atención de urgencia	26
Cómo obtener atención de urgencia	26
Línea de enfermería las 24 horas	26
Atención de rutina	27
Servicios cubiertos	32
Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)	38
Beneficios de MLTSS	38
Servicios cubiertos y limitaciones de los MLTSS	39
Representante de miembros de MLTSS	47
Atención fuera del horario de atención	47
Posibilidad de elección	47
Servicios de transición en la comunidad	48
Cobertura de Medicare y Medicaid	48
Costos compartidos de MLTSS y responsabilidad de pago del paciente (PPL)	48
Servicios de salud conductual	48
Crisis de salud conductual	49
Servicios no cubiertos	50
Miembros mayores de 55 años	51
Servicios de farmacia	51
Medicamentos con receta	52
Resurtidos de medicamentos con receta	52
Medicamentos con receta de pedido por correo	52
Programa de bloqueo de farmacia	54
Servicios de atención dental	54
Emergencias dentales	56
Servicios de atención de la vista	56
Servicios de planificación familiar	57
Atención durante el embarazo	57
Consejos para un embarazo saludable	58
Después de que nace su bebé	58
Programa de nutrición Mujeres, bebés y niños (WIC)	58
Cómo obtener atención para su recién nacido	59
Bebés y niños sanos	59
Controles regulares	60
Cronograma de inmunizaciones (vacunas)	60

Administración de la atención	61
Administración de la atención de MLTSS	62
Función del administrador de atención de MLTSS	63
Control de enfermedades	64
Si no desea participar	64
Tratamiento de menores	65
Tratamientos médicos nuevos	65
Consejos de salud	66
Cómo mantenerse saludable	66
Pautas para una buena salud	66
Qué debe hacer si recibe una factura o un estado de cuenta	66
Programas de mejora de la calidad	67
Queremos recibir noticias tuyas	67
Otra información para usted	68
Plan de incentivo de médicos	68
Su información	69
Qué debe hacer cuando tiene NJ FamilyCare y otro seguro de salud	69
Remisiones con otros seguros	69
Cómo elegir los proveedores	69
Cuando tiene tanto Medicare como Medicaid	70
Quejas y apelaciones	74
Queja	74
Apelaciones (apelaciones por Administración de uso)	76
Audiencia imparcial del estado	79
Fraude, uso indebido y abuso	81
Cancelación de la inscripción	81
Cancelación de su inscripción en Aetna Better Health of New Jersey	81
Solicitudes para cancelar su inscripción	82
Cancelación de la inscripción debido a un cambio de estado	82
Renovación de la cobertura	82
Miembros de NJ FamilyCare	83
Miembros de Medicaid	83
Instrucciones anticipadas	83
Instrucción de representación (poder de representación para las decisiones de atención médica)	83
Directiva de instrucción (testamento vital)	84
Preguntas comunes	84
Aviso sobre prácticas de privacidad	85
Aviso de no discriminación	90
Servicios de interpretación en varios idiomas	91

Números de teléfono importantes

Departamento de Servicios para Miembros de MLTSS de Aetna Better Health of New Jersey	1-855-232-3596, TTY 711 Representantes disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Línea de Administración de la Atención de MLTSS	1-833-346-0122, TTY 711 Acceda al equipo de Administración de la Atención de MLTSS De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
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: DentaQuest	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 Representantes disponibles 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 Representantes disponibles 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este
Línea directa de fraude, uso indebido y abuso	1-855-282-8272, TTY 711
Coordinador de beneficios de salud (HBC)	1-800-701-0710, TTY 1-800-701-0720

<p>Línea directa de servicios de adicción de NJ Servicios de abuso de sustancias para miembros de NJ FamilyCare (miembros que no pertenecen a la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD))</p>	<p>1-844-276-2777</p>
<p>Línea de ayuda del gobernador para Servicios de adicción</p>	<p>1-844-ReachNJ (1-844-732-2465), reachnj.gov</p>
<p>Servicios de salud mental para miembros de NJ FamilyCare (miembros que no pertenecen a la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD))</p>	<p>Comuníquese con los centros locales de asistencia médica al cliente (MACC)</p> <p>Camden MACC Burlington/Camden/Gloucester/Mercer/Salem/Atlantic/Cape May/Cumberland 856-614-2870 One Port Center 2 Riverside Dr., Suite 300 Camden, NJ 08103-1018</p> <p>Essex MACC Essex/Hudson 973-648-3700 153 Halsey St., 4th Floor Newark, NJ 07102-2807</p> <p>Monmouth MACC Monmouth/Hunterdon/Middlesex/Ocean/Somerset/Union 732-863-4400 100 Daniels Way, 1st Floor Freehold, NJ 07728-2668</p> <p>Passaic MACC Passaic/Bergen/Morris/Sussex/Warren 973-977-4077 100 Hamilton Plaza, 5th Floor Paterson, NJ 07505-2109</p>

Bienvenido

Gracias por elegir Aetna Better Health of New Jersey. Nuestro objetivo es ofrecerle proveedores y servicios que le proporcionarán lo que necesita y merece:

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

Entre nuestros miembros, se incluyen los siguientes grupos:

- Ayuda a Familias con Hijos Dependientes (AFDC)/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y miembros relacionados de NJ FamilyCare de forma no institucionalizada.
- Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): ancianos, personas ciegas y con discapacidades (ABD) y grupos relacionados.
- Clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y la Exención para Atención Comunitaria (CCW).
- New Jersey Care: 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 apoyos 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 relacionadas con lo siguiente:

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

Departamento de Servicios para Miembros

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

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

El Departamento de Servicios para Miembros puede realizar lo siguiente:

- 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.
- Explicar 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? Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711**.

O escriba a esta dirección:

Aetna Better Health of New Jersey

A la atención de: Departamento de Servicios para Miembros

3 Independence Way, Suite 400

Princeton, NJ 08540-6626

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 para hablar con un representante de MLTSS de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1-833-346-0122**, TTY **711**.

Línea de enfermería 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 Nueva Jersey al **711**. Allí puede recibir ayuda para llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**.

Si tiene problemas visuales o auditivos, o si no lee en español, puede obtener información en otros formatos, como letra grande o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711** para obtener ayuda.

Sitio web

Nuestro sitio web es **aetnabetterhealth.com/nj**. Tiene información para ayudarlo a obtener atención médica y, además, brinda ayuda para lo siguiente:

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

Área de servicio

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

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 identificación de miembro se indica lo siguiente:

- Su nombre.
- El número de identificación de miembro.
- Los montos de copagos, si tuviera.
- 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, DentaQuest.

Debe mostrar su identificación de miembro 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 identificaciones de beneficios de salud a todas las consultas con proveedores y cuando vaya a la farmacia.

Anverso

AETNA BETTER HEALTH®	aetna
NJ FamilyCare Managed Long Term Services and Support (MLTSS)	
Member ID# XXXXXXXXXXXXX	Date of Birth 00/00/0000
Member Name Last Name, First Name	Sex X
PCP Last Name, First Name	
PCP Phone 000-000-0000	Effective Date 00/00/0000
.....	
Dental Benefit*	
CO-PAYS	
PCP \$0 Brand \$0	RxBIN: 610591
ER \$0 Generic \$0	RxPCN: ADV
	RxGRP: RX8829
	Pharmacist Use Only: 1-855-319-6286
www.aetnabetterhealth.com/newjersey	
THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. NJMED1	

Reverso

Member Services / Servicios al Miembro (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)	
*DentaQuest 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:	To verify member eligibility:
Aetna Better Health of New Jersey	1-855-232-3596
PO Box 61925, Phoenix, AZ 85082-1925	Electronic Claims: Payer ID 46320
	NJBACK1

Solo usted puede usar su identificación de miembro; no permita que la usen otras personas.

Revise su identificación para asegurarse de que el nombre, la dirección 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.

Elegibilidad e inscripción

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

Para hacerse miembro de Aetna Better Health of New Jersey, llame al coordinador de Beneficios de salud del estado de Nueva Jersey al número gratuito **1-800-701-0710**. Las personas con problemas auditivos pueden llamar al número gratuito del estado **1-800-701-0720**, TDD/TTY. 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 recibe la atención de un proveedor cuando se inscribe en el Plan, infórmenos al respecto. Trabajaremos con usted y su proveedor para asegurarnos de que reciba la atención continua que necesita. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711** para obtener ayuda.

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

Esto autoriza la divulgación de sus registros médicos mediante su firma o la firma de una persona autorizada. Este formulario fue enviado a nuestras oficinas. Además, le informó al HBC si recibía atención de algún proveedor. Su PCP del Plan deberá solicitar 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. Existen varios planes diferentes: A, B, C, D, ABP y MLTSS. El plan para el cual usted es elegible depende de sus ingresos familiares totales, el tamaño de su familia y el nivel de atención que necesite. Si tiene alguna pregunta sobre NJ FamilyCare o sobre cómo inscribirse, comuníquese con el coordinador de beneficios de salud al **1-800-701-0710**, TTY **1-800-701-0720**. Para recibir servicios y beneficios como miembro de NJ FamilyCare, debe estar inscrito en un plan de salud contratado por la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS). El Plan es un plan de salud contratado. La DMAHS aprueba su inscripción en NJ FamilyCare.

Confirmación de inscripción

Cuando se inscribe en el Plan, recibe un paquete de bienvenida. En 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. Tendrá que llamar al Coordinador estatal de beneficios de salud (HBC) al **1-800-701-0710**, TTY **1-800-701-0720 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. Esta razón deberá estar aprobada por DMAHS.

Reincorporación

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

Confidencialidad y privacidad de los miembros

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

Sus derechos y responsabilidades

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

Sus derechos

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

- Ser tratado con cortesía, consideración, respeto, dignidad y necesidad de privacidad.
- Recibir información sobre el Plan, sus políticas y procedimientos, sus servicios, los profesionales que brindan atención, los derechos y las responsabilidades de los miembros y poder comunicarse y lograr que lo entiendan con la ayuda de un traductor, si es necesario.
- Poder elegir un PCP dentro de los límites de la red del plan, lo que incluye el derecho a rechazar la atención de profesionales específicos.
- Participar en la toma de decisiones con respecto a su atención médica, recibir información completa por parte del PCP u otro proveedor de atención médica o administrador de atención en relación con su estado funcional y de salud, y participar en el desarrollo y la implementación de un plan de atención diseñado para estimular la capacidad funcional en el nivel óptimo y para fomentar la independencia.
- Conversar abiertamente sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario o apropiado para su afección, con independencia 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, los proveedores y los representantes externos de su elección, sin restricciones, interferencia, coerción, discriminación o represalia 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 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.
- No recibir facturación de saldos de proveedores en concepto de servicios médicamente necesarios autorizados por el Plan, salvo según se permita en relación con los copagos de su plan.
- Recibir una segunda opinión.
- Recibir una notificación inmediata sobre finalización o cambios en los beneficios, las series o la red de proveedores.
- Información sobre los incentivos que les damos a los proveedores.
- Recibir atención de emergencia sin autorización previa.
- Recibir servicios de planificación familiar de Aetna Better Health of New Jersey o cualquier proveedor de Medicaid.
- Rechazar los servicios de administración de 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 por algún motivo; 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 a 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 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).

Sus responsabilidades

- Comunicar 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 tarjetas de identificación cuando acude a citas de atención médica o recibe servicios y no permitir que ninguna otra persona use sus tarjetas.
- 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 trabajador 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.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento acordadas mutuamente, en la medida de lo posible.

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

Cómo obtener atención médica

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

Directorio de proveedores

Para obtener un directorio de proveedores, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros. También puede acceder al directorio en línea en el sitio aetnabetterhealth.com/nj. 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 de los proveedores de NJ Smiles (para niños de 0 a 20 años de edad), puede buscar con la herramienta de búsqueda de proveedores en línea disponible en nuestra página de Beneficios dentales, www.aetnabetterhealth.com/newjersey/members/benefits/dental.

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

Puede consultar con un proveedor fuera de la red si necesita atención especial y no contamos con un proveedor de la red que ofrezca la especialidad correcta. En primer lugar, el proveedor debe recibir nuestra aprobación; de lo contrario, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios. Consulte la página 20 para conocer cómo obtener una aprobación previa (autorización de servicios) para los servicios.

Imposibilidad de salir del hogar

Si no puede salir de su hogar para recibir atención, podemos ayudarlo. Si está confinado en su hogar, 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. Tiene la responsabilidad de coordinar su atención médica y, para ello, debe realizar lo siguiente:

- Conocer sus antecedentes médicos.
- Mantener buenos registros médicos.
- 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.
- Enviarlos a un proveedor que haya recibido capacitación especializada para tratar sus necesidades especiales de atención médica.
- 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 de edad.
- **Especialistas:** proveedores capacitados, certificados o con licencia en un área especial de la atención médica.
- **Obstetra/ginecólogo:** proveedores que tratan a las mujeres.
- **Dentistas de atención primaria (PCD):** proveedores que pueden ser dentistas generales u odontopediatras (dentistas de niños). NJ Smiles es un programa dental destinado, especialmente, a niños de 0 a 20 años. Los proveedores de NJ Smiles realizan evaluaciones de riesgo dental, aplicaciones de barniz de flúor y remisiones a un dentista de atención primaria para tratamientos y exámenes integrales durante las visitas de bienestar de su hijo con su PCP.

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

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

El consultorio del proveedor

Haga 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 por teléfono sobre mis problemas?
- ¿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 mejorar su condición. Anote las respuestas que obtenga.

Respete siempre las indicaciones de su proveedor.

- ¿Cuál es mi problema 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 identificación de miembro del Plan y otras identificaciones de Medicare y Medicaid.
- Si es un paciente nuevo, vaya a su primera cita al menos 30 minutos antes 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. Puede acceder a nuestro directorio de proveedores en línea en aetnabetterhealth.com/nj. 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 se producirá el mismo día de su solicitud.
- Recibirá una nueva identificación de miembro del Plan con el nombre de su nuevo PCP.

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

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

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

Aviso de cambios de proveedor o ubicaciones de servicios

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

Cómo obtener una aprobación previa (autorización 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 es lo que necesita.

Excepto en los casos de planificación familiar y atención de emergencia, todos los servicios fuera de la red requieren autorización previa. Si no obtiene la aprobación previa, es posible que deba pagar los siguientes servicios:

- 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 necesarios para la aprobación previa:

1. Su proveedor le da al Plan información sobre los servicios que cree que usted necesita.
2. Nosotros revisamos la información.
3. Usted y su proveedor recibirán una carta en la que se les informará si el servicio fue aprobado o denegado.
4. **Si no podemos aprobar la solicitud**, la carta explicará el motivo por el cual se denegó.
5. Si se le deniega un servicio, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte la página 74.

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 también utilizan algunas. Otras de las pautas se desarrollan por un equipo especial de Aetna 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. “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 de un dentista general de la red u odontopediatra (dentista de niños).
- 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 buscar un proveedor, consulte el directorio de proveedores en línea en aetnabetterhealth.com/nj. Para solicitar ayuda también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711**.

Cómo obtener atención especializada

Es posible que, en ocasiones, necesite la atención de un especialista. Los especialistas son proveedores que tratan tipos especiales de afecciones. Por ejemplo, un cardiólogo trata afecciones cardíacas. Su PCP puede recomendarle un especialista. También puede buscar en el directorio de proveedores en línea en aetnabetterhealth.com/nj 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 con un especialista a largo plazo. Esto se denomina obtener una “remisión permanente”. Podemos trabajar con el especialista para lograrlo. 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 o un 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 ver nuestro directorio de proveedores en línea en **aetnabetterhealth.com/nj**.

Transporte

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. Los miembros pueden recibir otros servicios de transporte médico que no sea de emergencia mediante el pago por servicio (FFS). Para obtener más información sobre cómo recibir el servicio de transporte para acudir a las consultas con su proveedor, llame a LogistiCare 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 LogistiCare al **1-866-333-1735**. El transporte debe programarse con, al menos, dos días de antelación. Tenga la siguiente información a mano cuando llame para programar el transporte:

- Nombre del proveedor.
- Dirección.
- Número de teléfono.
- Hora de la cita.
- Tipo de transporte necesario (p. ej., automóvil regular, camioneta adaptada para acceso con sillas de ruedas).

Atención después del horario de atención

Si se enferma después de que cierra 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. El PCP le devolverá la llamada para decirle qué hacer. Asegúrese de que su teléfono acepte llamadas bloqueadas. 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. Su PCP le devolverá la llamada para indicarle qué hacer.

Si tiene una emergencia, SIEMPRE debe llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias más cercana.

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.

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 Nueva 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 cuando 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 o 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 informará qué hacer. El número de teléfono del PCP se encuentra en su identificación de miembro. Si necesita ayuda para hacer 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. 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).
- Envenenamiento.
- Convulsiones.
- Quemaduras graves.
- Intentos de suicidio.
- Vómitos con sangre.

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 pedir ayuda.
- Acuda a la sala de emergencias más cercana.

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

Seguimiento después de una emergencia

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

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

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

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 proveedor de guardia le indicarán qué hacer. Si el PCP no se encuentra en el consultorio, deje un mensaje a través del servicio de mensajes telefónicos o el contestador automático, y el PCP le devolverá la llamada.

Línea de enfermería las 24 horas

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

Centros de atención de urgencia

A veces, necesita recibir atención fuera del horario de atención y el consultorio de su PCP está cerrado. Aetna Better Health of New Jersey tiene centros de atención de urgencia a los que puede acudir. Puede buscar en el directorio de proveedores en línea en aetnabetterhealth.com/nj 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.

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 la atención de rutina, llame a su PCP al número de teléfono que aparece en su identificación de miembro. Debe visitar a su dentista dos veces al año. Comuníquese con su PCP o con el Departamento de Servicios para Miembros de DentaQuest al **1-855-225-1727** (TTY: **711**) para programar una cita. Para obtener más información sobre la atención dental de rutina, consulte la sección de Servicios de atención dental en la página 54.

Si necesita ayuda para programar una cita con el PCP o el PCD, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711**.

En la tabla que se incluye a continuación, 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 sobre su atención.

Si tiene una emergencia médica, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana. Si tiene una emergencia dental que no pone en riesgo su vida, llame o visite a su PCD. Para obtener más información sobre emergencias dentales, consulte la página 56.

Tipos de atención	Qué hacer
<p>Preventiva: es la atención habitual que los mantiene a usted o a su hijo saludables. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controles. • Exámenes anuales. • Vacunas/inmunizaciones. 	<p>Llame a su proveedor para programar una cita para atención preventiva. Puede esperar que lo vean en un plazo de 28 días.</p>
<p>Exámenes físicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes físicos de rutina, como exámenes solicitados por la escuela, un campamento o el trabajo. Lo atenderán dentro de 4 semanas. • Exámenes físicos iniciales para miembros adultos nuevos. Deben atenderlo en un plazo de ciento ochenta (180) días desde la inscripción inicial. • Exámenes físicos iniciales para miembros niños nuevos (menores de 21 años) y clientes adultos de la DDD. Deben atenderlo en un plazo de noventa (90) días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción o según lo dispuesto por las pautas del programa de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT).
<p>Consulta de urgencia o por enfermedad: para los casos en los que necesita atención de inmediato, pero no está en peligro de sufrir un daño duradero ni de perder su vida. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de garganta. • Gripe. • Migrañas. <p>Usted NO debe ir a la sala de emergencias para recibir atención de urgencia o por enfermedad.</p>	<p>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.</p> <p>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 en aetnabetterhealth.com/nj o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p> <p>Para consultas de urgencia/por enfermedad, puede esperar que lo vea un PCP en los plazos que se detallan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>De emergencia: atención que recibe cuando se produce una o más de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Las emergencias médicas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envenenamiento. • 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. <p>Las emergencias dentales incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotura de un diente natural. • Un diente permanente se cae o se desprende por un golpe. • Inflamación o infección bucal o facial. • Dolor por una lesión en la boca o la mandíbula. • Sangrado intenso incontrolable. • Mandíbula fracturada o dislocada. 	<p>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.</p> <p>El directorio de proveedores de aetnabetterhealth.com/nj 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.</p> <p>Sin embargo, NO es necesario que llame al 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).</p> <p>Si puede hacerlo, muéstreles a los miembros del personal del centro su tarjeta de identificación de Aetna Better Health of New Jersey y pídale que llamen a su proveedor.</p> <p>Podrá permanecer en el hospital, aunque este no forme parte de nuestra red de proveedores (en otras palabras, aunque no sea un hospital de Aetna Better Health of New Jersey), hasta que el médico del hospital determine que su afección está estable y se lo pueda transferir de manera segura a un hospital de nuestra red.</p> <p>Atención de posestabilización: son los servicios cubiertos, relacionados con una afección médica de emergencia, que se brindan después de estabilizar a un miembro para mantener la afección estabilizada.</p> <p>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.</p>

Tipos de atención	Qué hacer
<p>¿Qué no es una emergencia médica?</p> <p>Algunas afecciones médicas que, generalmente, NO se consideran una emergencia son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gripe, resfríos, dolor de garganta, dolor de oído. • Infecciones del tracto urinario. • Resurtidos o solicitudes de medicamentos con receta. • Afecciones médicas que ha tenido durante mucho tiempo. • Dolores de espalda. • Dolores de cabeza (migrañas). • Dolores de muelas. • Dolor muscular. <p>¿Qué son los servicios de posestabilización?</p> <p>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.</p>	
<p>Mujeres embarazadas</p>	<p>Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Tipos de atención	Qué hacer
<p>Remisiones a especialistas</p> <p>Una consulta con un especialista médico que su afección médica requiera, según lo determine su PCP.</p>	<p>Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Servicios de laboratorio y radiología</p>	<p>Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citas de rutina: 3 semanas. • Citas de atención de urgencia: 48 horas.
<p>Citas pediátricas iniciales</p>	<p>Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de los 90 días desde la inscripción.
<p>Citas con el dentista</p>	<p>Debe llamar a su dentista para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia: menos de 48 horas o antes, si lo justifica la afección. • Atención de urgencia: dentro de 3 días desde la solicitud. • Rutina: dentro de los 30 días posteriores a la solicitud. <p>No se requiere una remisión para ver a un dentista de la red.</p>
<p>Citas debido a afecciones de salud mental o a trastornos por abuso de sustancias</p>	<p>Debe llamar a su proveedor para concertar una visita dentro del plazo que se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de emergencia: inmediatamente tras acudir a un sitio de prestación de servicios. • Citas de atención de urgencia: dentro de las veinticuatro (24) horas desde la solicitud. • Citas de atención de rutina: dentro de los diez (10) días desde la solicitud.

Servicios cubiertos

Los cuadros en las páginas siguientes muestran qué servicios cubre pago por servicios (FFS) de NJ FamilyCare y qué servicios cubre el Plan. 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.

Estos servicios figuran como FFS. Aetna Better Health of New Jersey no paga por estos servicios; NJ FamilyCare lo hace.

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

Beneficios	MLTSS
Aborto y servicios relacionados	FFS
Acupuntura	Con cobertura
Pruebas de alergias	Con cobertura con autorización previa
Servicios de vida asistida	Con cobertura con autorización previa
Audiología	Con cobertura
Sangre y productos de plasma	Con cobertura
Densitometría ósea (densidad ósea)	Con cobertura con autorización previa
Administración de casos/atención	Con cobertura
Servicios de quiropráctico: consultar con su PCP por el examen de detección de lesiones en la columna (manipulación de la columna vertebral)	Con cobertura con autorización previa
Servicios clínicos	Con cobertura
Exámenes colorrectales	Con cobertura: los miembros mayores de 50 años pueden autorremitirse a proveedores de la red

Beneficios	MLTSS
Servicios ordenados por un tribunal	Con cobertura: llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información
Servicios dentales proporcionados por DentaQuest Servicios regulares de diagnóstico y de prevención, empastes, tratamiento de emergencias dentales y otros servicios de rutina están cubiertos y no necesitan autorización previa, e incluyen coronas, puentes, dentaduras completas, dentaduras parciales, tratamientos gingivales, conducto radicular, cirugía maxilofacial compleja y ortodoncia	Con cobertura
Servicios de ortodoncia proporcionados por DentaQuest	Con cobertura: se aplican límites de edad. El tratamiento de ortodoncia tiene cobertura hasta los 19 años (Solo se cubren los servicios de ortodoncia médicamente necesarios. Su dentista debe explicar el motivo de la atención).
Educación para diabéticos	Con cobertura con autorización previa (en el hogar)
Suministros y equipos para diabéticos	Con cobertura con autorización previa
Equipos médicos duraderos (DME)/dispositivos de tecnología de asistencia	Con cobertura: se requiere autorización previa si el monto es mayor de \$500
Tratamiento residencial de la DCP&P	FFS
Servicios educativos o compensatorios especiales	FFS
Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) e inmunizaciones (de 0 a 21 años)	Con cobertura
Atención en la sala de emergencias	Con cobertura
Transporte médico de emergencia por tierra o aire	Con cobertura
Exámenes de la vista de rutina y servicios de optometrista March Vision	Con cobertura: el miembro puede autorremitirse a un examen de la vista de rutina por año

Beneficios	MLTSS
Anteojos (lentes y marcos) March Vision	Con cobertura: los miembros pueden autorremitirse. Marcos genéricos o reembolso de \$100 para marcos de marca (Consulte la página 56 para conocer las limitaciones)
Servicios básicos de planificación familiar (autorremisión a procedimientos/dispositivos de salud reproductiva)	Con cobertura: el miembro puede autorremitirse a obstetras o ginecólogos participantes FFS cuando los brinda un proveedor no participante
Centros de salud con calificación federal (FQHC)	Con cobertura
Pruebas genéticas y asesoramiento	Con cobertura con autorización previa
Exámenes de audición	Con cobertura
Audífonos y baterías	Con cobertura con autorización previa
Hemodiálisis	Con cobertura con autorización previa
Pruebas de VIH/SIDA	Con cobertura: el miembro puede autorremitirse
Atención médica a domicilio	Con cobertura con autorización previa
Atención de hospicio	Con cobertura con autorización previa
Vacunas	Con cobertura
Pruebas y servicios para la infertilidad	Sin cobertura
Hospitalización (cuidados agudos, rehabilitación y hospitales especiales)	Con cobertura: incluye cuidados agudos, rehabilitación, hospitales especiales, alojamiento y comida Las internaciones que no sean de emergencia requieren autorización previa.
Análisis de laboratorio y radiografías Los miembros recibirán los resultados en un plazo de 24 horas en casos de urgencia y de emergencia, y en un plazo de 10 días hábiles en casos de rutina.	Con cobertura con autorización previa
Mamografías (detección)	Con cobertura: el miembro puede autorremitirse Inicial para mujeres de 35 a 39 años y anual para mujeres mayores de 40 años.

Beneficios	MLTSS
Atención médica diurna	Con cobertura con autorización previa
Suministros médicos	Con cobertura
Metadona y mantenimiento con metadona	La metadona para el control del dolor y el trastorno de abuso de sustancias está cubierta por Aetna Better Health.
Medicina nuclear	Con cobertura con autorización previa
Profesionales en enfermería/Enfermeras parteras certificadas (CNM)	Con cobertura
Servicios en un centro de atención de enfermería, por ej., rehabilitación en este entorno	Con cobertura
Atención de obstetricia/maternidad	Con cobertura: el miembro puede autorremitirse
Evaluación de trasplante de órganos	Con cobertura con autorización previa
Trasplantes de órganos (se incluyen los costos del receptor y del donante; no se cubren trasplantes experimentales de órganos)	Con cobertura con autorización previa
Dispositivos ortésicos	Con cobertura con autorización previa
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Con cobertura con autorización previa, excluidas las consultas de salud mental
Cirugía para paciente externo, cirugía en el mismo día, centro quirúrgico ambulatorio	Con cobertura con autorización previa
Servicios de manejo del dolor	Con cobertura con autorización previa
Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos	Con cobertura: el miembro puede autorremitirse
Educación preparto/sobre crianza de los hijos	Con cobertura: el miembro puede autorremitirse
Atención personal (en el hogar)/servicios de un auxiliar médico	Con cobertura mediante autorización previa con limitaciones (40 horas si se permite)
Atención de podiatría: médicamente necesaria (en el consultorio, no quirúrgica)	Con cobertura con autorización previa

Beneficios	MLTSS
Atención de podiatría: preventiva de rutina (en el consultorio, no quirúrgica)	Sin cobertura
Atención de podiatría: quirúrgica	Con cobertura con autorización previa
Medicamentos con receta: consulte nuestro Formulario de medicamentos	Con cobertura
Medicamentos de venta libre (OTC): consulte nuestro Formulario de medicamentos	Con cobertura, con receta
Cuidados subagudos	Con cobertura
Atención médica y asesoramiento preventivos y promoción de la salud	Con cobertura
Consultas al PCP	Con cobertura
Atención de enfermería privada o especializada	Con cobertura con autorización previa
Exámenes de próstata	Con cobertura: anual para hombres de 50 años o más; si tiene antecedentes familiares, anual a los 40 años El miembro puede autorremitirse
Prótesis	Con cobertura con autorización previa
Radiación/quimioterapia/hemodiálisis	Con cobertura con autorización previa
Estudios radiológicos (MRI, MRA, PET)	Con cobertura con autorización previa
Rehabilitación/rehabilitación cognitiva (terapia del habla/fisioterapia/terapia ocupacional para pacientes externos)	Con cobertura
Cuidados paliativos	Con cobertura con autorización previa
Segunda opinión médica/quirúrgica	Con cobertura
Atención en centros de atención de enfermería especializada (LTC)	Con cobertura con autorización previa
Estudios por apnea del sueño	Con cobertura con autorización previa
Terapia del sueño	Con cobertura con autorización previa
Productos para dejar de fumar	Con cobertura
Pruebas del habla	Con cobertura con autorización previa

Beneficios	MLTSS
Termogramas y termografía	Con cobertura con autorización previa
Transporte: para emergencias (aéreo y terrestre)	Con cobertura
Transporte en ambulancia, camioneta para discapacitados (no emergencia)	FFS
Transporte: para casos que no sean de emergencia (autobús, tren, servicio de automóvil, etc.)	FFS
Atención de urgencia	Con cobertura: se requiere atención dentro de las 24 horas
Servicios de salud conductual	
Rehabilitación de salud mental para adultos	Con cobertura
Medicamentos antipsicóticos atípicos incluidos en clases de medicamentos terapéuticos específicos H7T y H7X	Con cobertura: es posible que se requiera una autorización previa de su proveedor si necesita más de cuatro medicamentos con receta por mes para afecciones de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Los medicamentos con recetas semanales se contarán como uno por mes.
Servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados	Con cobertura
Trastorno de abuso de sustancias de pacientes internados (diagnóstico, tratamiento y desintoxicación)	Con cobertura
Centros de atención intermedia/discapacidad intelectual (ICF/ID)	FFS
Servicios de salud mental para pacientes externos	Con cobertura
Trastorno de abuso de sustancias de pacientes externos (diagnóstico, tratamiento y desintoxicación)	Con cobertura

Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)

Beneficios de MLTSS

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

- Cuidado familiar para adultos.
- 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 (TBI) (grupal e individual).
- Capacitación de participantes/cuidadores.
- Servicios de tareas domésticas.
- Terapia cognitiva (grupal e individual).
- Servicios residenciales comunitarios.
- Servicios de transición en la comunidad.
- Atención de apoyo en el hogar.
- Entrega de comidas a domicilio.
- Dispositivo dispensador de medicamentos.
- Transporte no médico.
- Servicios en centros de atención de enfermería (cuidado asistencial).
- Terapia ocupacional (grupal e individual).
- Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias.
- Fisioterapia (grupal e individual).
- Atención de enfermería privada (para personas mayores de 21 años).
- Modificaciones de la residencia.
- Atención de relevo.
- Atención social diurna para adultos.
- Terapia del habla, del lenguaje y auditiva (grupal e individual).
- Programa diurno estructurado.
- Servicios diurnos asistidos.
- Modificaciones de los vehículos.

Servicios cubiertos y limitaciones de los MLTSS

Beneficio	Descripción	Limitaciones
Cuidado familiar para adultos (AFC)	El cuidado familiar para adultos (AFC) permite que hasta tres personas no emparentadas vivan en la comunidad en la residencia principal de un cuidador capacitado que le brinda apoyo y servicios de salud al residente.	Los miembros que reciben AFC no reciben servicios de asistentes de atención personal, servicio de tareas domésticas, entrega de comidas a domicilio, atención de apoyo en el hogar, capacitación de participantes/ cuidadores, servicio de vida asistida ni el programa de vida asistida.
Servicios de vida asistida: residencia de vida asistida	Residencia de vida asistida (ALR) significa un centro autorizado por el Departamento de Salud para proporcionar alojamiento del estilo de departamento y comedor grupal y para garantizar que los servicios de vida asistida estén disponibles cuando sean necesarios, para cuatro o más personas adultas que no estén relacionadas con el dueño del centro.	Las personas que opten por recibir servicios de vida asistida en un ALR u hogar de atención personal integral (CPCH) NO reciben: servicios de asistentes de atención personal (PCA), servicios de salud diurnos para adultos (ADHS), cuidado familiar para adultos, programa de vida asistida, adaptaciones para accesibilidad al entorno, servicios de tareas domésticas, servicios personales de respuesta ante emergencias, entrega de comidas a domicilio, capacitación de participantes/cuidadores, servicios de salud diurnos para adultos, atención social diurna para adultos, servicio de asistente, atención de apoyo en el hogar o relevo, ya que duplicarían los servicios que son parte e inherentes de la prestación de servicios de vida asistida.

Beneficio	Descripción	Limitaciones
<p>Servicios de vida asistida: hogar de atención personal integral</p>	<p>Hogar de atención personal integral (CPCH) significa un centro autorizado por el Departamento de Salud para proporcionar habitación y comida y para garantizar que los servicios de vida asistida estén disponibles cuando sean necesarios, para cuatro o más personas adultas que no estén relacionadas con el dueño del centro.</p>	<p>Las personas que opten por recibir servicios de vida asistida en un ALR u hogar de atención personal integral (CPCH) NO reciben: servicios de asistentes de atención personal (PCA), servicios de salud diurnos para adultos (ADHS), cuidado familiar para adultos, programa de vida asistida, adaptaciones para accesibilidad al entorno, servicios de tareas domésticas, servicios personales de respuesta ante emergencias, entrega de comidas a domicilio, capacitación de participantes/cuidadores, servicios de salud diurnos para adultos, atención social diurna para adultos, servicio de asistente, atención de apoyo en el hogar o relevo, ya que duplicarían los servicios que son parte e inherentes de la prestación de servicios de vida asistida.</p>
<p>Programa de vida asistida</p>	<p>El programa de vida asistida hace referencia a los servicios de vida asistida que se brindan a los inquilinos/residentes de ciertos edificios de viviendas subsidiados públicamente. Los programas de vida asistida (ALP) se encuentran disponibles en algunos edificios de viviendas subsidiadas para personas de la tercera edad. Las personas que reciben los servicios de un ALP residen en sus propios departamentos independientes.</p>	<p>Los miembros que forman parte del ALP no reciben servicios de asistentes de atención personal (PCA), servicio de tareas domésticas, atención de apoyo en el hogar, capacitación de participantes/cuidadores, servicio de vida asistida ni el servicio de cuidado familiar para adultos.</p>

Beneficio	Descripción	Limitaciones
Administración conductual en casos de lesión cerebral traumática (TBI) (grupal e individual)	Un programa diario que proporciona y supervisa un psicólogo con licencia o un psiquiatra elegible/certificado por la junta, con auxiliares médicos de salud conductual capacitados, diseñado para destinatarios del servicio que exhiben conductas agresivas o inadaptadas graves potencialmente perjudiciales para sí mismos o para los demás.	El ingreso a este servicio depende de los criterios de necesidad médica. La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática (TBI) o adquirida no degenerativa, o debe ser un exparticipante de una exención por TBI en transición a MLTSS.
Capacitación de participantes/cuidadores	Instrucción brindada a un cliente o cuidador en un contexto individualizado o grupal para enseñar diversas habilidades necesarias para una vida independiente, incluidas, entre otras, las capacidades de afrontamiento para ayudar a la persona a manejar la discapacidad; las capacidades de afrontamiento para que el cuidador pueda encargarse de dar apoyo a una persona con necesidades de atención a largo plazo; las habilidades para tratar con proveedores de atención y asistentes.	La capacitación de participantes/cuidadores no se encuentra disponible para participantes que optaron por recibir servicios de vida asistida, programas de vida asistida o cuidado familiar para adultos.
Servicios de tareas domésticas	Servicios necesarios para mantener la limpieza, la sanidad y la seguridad del hogar.	Los servicios de tareas domésticas no están disponibles para las personas que opten por recibir servicios de vida asistida, programas de vida asistida o cuidado familiar para adultos.

Beneficio	Descripción	Limitaciones
Terapia cognitiva (grupal e individual)	Intervenciones terapéuticas para el mantenimiento y la prevención del deterioro que incluyen reeducación directa, uso de estrategias de compensación y uso de prótesis y dispositivos ortésicos para terapia cognitiva.	El miembro debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática (TBI) o adquirida no degenerativa, o debe ser un exparticipante de una exención por TBI para quien se considere necesaria la terapia cognitiva y que se encuentre en transición a MLTSS.
Servicios residenciales comunitarios (CRS)	Los CRS son un paquete de servicios que se proporcionan a un miembro que vive en la comunidad, en una residencia de propiedad, alquilada o supervisada por un proveedor de CRS. Los servicios incluyen atención personal, servicios de acompañantes, servicios de tareas domésticas, transporte, supervisión nocturna y actividades recreativas. Los CRS se brindan en el hogar del miembro.	El participante debe tener un diagnóstico de TBI y debe cumplir con el nivel de atención de centro de atención de enfermería de MLTSS.
Servicios de transición en la comunidad	Servicios prestados a un miembro que pueden ayudar en la transición de entornos institucionales a su propio hogar en la comunidad mediante la cobertura de gastos de transición no recurrentes y por única vez.	El servicio se basa en la necesidad identificada, tal como se indica en el plan de atención, y tiene un límite de \$5,000 una vez de por vida.
Atención de apoyo en el hogar (HBSC)	Los servicios de HBSC están diseñados para ayudar a los miembros que reciben MLTSS con sus necesidades de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Entre otros, se incluyen servicios como los siguientes: preparación de comidas, compra de comestibles, administración del dinero, labores domésticas livianas, lavado de ropa.	La HBSC no está disponible para aquellas personas que optaron por recibir servicios de vida asistida (ALR, CPCH, ALP).

Beneficio	Descripción	Limitaciones
Entrega de comidas a domicilio	Entrega de comidas nutricionalmente equilibradas en el hogar del participante cuando este suministro de comidas es más asequible que contratar a un proveedor de atención personal para que prepare la comida.	La entrega de comidas a domicilio se ofrece a los miembros que viven en residencias sin licencia solo cuando el miembro no puede preparar la comida, no puede salir del hogar de forma independiente y no hay ningún otro cuidador, pago o no pago, que se encargue de preparar la comida. No se proporcionará más de una comida por día a través del beneficio de MLTSS.
Dispositivo dispensador de medicamentos	Puede incluir un dispositivo electrónico dispensador de medicamentos que permita que se dispense una cantidad determinada de medicamentos según la dosis indicada.	Se debe cumplir con el criterio de necesidad médica. El dispositivo dispensador de medicamentos es para personas que viven solas o que están solas durante períodos prolongados, de acuerdo con el plan de atención. Podría tratarse de personas que no tienen un cuidador regular durante períodos prolongados o que podrían requerir supervisión extensiva de rutina.
Transporte no médico	Transporte para acceder a los servicios y las actividades de la comunidad	
Servicios en centros de atención de enfermería (cuidado asistencial)	El servicio se ofrece a aquellas personas que se encuentran en un centro de atención de enfermería y que requieren servicios que abordan las necesidades médicas, alimenticias, psicosociales y de enfermería fundamentales para lograr y mantener el mejor estado físico, mental, emocional y funcional del miembro.	La persona debe cumplir con el nivel de atención de centro de atención de enfermería según determine o autorice el Departamento de Servicios Sociales de Nueva Jersey, la Oficina de Opciones Comunitarias o sus representantes.

Beneficio	Descripción	Limitaciones
Fisioterapia (grupal e individual)	Los servicios de fisioterapia de MLTSS tienen el fin de, gradualmente (cambios mínimos imprevisibles durante períodos más extensos), desarrollar o mejorar las capacidades, o prevenir la pérdida de un progreso antes logrado que corre riesgo de ser perdido como consecuencia de una lesión cerebral traumática o adquirida (TBI/ABI) no degenerativa.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser exparticipante de una exención por TBI para quien se considere necesaria la fisioterapia y que se encuentre en transición a MLTSS.
Terapia ocupacional (grupal e individual)	Los servicios de terapia ocupacional de 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.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser exparticipante de una exención por TBI para quien se considere necesaria la terapia ocupacional y que se encuentre en transición a MLTSS.
Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS): instalación y control	El PERS es un dispositivo electrónico que permite garantizar la ayuda a miembros con alto riesgo de institucionalización en casos de emergencia.	Se debe cumplir con el criterio de necesidad médica. El PERS es para personas que viven solas o que están solas durante períodos prolongados, de acuerdo con el plan de atención.

Beneficio	Descripción	Limitaciones
Atención de enfermería privada	Los servicios de atención de enfermería privada se brindan únicamente en la comunidad (el hogar u otro entorno comunitario del miembro) y no en entornos de centro de atención de enfermería o para pacientes internados en hospitales. Los miembros que cumplen con un nivel de atención de centro de atención de enfermería son elegibles para recibir este servicio.	Se debe cumplir con el criterio de necesidad médica y se debe obtener aprobación previa.
Modificaciones de la residencia	Modificaciones realizadas en la residencia principal privada de un miembro a fin de garantizar su salud, bienestar y seguridad.	Los participantes que viven en residencias autorizadas (ALR, CPCH, ALP y hogares de alojamiento clases B y C) no son elegibles para modificaciones de la residencia. Las modificaciones de la residencia tienen un límite de \$5,000 por año calendario y de \$10,000 de por vida.
Cuidados paliativos: por día y por hora	Servicios para miembros que no pueden cuidar de sí mismos que se brindan a corto plazo debido a la ausencia de un cuidador informal no pago (aquellas personas que normalmente brindan cuidados no remunerados) o la necesidad de ayudar a dicho cuidador del participante.	Los servicios de cuidados paliativos no se brindan a miembros que tienen cuidadores que reciben un pago. Los cuidados paliativos tienen un límite de hasta 30 días por año calendario.
Atención social diurna para adultos (SADC)	La SADC es un programa estructurado basado en la comunidad que brinda entornos de asistencia social, de salud y otros entornos relacionados para adultos con problemas funcionales.	La necesidad se debe identificar en el plan de atención del miembro. La SADC no está disponible para aquellos miembros que residen en centros de vida asistida.

Beneficio	Descripción	Limitaciones
Terapia del habla, del lenguaje y auditiva (grupal e individual)	Los servicios de terapia del habla, del lenguaje y de la audición de MLTSS tienen el fin de, gradualmente (cambios mínimos imprevisibles durante períodos más extensos), desarrollar o mejorar las capacidades, o prevenir la pérdida de un progreso antes logrado que corre riesgo de ser perdido como consecuencia de una lesión cerebral traumática o adquirida (TBI/ABI) no degenerativa.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser exparticipante de una exención por TBI para quien se considere necesaria la terapia del habla, del lenguaje y de la audición y que se encuentre en transición a MLTSS.
Programa diurno estructurado	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 donde vive el miembro.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser un exparticipante de una exención por TBI y que se encuentre en transición a MLTSS.
Servicios diurnos asistidos	Un programa de actividades individuales orientado al desarrollo de patrones de actividades productivas.	La persona debe tener un diagnóstico de lesión cerebral traumática o adquirida no degenerativa, o debe ser un exparticipante de una exención por TBI y que se encuentre en transición a MLTSS.
Modificaciones de los vehículos	Este servicio incluye la modificación necesaria de un vehículo del miembro o la familia, según se define en un plan de atención aprobado.	El mantenimiento de los sistemas de vehículos normales no se permite como parte de este servicio, ni tampoco se permite la compra de un vehículo.

Representante de miembros de MLTSS

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

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

Puede comunicarse con el representante de miembros de MLTSS llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711**. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Atención fuera del horario de atención

Si se enferma después de que cierra 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. El PCP le devolverá la llamada para decirle qué hacer. Asegúrese de que su teléfono acepte llamadas bloqueadas. 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.

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.

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 hasta 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 administrador de atención si tiene preguntas con respecto al costo compartido o la responsabilidad de pago del paciente.

Servicios de salud conductual

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 Family Care 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.

Los miembros de 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 para 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 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 de la página 32. Para buscar un proveedor de servicios de salud conductual, consulte el directorio de proveedores. Se encuentra en el sitio aetnabetterhealth.com/nj. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711**. Lo 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. Puede llamarnos durante las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener ayuda. Llame al **1-855-232-3596**, TTY **711** y elija la opción 9. Lo comunicaremos con un médico clínico que lo ayudará.

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 revertir la esterilización y servicios de consultorio relacionados (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 y de viaje, suministros para llevar al hogar y otros costos similares.
- Cuidados paliativos (los miembros de NJ FamilyCare A que reúnen los requisitos para los servicios de MLTSS pueden recibir cuidados paliativos como parte del paquete de servicios de los MLTSS).
- Servicios que involucren el uso de equipos en centros, cuando las leyes de Nueva 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 (de conformidad con los Estatutos Anotados de Nueva Jersey 52:34-13.2 y el artículo 6505 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo de 2010, que enmienda el artículo 1902(a) de la Ley del Seguro Social).
- Servicios o productos proporcionados para 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 que el miembro reclame o reciba los beneficios y de que un tercero reciba un resarcimiento por los daños resultantes.
- Todo beneficio que esté cubierto o que sea pagadero en virtud de una póliza de seguro de salud, seguro contra accidentes u otro tipo de póliza de seguro.
- Todo servicio o producto proporcionado que el proveedor normalmente brinde 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 Nueva 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 para 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 creará 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 el sitio web 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.

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/nj. 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 todos los medicamentos que toma o que le hayan indicado otros proveedores. También debe informarles los medicamentos sin receta que tome o los tratamientos a base de hierbas que reciba, 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.

Medicamentos con receta 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, por Internet 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora estándar del este). 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 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 **www.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 el sitio **www.caremark.com**, asegúrese de tener a mano su 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 solicitar uno 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 identificación de miembro del Plan.
 - Su dirección de correo postal completa, incluido el código postal.
 - El nombre, apellido y número de teléfono de su proveedor que le recetó el medicamento.
 - Una lista de las alergias u 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** o búsquela en línea en **aetnabetterhealth.com/nj**.

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 para 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.

Si se lo incluye en el Programa de bloqueo de farmacia, recibirá una carta donde se le informará al respecto. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de asignarlo solamente a una farmacia, puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Luego de realizar la llamada telefónica, debe presentarnos su apelación por escrito. También tendrá el derecho de solicitar una decisión rápida. Una decisión rápida se denomina apelación acelerada. Si su solicitud cumple con los requisitos de apelación acelerada y la realiza telefónicamente, no es necesario que realice un seguimiento por escrito. El Plan debe recibir las apelaciones por escrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta. Consulte la página 74 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
A la atención de: Grievance and Appeals Dept.
3 Independence Way, Suite 400
Princeton, NJ 08540-6626
Teléfono: **1-855-232-3596**
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. Aetna Better Health of New Jersey ofrece beneficios dentales integrales para ayudarles a usted y a su familia a mantener una buena salud bucal. Sus beneficios cubiertos incluyen dos consultas preventivas por año. Nuestros beneficios integrales incluyen la mayoría de los otros procedimientos. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. No necesita una remisión para consultar con un proveedor dental de la red, incluidos los especialistas dentales. Se cubren servicios dentales adicionales para niños y adultos con necesidades especiales. Asegúrese de completar todos los tratamientos recomendados.

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 el dentista que lo trata realice un cambio en el plan de tratamiento. Esta autorización previa se respetará mientras esté activa, o durante un período de seis meses, lo que sea más extenso. Si la autorización previa se ha vencido, se requerirá una nueva solicitud de autorización previa.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales y de ortodoncia cubiertos, consulte la tabla de servicios cubiertos en la página 32.

Una apelación por Administración de uso (UM) es una manera en la que usted puede pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones con respecto a los servicios médicamente necesarios y con respecto a cualquier servicio dental que se haya denegado. Para obtener más información, consulte la página 76.

Programa de centro dental de Aetna Better Health of New Jersey

Aetna Better Health ahora tiene un programa para asegurar que cada niño de entre 0 y 20 años tenga un dentista de atención primaria (PCD) y un centro dental. Un centro dental es el consultorio donde su hijo recibirá atención médica dental y bucal. El centro dental de su hijo brindará la atención de una manera completa y centrada en la familia. El programa de centro dental es voluntario. Si no desea involucrarse, puede pedirnos que saquemos a su hijo del programa. Que saquemos a su hijo de este programa no evitará que su hijo consulte a un dentista.

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

Logre que su hijo tenga una buena salud bucal y llévelo al dentista. Los niños deberían consultar al dentista para realizarse exámenes bucales y recibir atención preventiva al aparecer 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 una limpieza dental, tratamiento con flúor y todas las radiografías que sean necesarias. También cubrimos cualquier otro procedimiento dental que necesite su hijo. Se cubren servicios dentales adicionales para niños con necesidades especiales. No necesita una remisión para consultar a un dentista. Si se necesita una atención dental especializada, también la cubrimos.

Para obtener una lista de los proveedores de NJ Smiles (para niños de 0 a 20 años de edad), puede buscar con la herramienta de búsqueda de proveedores en línea disponible en nuestra página de Beneficios dentales, www.aetnabetterhealth.com/newjersey/members/benefits/dental.

Aetna Better Health of New Jersey trabaja junto con DentaQuest para brindar atención dental a los miembros. Usted recibirá la atención médica dental y de salud bucal de un dentista de DentaQuest. No necesita una remisión para consultar a un dentista de la red de proveedores de DentaQuest. Llame a DentaQuest al **1-855-225-1727**, TTY **711** de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 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, como limpiezas, empastes, tratamientos de conducto y dentaduras postizas. La atención médica, con frecuencia, incluye servicios que no están relacionados directamente con 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. Para encontrar un proveedor dental, consulte el directorio de proveedores en línea en el sitio web aetnabetterhealth.com/nj. Para pedir ayuda también puede llamarnos al **1-855-232-3596**, TTY **711**.

Cuando acuda a sus citas, muestre todas sus identificaciones de miembro del Plan. Si necesita ayuda para encontrar un dentista, llame a DentaQuest al **1-855-225-1727**, TTY **711**. Es posible que necesite una autorización previa para cierta atención dental especializada. Su dentista dentro de la red sabrá cómo obtener una autorización previa.

Emergencias dentales

Si necesita atención dental de emergencia, llame a su dentista. También puede llamar a DentaQuest al **1-855-225-1727**. Puede consultar con un dentista fuera de la red del Plan para obtener atención dental de emergencia. Si se encuentra fuera de la ciudad y necesita atención dental de emergencia, puede acudir a cualquier dentista para recibir atención, o bien puede llamar a DentaQuest al **1-855-225-1727** para que lo ayuden a encontrar un dentista. No necesita una remisión ni la aprobación previa del Plan para recibir atención dental de emergencia.

Las emergencias dentales incluyen lo siguiente:

- Rotura de un diente natural.
- Caída de un diente permanente.
- Dolor muy agudo en las encías alrededor de un diente y fiebre.
- Inflamación o infección bucal o facial.
- Inflamación facial aguda prolongada.

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 la vista, consulte el directorio de proveedores en línea en el sitio web aetnabetterhealth.com/nj. Para pedir ayuda también puede llamarnos al **1-855-232-3596**, TTY **711**.

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.

Muestre sus identificaciones de miembro 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 identificaciones de miembro 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.

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 durante el embarazo

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, obstetra o ginecólogo para su atención durante el embarazo (prenatal).
- Inscripción en programas especiales para mujeres embarazadas, como clases de parto.
- Obtención de alimentos saludables a través del programa de nutrición Mujeres, bebés y niños (WIC).

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, obstetra o ginecólogo le brindarán ayuda con lo siguiente:

- Servicios y atención regular durante el embarazo.
- Clases especiales para futuras mamás, como clases de parto o de crianza.
- Lo que debe esperar durante su embarazo.
- Información sobre una buena alimentación, ejercicios y otros consejos útiles.
- Servicios de planificación familiar, incluidas píldoras anticonceptivas, preservativos y ligadura de trompas para después del nacimiento.

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 parto pueden ayudarla con el embarazo y el parto. Estas clases 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 dañar el feto. Hable con su proveedor para ver si estuvo expuesta al plomo.
- Es importante que no fume, beba alcohol ni consuma drogas ilegales porque pueden hacerle daño a usted y al bebé.

Después de que nace su bebé

Debe consultar a su PCP u obstetra/ginecólogo dentro de las 3 a 8 semanas después del nacimiento de su bebé. Se someterá a un chequeo de bienestar de la mujer para asegurar su buen estado de salud. Su PCP también le hablará sobre planificación familiar.

Programa de nutrición Mujeres, bebés y niños (WIC)

Estos son algunos de los servicios que el programa de nutrición Mujeres, bebés y niños (WIC) le brinda sin costo para usted:

- 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, también 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. Cuando nazca su bebé, deberá inscribirlo en Medicaid llamando a la agencia de bienestar del condado o al Centro de asistencia médica al cliente (MACC). Los miembros de NJ FamilyCare deben llamar al programa NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** o, los usuarios de TTY, al **1-800-701-0720**.

Si tiene alguna pregunta o si 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 son importantes.

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.

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, incluido el 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.
- Análisis de laboratorio.
- Pruebas de progreso en el desarrollo.
- Inmunizaciones acordes con la edad, los antecedentes médicos y el cronograma establecido por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización Infantil.
- Educación sobre salud y asesoramiento en atención médica.
- Remisiones para otros diagnósticos y tratamientos o atención de seguimiento.
- Prueba de detección de envenenamiento por plomo.
- 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.
- Atención de enfermería privada cuando los exámenes de 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.

Controles regulares

A los niños se les deben 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 a fin de que su hijo pueda recibir la atención que necesita para prevenir una enfermedad grave y mantenerse saludable.

Recuerde: Todos los niños deben estar al día con las vacunas antes de empezar la escuela.

Cronograma de control						
Infancia	Menos de 6 semanas	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses
Primera infancia	15 meses	18 meses	2 años			
Primera infancia y adolescencia	Anualmente, entre los 3 y los 20 años					

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 su sitio web en www.cdc.gov/vaccines/schedules/easy-to-read/index.html.

Edad	Inmunización
Nacimiento	HepB (hepatitis B)
De 1 a 2 meses	HepB
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • RV (Rotavirus) • IPV (polio) • PCV (antineumocócica) • DTaP (difteria, tétano, tos ferina) • Hib (haemophilus influenza tipo B)
4 meses	RV, DTaP, IPV, Hib, PCV
6 meses	RV, DTaP, Hib, PCV
De 6 a 18 meses	HepB, IPV, DTaP, Hib, gripe (todos los años)
De 12 a 15 meses	Hib, MMR (sarampión, paperas, rubéola), PCV, varicela, DTaP
De 12 a 23 meses	HepA (hepatitis A)
De 15 a 18 meses	DTaP, HepB

Edad	Inmunización
De 4 a 6 años	MMR, DTaP, IPV, varicela
De 11 a 12 años	Tdap (tétano, difteria, tos ferina), HPV (virus del papiloma humano), MCV4 (antimeningocócica conjugada) Si su hijo/a debe colocarse vacunas atrasadas, es posible que necesite las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • MMR • Varicela • HepB • IPV
De 13 a 18 años	Si su hijo/a debe colocarse vacunas atrasadas, es posible que necesite las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Tdap • HPV • MCV4
16 años	Refuerzo
Todos los años desde los 6 meses de edad	Gripe

Administración de la atención

Algunos miembros tienen necesidades especiales de atención médica y afecciones médicas. Nuestra unidad de administración de la atención lo ayudará a recibir los servicios y la atención que necesita. Puede ayudarlo a obtener más información sobre su afección. Trabjará 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 después del horario de atención en situaciones de crisis para los inscritos que tengan necesidades especiales.
- 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.

Nos comunicamos con todos los miembros del Plan poco tiempo después de su inscripción. Cuando hablamos con usted, completamos un examen médico inicial (IHS). El IHS nos permite comprender

mejor sus necesidades de atención médica. También obtenemos información sobre su atención médica anterior. 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). Intentaremos comunicarnos con usted en un plazo de 45 días desde la inscripción para completar el IHS.

Una vez completada la CNA, se elaborará un plan de atención médica individual (IHCP) para cubrir sus necesidades específicas de atención médica. 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.

Los niños 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 usted 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, consulte a 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**.

Administración de la atención de MLTSS

A los miembros de Aetna Better Health of New Jersey que sean elegibles para MLTSS se les asigna un administrador de atención. Usted recibirá servicios de administración de la atención mientras permanezca en el programa de MLTSS. Su administrador de atención de MLTSS trabajará con usted, su representante o tutor (si corresponde) y su proveedor para ayudarlo a decidir qué servicios cubrirán mejor sus necesidades.

Su administrador de atención de MLTSS está disponible para ayudarlo a comprender el proceso de reevaluación y hablará con usted al respecto en cada llamada o visita.

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. Con gusto nos reuniremos con usted para analizar su decisión y lo ayudaremos con el proceso.

Su administrador de atención de MLTSS le proporcionará el formulario de retiro voluntario y, después de completar el formulario, 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. La Oficina de Opciones Comunitarias (Office of Community Choice Options, OCCO) se comunicará con usted si solicita retirarse del programa de MLTSS para garantizar que usted comprenda el proceso de retiro. La OCCO también se contactará con usted para hablar sobre la pérdida de Medicaid después de retirarse del programa de MLTSS si se considera que 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, como, 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. 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.

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, las siguientes:

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

Llámenos al **1-855-232-3596**, TTY **711** a fin de 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. Para obtener información sobre estos programas, consulte 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:

- Estudiar el propósito de cada tratamiento nuevo.
- Revisar los estudios e informes médicos.
- Determinar el impacto de un tratamiento nuevo.
- Desarrollar pautas sobre cómo y cuándo usar el tratamiento nuevo.

Consejos de salud

Cómo mantenerse saludable

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

Pautas para una buena salud

A continuación, se indican algunas maneras de mantenerse saludable:

- 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 aetnabetterhealth.com/nj.

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

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

Es posible que se 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**. 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 deban pagar parte del costo. 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 para las afecciones o enfermedades crónicas que tenga.
- Apoyo cuando más lo necesite, como después de internaciones en hospitales o cuando esté 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 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 a fin de ofrecerle toda la información para que brinde 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.

Queremos recibir noticias suyas

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

Contamos con un grupo formado por personas como usted, que son nuestros miembros y sus cuidadores. Este grupo se denomina Comité Asesor de Miembros de MLTSS (MLTSS MAC). Durante el año, el grupo se reúne 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. Si desea recibir más información acerca del MLTSS MAC, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711**.

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 la 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 médicos de atención primaria o cualquier otro proveedor de nuestra red, llámenos al **1-855-232-3596**, TTY **711** o bien escriba a esta dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
A la atención de: Grievance and Appeals Dept.
3 Independence Way, Suite 400
Princeton, NJ 08540-6626

Las leyes del estado de Nueva Jersey, en los Estatutos Anotados de Nueva Jersey 45:9-22.4 y siguientes, 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 Nueva 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, infórmese al Plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-232-3596**, TTY **711**. Además, puede llamar a su asistente social estatal a la Oficina de Bienestar del condado o al coordinador de beneficios de salud al **1-800-701-0710**, TTY **1-800-701-0720** para informarles sobre el cambio.

Qué debe hacer cuando tiene NJ FamilyCare y otro seguro de salud

Infórmenos si tiene otro seguro. Puede tener otro seguro a través de Medicare, su empleo o el empleo de un familiar. Trabajaremos con las otras compañías de seguro médico para cubrir sus gastos. Dado 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.

Remisiones con otros seguros

Su PCP puede remitirlo a otro proveedor. Para obtener más información sobre las remisiones cuando tiene otro seguro, visite www.state.nj.us/dobi/division_insurance/managedcare/index.htm.

- Si su otro seguro cubre el servicio, no es necesario que se comunique con nosotros para solicitar una autorización previa.
- Si su otro seguro NO cubre el servicio, el proveedor debe comunicarse con nosotros para solicitar una autorización previa. Consulte la página 20 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 le permitirá asegurarse de que no se le facturarán los servicios cubiertos por Medicaid. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711**. www.nj.gov/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf.

Esta tabla lo ayudará a administrar sus beneficios

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

Cuando tiene tanto Medicare como Medicaid

Si el servicio es	Entonces	Recomendación del proveedor
Un beneficio aprobado cubierto por Medicare (ejemplos: servicios hospitalarios para pacientes externos, atención primaria, especialistas, análisis de laboratorio, radiología)	Medicare es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Use un proveedor de Medicare que no necesite estar en la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Atención para pacientes internados	Medicare es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Use un hospital que esté afiliado a Medicare. De ser posible, use un hospital que también se incluya en la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Atención de emergencia recibida en el departamento de emergencias de un hospital	Medicare es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Vaya al hospital más cercano.
Un servicio médicamente necesario que no cubre Medicare, pero que sí cubre su plan de salud de Medicaid (ejemplos: servicios dentales, audífonos, servicios de asistentes de atención personal, servicios médicos de atención diurna, suministros para la incontinencia, servicios de planificación familiar).	El plan de salud de Medicaid es el único pagador.	Use un proveedor de la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Brindado por un proveedor que decidió no participar de Medicare para los miembros de las Partes A y B de Medicare ¹ y que no forma parte de la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid. Consulte la nota al pie en la página 71.	El miembro es responsable del pago, si está correctamente informado y firmó un contrato privado. ² Consulte la nota al pie en la página 71.	Para evitar tener que pagar facturas médicas, asegúrese de usar proveedores que participen de Medicare.

Si el servicio es	Entonces	Recomendación del proveedor
Prestado a un miembro de un plan de salud Medicare Advantage ³ por un proveedor fuera de la red no aprobado y no cubierto.	El miembro es responsable del pago.	Para evitar tener que pagar facturas médicas, asegúrese de usar proveedores que formen parte de la red de proveedores del plan de salud Medicare Advantage.
Un medicamento con receta cubierto por la Parte D de Medicare	Medicare es el pagador principal. El miembro debe pagar un pequeño copago para medicamentos con receta, si corresponde.	Use una farmacia que participe de Medicare para recibir los medicamentos con receta.
Un medicamento con receta no cubierto por la Parte D de Medicare o sin cobertura para medicamentos acreditable ⁴ .	El miembro es responsable del pago ⁵ . Se aplican algunas excepciones. Consulte la nota al pie en la página 71.	N/C
Para atención en centros de atención de enfermería, incluidos los entornos de rehabilitación a corto plazo para pacientes internados	Medicare y Medicaid cubren algunos días en un centro de atención de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con SHIP al 1-800-792-8820 (TTY 711) , con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) o con el Departamento de Servicios para Miembros de su plan de salud de Medicaid.	Comuníquese con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-792-8820 (TTY 711) , con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) o con el Departamento de Servicios para Miembros de su plan de salud de Medicaid para obtener asesoramiento.

¹ Un proveedor que decidió no participar en Medicare es aquel que no acepta beneficiarios de Medicare para ningún servicio.

² Por lo general, cuando un servicio es prestado por un proveedor que decidió no participar en Medicare y no forma parte de la red de su plan de salud de Medicaid, el servicio no tendrá la cobertura de Medicare ni de su plan de salud de Medicaid.

³ Medicare Advantage es un plan de salud de Medicare que incluye beneficios cubiertos por las Partes A y B de Medicare, y que puede incluir la Parte D de Medicare y beneficios adicionales.

⁴ La cobertura para medicamentos acreditable es la cobertura del plan de un sindicato o empleador en lugar de la Parte D de Medicare.

⁵ Excepciones: las benzodiazepinas, los barbitúricos, los medicamentos para dejar de fumar y ciertas vitaminas no están cubiertos por la Parte D de Medicare, pero sí están cubiertos por su plan de salud de Medicaid. No se aplican copagos.

Cuando tiene otro seguro de salud y Medicaid

Si el servicio es	Entonces	Recomendación del proveedor
Un beneficio aprobado y cubierto por el otro seguro de salud, incluidas las remisiones del PCP de su otro seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario. No se requiere una remisión del plan de salud de Medicaid.	Use un proveedor de la red de proveedores de su otro seguro de salud. En la identificación de miembro de su plan de salud de Medicaid figurará un PCP del plan de salud de Medicaid. Aún debe usar el PCP de su otro seguro de salud para todos los servicios cubiertos por su otro seguro de salud, independientemente del PCP del plan de salud de Medicaid que figura en su identificación de miembro del plan de salud de Medicaid.
Un servicio médicamente necesario que puede no estar cubierto por el otro seguro de salud, pero sí está cubierto por su plan de salud de Medicaid (ejemplos: suministros para la incontinencia, servicios de asistentes de atención personal, servicios médicos de atención diurna, servicios de planificación familiar)	El plan de salud de Medicaid es el pagador principal.	Use un proveedor de la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Prestado por un proveedor que no forma parte de la red de proveedores de su otro seguro de salud ni la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid y que no recibió la autorización de su otro seguro de salud	El miembro es responsable del pago.	Para evitar tener que pagar facturas médicas, asegúrese de usar proveedores que formen parte de la red de proveedores de su otro seguro de salud.

Si el servicio es	Entonces	Recomendación del proveedor
Un medicamento con receta cubierto por su otro seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal. El plan de salud de Medicaid es el pagador secundario y cubre el copago del medicamento.	Use una farmacia participante del otro seguro de salud para recibir los medicamentos con receta.
Un medicamento con receta que no cubre su otro seguro de salud, pero que sí cubre su plan de salud de Medicaid	El plan de salud de Medicaid es el único pagador.	Use una farmacia de la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Un medicamento con receta que no cubre su otro seguro de salud ni su plan de salud de Medicaid.	El miembro es responsable del pago.	N/C
Una hospitalización en algún hospital de un proveedor del otro seguro de salud	El otro seguro de salud es el pagador principal. El plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Use un hospital que se encuentre en la red de proveedores de su otro seguro de salud. De ser posible, use un hospital que también se incluya en la red de proveedores de su plan de salud de Medicaid.
Atención de emergencia recibida en el departamento de emergencias de un hospital	El otro seguro de salud es el pagador principal y el plan de salud de Medicaid es el pagador secundario.	Vaya al hospital más cercano.
Para atención en centros de atención de enfermería	Tanto el otro seguro de salud como su plan de salud de Medicaid pueden cubrir la atención en centros de atención de enfermería. Para obtener más información sobre los pagos, comuníquese con el representante de servicio de su otro seguro de salud o con el Departamento de Servicios para Miembros de su plan de salud de Medicaid.	Use un centro que se encuentre en las redes de proveedores de su otro seguro de salud y su plan de salud de Medicaid.

Quejas y apelaciones

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

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

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

Este proceso para presentar una queja o una apelación para todos los servicios se describe a continuación.

Queja

Las quejas tienen lugar cuando usted nos informa que no está satisfecho con nosotros o con su proveedor.

Algunos de los motivos por los que puede realizar reclamos son los siguientes:

- No está satisfecho con la atención que recibe.
- No recibió servicios aprobados por el Plan.
- Su proveedor o un miembro del personal del plan no respetaron sus derechos.
- Tiene problemas para concertar una cita con su proveedor en un tiempo razonable.
- Fue maltratado por su proveedor o un miembro del personal del plan.

Su proveedor o un miembro del personal del plan fueron poco sensibles con sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pudiera tener.

Si tiene una queja acerca de un proveedor o de la calidad de la atención o los servicios que ha recibido, debe informarnos de inmediato. Tenemos procedimientos especiales para ayudar a los miembros que presentan quejas. Haremos nuestro mejor esfuerzo para responder sus preguntas y ayudarlo a resolver su problema. Presentar una queja no afectará sus servicios de atención médica ni la cobertura de sus beneficios.

Si su queja es sobre un problema médico, la revisará nuestro personal clínico. Cualquier asunto que sugiera un problema en la calidad de atención puede referirse al Departamento de Calidad para su revisión.

Cómo interponer una queja

Puede presentar una queja por teléfono o por escrito en cualquier momento.

Llámenos a este número: 1-855-232-3596, TTY 711

Envíenos un fax: 1-844-321-9566

Escribanos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
A la atención de: Grievance and Appeals
3 Independence Way, Suite 400
Princeton, NJ 08540-6626

Cuéntenos qué sucedió

Puede escribirnos para enviarnos su queja. Cuéntenos con detalles lo que sucedió. Incluya la fecha en la que ocurrió el incidente y los nombres de las personas involucradas. Asegúrese de incluir su nombre y 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.**

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.

Apelaciones (apelaciones por Administración de uso)

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. Si denegamos su solicitud de un servicio (o su solicitud para que le paguemos un servicio), o si decidimos reducir, suspender, o cancelar un servicio actual o el curso de un tratamiento que ha estado recibiendo, puede solicitar una apelación. Puede solicitar una apelación de forma oral o por escrito. Sin embargo, si llama, debe proceder mediante el envío de una solicitud de apelación por escrito y firmada. Tiene sesenta (60) días calendario desde el Aviso de determinación adversa de beneficios para solicitar una apelación.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o producto que usted o su proveedor solicitaron, esto es una apelación y se transferirá automáticamente al proceso de apelación por administración de uso. La fecha de recepción será la misma.

Continuidad de los beneficios durante una apelación

Si está apelando nuestra decisión de reducir, suspender, o cancelar un servicio actual o un curso de tratamiento que ha estado recibiendo, aquellos servicios continuarán automáticamente durante su apelación siempre que se cumpla con las siguientes condiciones:

- Usted presenta la apelación de manera oportuna.
- La apelación supone la cancelación, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios en cuestión fueron indicados por un proveedor autorizado.
- Usted presenta su apelación antes o durante el último día del período autorizado originalmente, o dentro de diez días a partir de la carta que le notifica la decisión del plan, *lo que suceda después*.

Asigne a una persona para que lo represente en una apelación

Puede solicitar a alguien que lo represente cuando presente una apelación. Podría ser un miembro de la familia, amigo o proveedor. Debe establecerlo por escrito. Envíenos una carta para informarnos que quiere que otra persona lo represente y presente la apelación 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 medida que está apelando.

La persona que eligió podrá representarlo una vez que recibamos su carta.

Apelación interna

La Apelación interna es la primera etapa del proceso de apelación. Su apelación será revisada por un proveedor con la misma especialidad (o una similar) que la del proveedor que lo atiende. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de denegar, reducir o cancelar el servicio médico. El proveedor que revise su apelación no podrá estar a cargo del proveedor que tomó la decisión original sobre su caso.

Le informaremos nuestra decisión sobre su Apelación interna dentro de treinta (30) días calendario (a menos que su apelación haya sido por atención de urgencia o emergencia, usted esté hospitalizado, o su proveedor declare que esperar 30 días para recibir una decisión podría ser perjudicial para su salud, en cuyo caso tomaremos nuestra decisión dentro de setenta y dos (72) horas). Le enviaremos los resultados por escrito.

La carta de decisión le informará lo siguiente:

- Le explicará nuestra decisión, y el razonamiento que la respalde.
- Le informará sobre su derecho a solicitar la apelación externa de una organización de revisión independiente de uso (IURO) (si es elegible) y cómo hacerlo.
- Le informará su derecho a solicitar una Audiencia imparcial del estado y cómo hacerlo (si es elegible).

Tiene derecho a expresar quejas sobre el Plan o la atención brindada, y recomendar cambios de políticas y servicios al personal del plan, los proveedores y los representantes externos de nuestra elección, sin restricciones, interferencia, coerción, discriminación ni represalia por parte del Plan o de sus proveedores.

Cómo presentar una apelación

Puede llamarnos o escribirnos para presentar su Apelación interna. Sin embargo, si llama, debe proceder mediante el envío de una solicitud de apelación por escrito y firmada. Si usted lo solicita, lo ayudaremos con su apelación.

Llámenos a este número: 1-855-232-3596, TTY 711

Envíenos un fax: 1-844-321-9566

Escríbanos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
A la atención de: Grievance and Appeals
3 Independence Way, Suite 400
Princeton, NJ 08540-6626

Les proveeremos a todos los miembros una oportunidad razonable de presentar evidencias y testimonios y de presentar argumentos legales y fácticos, ya sea en persona o por escrito. Infórmenos tan pronto como sea posible llamando al **1-855-232-3596 (TTY: 711)** si desea presentar evidencia o testimonio en persona, para que podamos hacer los arreglos necesarios. Hay una cantidad de tiempo limitada para presentar información adicional por escrito o en persona antes de la fecha límite para la decisión de apelación.

Si solicita una apelación, le proveeremos automáticamente, y de manera gratuita, una copia de su archivo del caso, lo que incluirá todos los registros médicos u otra documentación directamente relacionada con la denegación.

Cuéntenos qué sucedió

Si nos escribe, incluya su nombre, número de identificación de miembro, la fecha de la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios, información sobre su caso y la razón por la que solicita una apelación.

Sus plazos para presentar la apelación

Usted o su representante deben presentar una Apelación interna en un plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de nuestra carta de Aviso de determinación adversa de beneficios.

Cómo solicitar una decisión acelerada (rápida)

Si usted o su proveedor sienten que el plazo usual para que se decida una apelación (hasta 30 días calendario) perjudicará su salud, puede pedirnos que tomemos una decisión acelerada (rápida). Usted o su proveedor pueden solicitar una decisión acelerada por teléfono. Aetna Better Health of New Jersey lo llamará para informarle la decisión dentro de las 72 horas y le enviará una carta con la decisión.

También podría solicitar una decisión acelerada por los siguientes motivos: situaciones que involucren atención de urgencia o de emergencia, una admisión en un hospital; disponibilidad de atención; hospitalización continuada y servicios de atención médica por los que haya recibido servicios de emergencia, pero aún no haya sido dado de alta de un hospital o de otro centro.

Si se determina que procesar su Apelación interna en el plazo usual de treinta (30) días calendario no afectará negativamente a su salud, su apelación se decidirá dentro del plazo usual. Lo llamaremos para informarle que su apelación se procesará en el plazo usual y le enviaremos una carta por escrito dentro de dos (2) días calendario.

Pasos siguientes: Apelación externa (IURO)

Si nuestra decisión con respecto a su Apelación interna no lo favorece, puede solicitar una apelación con una Organización independiente de revisión de uso (IURO); esta organización independiente no tiene conexión con nuestro plan.

Los siguientes servicios no son elegibles para recibir una apelación externa:

- Cuidado familiar para adultos.
- Programa de vida asistida.
- Servicios de vida asistida cuando la denegación no se basa en la necesidad médica.
- Capacitación de participantes/cuidadores.
- Servicios de tareas domésticas.
- Servicios de transición en la comunidad.
- Atención de apoyo en el hogar.
- Entrega de comidas a domicilio.
- PCA (Asistente para la atención personal).

- Cuidados paliativos (por día y por hora).
- Atención diurna social.
- Programa diurno estructurado.

Cómo presentar una apelación

La carta que le enviamos en donde explicamos el resultado de su apelación interna incluirá un formulario llamado **Solicitud de apelación externa**. Para solicitar una Apelación externa (IURO), debe completar todo este formulario y enviarlo a la dirección que figura a continuación:

NJ Department of Banking and Insurance
Consumer Protection Services
Office of Managed Care
P.O. Box 329
Trenton, New Jersey 08625-0329

Si la Solicitud de apelación externa no ha sido enviada con la carta de resultado adverso de su apelación, debe llamar al Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey al número gratuito (**1-888-393-1062**) para pedir una copia. También puede llamar a ese número gratuito si tiene preguntas sobre cómo presentar una apelación externa (sin embargo, tenga en cuenta que no puede solicitar una Apelación externa/IURO por teléfono).

Sus plazos para presentar la apelación

Usted o su representante tendrán que presentar la Apelación externa dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de nuestra Carta de decisión de apelación interna.

¿Qué sucede después?

La Organización de revisión independiente de uso (IURO) revisará su solicitud. La IURO le enviará una carta en la que le informarán si han aceptado su caso para una revisión o no.

Si la respuesta es afirmativa, la IURO tomará una decisión lo antes posible, antes de los cuarenta y cinco (45) días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de revisión de la IURO. Si el plazo habitual para una revisión independiente de uso perjudicará su salud, puede solicitarle a la IURO que tome una decisión acelerada. En ese caso, la IURO tomará una decisión en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas. La IURO lo llamará para informarle sobre la decisión; si no puede comunicarse con usted, le enviará una carta en la que le informará su decisión dentro de las cuarenta y ocho (48) horas.

Puede obtener más información en

www.state.nj.us/dobi/division_insurance/managedcare/index.htm.

Audiencia imparcial del estado

Solo puede solicitar una Audiencia imparcial del estado después de haber recibido una decisión sobre su Apelación interna. Debe solicitar una Audiencia imparcial del estado por escrito dentro de ciento veinte (120) días a partir de la fecha de la carta de resultado de su Apelación interna.

En la Audiencia imparcial del estado, puede autorrepresentarse o puede autorizar legalmente a alguien más para que lo represente. Debe solicitar una Audiencia imparcial del estado por escrito. Para ello, comuníquese con la DMAHS a la siguiente dirección:

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

O enviando un fax al **1-609-588-2435**.

Puede llamar al siguiente número si tiene preguntas: **1-609-588-2655**.

Si su apelación se basó en una decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio actual o el curso de un tratamiento, y ha solicitado una Audiencia imparcial del estado de Medicaid, tiene derecho a solicitar que le continúen brindando los servicios mientras su apelación está pendiente. Debe pedir, por escrito, que se continúe con los servicios:

- Dentro de diez (10) días calendario a partir de la fecha de la carta de aviso de acción después de una determinación adversa que surge de una apelación interna (si elige solicitar una Audiencia imparcial del estado inmediatamente después de su Apelación interna); o
- A más tardar el último día de la autorización previamente aprobada para los servicios en cuestión, lo que suceda después.

Si se confirma la decisión de denegación, es posible que usted deba pagar el costo de los servicios que pidió que continuaran cuando solicitó una Audiencia imparcial del estado.

Tenga en cuenta que una vez que haya completado la Apelación interna, tendrá acceso a ambas, una Apelación externa (IURO) y una Audiencia imparcial del estado. Puede hacer lo siguiente:

- Solicitar una Apelación externa (IURO), esperar hasta que se complete, y elegir buscar una Audiencia imparcial del estado si el resultado no fue favorable;
- Solicitar una Apelación externa (IURO) y una Audiencia imparcial del estado al mismo tiempo; o
- Solicitar una Audiencia imparcial del estado sin pedir la Apelación externa (IURO).

Para continuar recibiendo los beneficios mientras espera una audiencia imparcial, usted debe hacer la petición dentro de los 10 días de la carta de resultado de la apelación, o a más tardar el último día de la autorización aprobada previamente, lo que suceda más tarde.

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. También 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 Nueva Jersey si tiene sospechas de fraude, uso indebido o abuso. Para ello, llame al **1-888-937-2835**.

Cancelación de la inscripción

Esperamos que esté satisfecho con Aetna Better Health of New Jersey. Si está pensando en abandonar el plan, llámenos al **1-855-232-3596**, TTY **711** para ver si podemos ayudarlo a resolver cualquier problema que tenga. La DMAHS decidirá si puede cancelar su inscripción. Para cancelar su inscripción en el Plan, llame al coordinador de beneficios de salud (HBC) al **1-800-701-0710** (TTY: **1-800-701-0720**). 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
A la atención de: Departamento de Servicios para Miembros
3 Independence Way, Suite 400
Princeton, NJ 08540-6626

Cancelación de su inscripción en Aetna Better Health of New Jersey

Como miembro nuevo, usted podrá cancelar su inscripción en el Plan en cualquier momento durante los primeros 90 días de su inscripción. Luego de los primeros 90 días, usted estará “bloqueado” como miembro del Plan, a menos que exista una buena razón para cancelar su inscripción. La DMAHS decidirá si usted tiene una buena razón para cancelar su inscripción. El procesamiento de su solicitud de cancelación de inscripción puede tardar entre 30 y 45 días. Si desea cancelar su inscripción en el Plan, llame al Coordinador de beneficios de salud (HBC) al **1-800-701-0710** (TTY: **1-800-701-0720**). El HBC le comunicará cuándo entrará en vigencia su nuevo plan de salud. Debe seguir utilizando nuestros proveedores hasta que deje de ser miembro de nuestro plan.

Solicitudes para cancelar su inscripción

Si es miembro de NJ FamilyCare, puede cancelar su inscripción en estos 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.

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 de Nueva Jersey. Si tiene preguntas, puede llamar a su coordinador de Beneficios de salud del estado al **1-800-701-0710** (TTY/TDD **1-800-701-0720**).

Si no está satisfecho con la decisión de la DMAHS de Nueva Jersey que indica que no hay una buena razón para cancelar su inscripción, podrá solicitar una audiencia imparcial del estado.

Renovación de la cobertura

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

Miembros de NJ FamilyCare

El HBC le enviará una solicitud de renovación preimpresa a su hogar. Complétela y envíela a NJ FamilyCare. Llame al HBC al **1-800-701-0710** (TTY: **1-800-701-0720**) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda. Si no renueva la inscripción en el programa NJ FamilyCare todos los años, será dado de baja del programa y es posible que no pueda volver a inscribirse.

Miembros de Medicaid

Para evitar un período sin cobertura, deberá renovar su inscripción en NJ FamilyCare (Medicaid) antes de la fecha de finalización. Si no lo hace, podría perder tanto su cobertura de Medicaid como su cobertura de Aetna Better Health of New Jersey. Para permanecer inscrito, llame a la agencia de bienestar del condado (CWA) para asegurarse de que no se interrumpa su cobertura de salud un mes antes de su fecha de finalización. La inscripción continua significa que no hay interrupción en su cobertura de NJ FamilyCare (Medicaid) y que su inscripción en el plan de salud continuará automáticamente. Si se muda, llame a su trabajador social e infórmele su nueva dirección para recibir su solicitud de renovación.

Si usted es padre primerizo, recuerde registrar a su bebé recién nacido en la CWA local o en NJ FamilyCare. Para mantener sus beneficios sin interrupciones, renueve su inscripción en cuanto reciba el aviso de la oficina de la CWA o del programa NJ FamilyCare.

Instrucciones anticipadas

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

Recibirá atención médica incluso si no tiene instrucciones anticipadas. Usted tiene derecho a tomar sus decisiones médicas. Puede negarse a recibir atención. Las instrucciones anticipadas ayudan a los proveedores a saber qué es lo que desea cuando no puede decírselos. En 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:

- Conserve una copia de sus instrucciones anticipadas para 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.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711** para obtener ayuda. También puede ingresar a www.state.nj.us/health/advancedirective/ad/index.shtml para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas. Si la ley estatal cambia, se lo informaremos dentro de los 90 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia del cambio.

Preguntas comunes

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

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

P. ¿Cómo sabré el nombre de mi PCP?

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

P. ¿Puedo cambiar de PCP si lo necesito?

R. 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.

P. ¿Cómo sé qué servicios tienen cobertura? ¿Y cuáles no están cubiertos?

R. La lista de los servicios cubiertos comienza en la página 32. En esas páginas, también se incluyen los servicios sin cobertura. También le puede preguntar a su proveedor. Para pedir 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**.

P. ¿Qué debo hacer si recibo una factura?

R. Si recibe una factura, llame al consultorio del proveedor. Proporciónale su información al personal. Si sigue recibiendo una factura, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda al **1-855-232-3596**, TTY **711**.

P. ¿Qué hospitales puedo usar?

R. Nosotros utilizamos muchos hospitales contratados. Consulte el directorio de proveedores en línea en **aetnabetterhealth.com/nj**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596**, TTY **711** para obtener una lista actual de nuestros hospitales contratados.

P. ¿Qué es una emergencia?

R. Una emergencia ocurre 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**.

P. ¿Brindan atención de urgencia?

R. 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. Para obtener más información sobre la atención de urgencia, consulte la página 26.

P. ¿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?

R. 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

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede acceder a esta información.

Revíselo detenidamente.

A qué nos referimos cuando decimos “información de salud”

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 que recibió.
- Montos que pagó por la atención.

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Para ayudar a 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 exámenes médicos. 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, con su autorización, le daremos su información de salud al nuevo médico.

Familiares y amigos: podemos compartir su información de salud con alguien que lo ayude. Es posible que estas personas lo ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de esas personas. Si usted no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si usted 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 les 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 controlar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

Operaciones de atención médica: podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para lo siguiente:

- Promoción de la salud.
- Administración de casos.
- Mejora de la calidad.
- Prevención de fraude.
- Prevención de enfermedades.
- Asuntos legales.

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

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 el plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarlo a llegar al consultorio del médico. Informaremos si usted está en una silla de ruedas con motor 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 abuso infantil, amenazas a la salud pública.
- Investigación: a los investigadores, luego de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: a las personas que nos brindan servicios, que prometen mantener la seguridad de su información.
- Reglamentaciones para la industria: a las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: al personal responsable del cumplimiento de las leyes federales, estatales y locales.
- Acciones legales: a los tribunales por asuntos legales o demandas.

Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita

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

Por ejemplo, le pediremos autorización:

- 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 salud.

¿Cuáles son sus derechos?

Usted 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.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que enmendemos su información de salud.
- Puede solicitarnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si nosotros 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 del modo en que se describe en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de ese modo. 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 al número gratuito **1-855-232-3596**, TTY **711**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana para realizar 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 considera que se han infringido sus derechos, escríbanos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
A la atención de: Privacy Officer
3 Independence Way, Suite 400
Princeton, NJ 08540-6626

También puede presentar un reclamo relacionado con su privacidad ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Llámenos al número gratuito **1-855-232-3596**, TTY **711** para obtener la dirección.

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:

- **Administrativos:** 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.
- **Físicos:** su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos las entradas a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear las entradas no autorizadas.
- **Técnicos:** el acceso a su información de salud está “basado en roles”. Esto les permite tener acceso únicamente a las personas que necesitan hacer su trabajo y brindarle atención.

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 establece 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 **aetnabetterhealth.com/nj**.

Aviso de no discriminación

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

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas que tienen discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a 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: A la atención de: Civil Rights Coordinator
4500 East Cotton Center Boulevard
Phoenix, AZ 85040

Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@aetna.com

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

También puede presentar un reclamo de 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 quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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.

Servicios de interpretación en varios idiomas

Inglés: Attention: If you speak 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).

Español: 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).

Chino: 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)。

Coreano: 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.

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

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

Polaco: 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 sul retro della tessera oppure il numero **1-800-385-4104** (utenti TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-385-4104** (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Tagalo: 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).

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

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

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

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

Aetna Better Health of New Jersey
3 Independence Way, Suite 400
Princeton, NJ 08540-6626

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



aetnabetterhealth.com/nj