



**Manual para miembros del programa de Servicios
y apoyo a largo plazo administrados (MLTSS)**

Le damos la bienvenida

Gracias por inscribirse para ser miembro de Horizon NJ Health. Usted merece recibir una cobertura de atención médica de calidad en la que pueda confiar. El programa de Servicios y apoyo a largo plazo administrados (Managed Long-Term Services & Supports, MLTSS) está diseñado para las personas que tienen NJ FamilyCare y necesitan servicios de atención a largo plazo y de salud para quedarse en su casa y comunidad el mayor tiempo posible. También tiene la tranquilidad de saber que está inscrito en el plan respaldado por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. Y lo mejor es que pagará un costo muy bajo por todo esto, o incluso es posible que no deba pagar nada.

Revise este Manual para miembros del programa MLTSS y téngalo a mano en caso de que lo necesite luego. Este Manual para miembros del programa MLTSS le ayudará a comprender los beneficios que cubre Horizon NJ Health para aquellas personas inscritas en el programa MLTSS.

Si tiene preguntas, puede llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Estamos disponibles para ayudarlo las 24 horas del día, los siete días de la semana.

También puede escribirnos a la siguiente dirección:

**Horizon NJ Health
MLTSS Member Services
1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534**

Contenido

Números de teléfono importantes	3
Las 10 preguntas principales de los nuevos miembros	4
Su tarjeta de identificación de miembro del programa MLTSS	5
Registro e inicio de sesión en horizonNJhealth.com	7
Cómo funcionan sus beneficios	8
Emergencias	13
Sus beneficios	15
Programas para usted	35
Sus derechos y responsabilidades	39
Más información sobre Horizon NJ Health	44
Cuando tiene Medicaid y otro seguro de salud	45
Programa de Servicios y apoyo a largo plazo administrados	47
Su plan de atención	51
Procedimientos de reclamos y apelaciones	61
Reunión del equipo interdisciplinario (IDT)	67
Aviso de privacidad	68



Términos importantes

Hemos resaltado las palabras clave en todo este manual. En estos cuadros encontrará definiciones que lo ayudarán a comprender los beneficios y servicios de Horizon NJ Health.

Números de teléfono importantes

Servicios para Miembros	Estamos disponibles para ayudarlo las 24 horas del día, los siete días de la semana: 1-844-444-4410 .
Servicios de TTY	Los miembros con dificultades auditivas o del habla pueden llamar al 711 .
Servicios dentales	Llame a Servicios para Miembros al 1-844-444-4410 (TTY 711).
Línea de enfermería las 24 horas del día, los siete días de la semana	Si tiene preguntas sobre su salud, sobre los exámenes preventivos, sobre los medicamentos o sobre los resultados de sus pruebas, o si simplemente necesita tranquilidad, obtendrá asesoramiento confiable y experto en el que puede confiar: 1-800-711-5952 .
Servicios de asesoramiento para elecciones	Para obtener ayuda para comprender la información en los materiales impresos, llame a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY 711).
Materiales impresos para miembros	Si necesita materiales, como un Directorio de proveedores, llame al 1-844-444-4410 (TTY 711). Los materiales impresos se envían sin cargo y la solicitud se procesará en el plazo de cinco (5) días hábiles.

Las 10 preguntas principales de los nuevos miembros

1. ¿Cómo sé si un médico o dentista es proveedor de Horizon NJ Health?

Respuesta: Puede buscar proveedores, dentistas, hospitales y especialistas participantes usando nuestro *Buscador de médicos y hospitales (Doctor & Hospital Finder)* en línea en horizonNJhealth.com/findadoctor. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)** si desea obtener ayuda para encontrar un proveedor cerca de usted.

2. ¿Puedo atenderme con un médico o dentista que no forme parte de Horizon NJ Health?

Respuesta: No. Para que su atención esté cubierta por su plan de Horizon NJ Health, debe usar un proveedor que participe en Horizon NJ Health. Su médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) coordina todas sus necesidades de atención médica.

Puede elegir qué PCP participante desea ver. Si no elige un PCP, se le asignará uno.

Si recibe atención de un proveedor que no participa en la red de Horizon NJ Health, sin nuestra aprobación, es posible que deba pagar el costo.

3. ¿Puedo cambiar de PCP?

Respuesta: Sí. Llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**, y lo ayudaremos a elegir un nuevo PCP. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro con información actualizada. Si necesita visitar a su PCP antes de recibir la nueva tarjeta, llame a Servicios para Miembros y lo ayudaremos.

4. ¿Necesito una derivación para consultar a un especialista?

Respuesta: No. No necesita una derivación para consultar a un especialista dentro de la red. Debe elegir un proveedor que participe en la red de Horizon NJ Health. Si recibe atención de un proveedor que no participa en la red de Horizon NJ Health, sin nuestra aprobación, es posible que deba pagar el costo.

5. ¿Tengo cobertura dental?

Respuesta: Sí. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

6. Si tengo una emergencia y el hospital más cercano no forma parte de Horizon NJ Health, ¿tendré que pagar la factura?

Respuesta: No. En caso de emergencia, siempre vaya al hospital más cercano para solicitar atención. No es necesario que obtenga una aprobación de Horizon NJ Health para dirigirse a la sala de emergencia (Emergency Room, ER).

7. ¿Qué hago si recibo una factura de un médico?

Respuesta: No debería recibir facturas por servicios cubiertos por su plan. Si recibe una factura, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Le daremos instrucciones para saber qué hacer.

8. ¿Cómo conservo mi cobertura?

Respuesta: Los miembros de NJ FamilyCare deben renovar su elegibilidad todos los años. Si no la renueva a tiempo, puede perder su elegibilidad. Si no conoce su fecha de renovación, llame al asistente de casos de su condado o al coordinador de beneficios de salud de NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY 711)**.

9. ¿Cómo me comunico con mi administrador de atención médica del programa MLTSS?

Respuesta: Su administrador de atención médica del programa MLTSS le dará su número de teléfono. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)** para comunicarse con su administrador de atención médica o con el administrador de atención médica de guardia.

10. ¿Cuál es el número de teléfono de NJ FamilyCare?

Respuesta: El número gratuito es **1-800-701-0710 (TTY 711)**.

Su tarjeta de identificación de miembro del programa MLTSS

Llévela siempre consigo

Antes de que comience su cobertura, se le enviará por correo una tarjeta de identificación de miembro del programa MLTSS de Horizon NJ Health. Siempre lleve su tarjeta de identificación de Horizon NJ Health consigo. Es una de las tarjetas más importantes que tiene.

Muestre su tarjeta cada vez que consulte a su médico, dentista o especialista, cuando surta una receta, cuando se realice análisis de laboratorio y si va a una sala de emergencia de un hospital. Puede utilizar su tarjeta siempre que sea miembro.

Guarde su tarjeta de identificación de miembro en un lugar seguro y nunca permita que otra persona la utilice ni tampoco la preste. Es ilegal prestarle su tarjeta de identificación de miembro a otra persona. Podría perder sus beneficios de NJ FamilyCare e incluso ir a la cárcel.

Lo que figura en su tarjeta de identificación de miembro

- Su nombre
- La fecha de entrada en vigencia: la fecha en la que comienzan sus beneficios de Horizon NJ Health
- El nombre y número de teléfono de su médico
- Un número de teléfono para poder acceder a la información sobre sus beneficios dentales
- Nuestro número de teléfono gratuito de Servicios para Miembros
- Información sobre qué hacer en caso de emergencia

Tarjetas de identificación perdidas o robadas

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de miembro, llame a Servicios para Miembros de inmediato. Le enviaremos otra.

Otras tarjetas de identificación

Debe llevar consigo la tarjeta de identificación para beneficios médicos (Health Benefits Identification, HBID) del estado de Nueva Jersey, su tarjeta de identificación de miembro de Horizon NJ Health y tarjetas de otros seguros de salud que pueda tener, incluido Medicare. Muestre todas sus tarjetas cada vez que acuda a un médico, dentista, hospital, farmacia, laboratorio u otro proveedor. Esto ayudará a que sus proveedores sepan cómo facturar ese servicio, suministro o medicamentos recetados.

Deberá mostrarle a su médico la tarjeta de HBID para obtener los beneficios del programa de pago por servicio de NJ FamilyCare que Horizon NJ Health no cubre (consulte la sección “Sus beneficios” en la página 15).



Términos importantes

Beneficio: servicio proporcionado a una persona, el cual es pagado por el plan de salud

Su tarjeta de identificación de miembro del programa MLTSS (continuación)

Indicación del beneficio dental

Nombre del miembro

Número de identificación del miembro

Médico de atención primaria

Teléfono del médico de atención primaria

Fecha de emisión

Fecha de entrada en vigencia

Servicios para Miembros

Emergencias

Registro e inicio de sesión en horizonNJhealth.com

Puede acceder a la información de su plan de manera rápida y sencilla en horizonNJhealth.com. Una vez que se inscriba, podrá hacer lo siguiente:

- **Solicitar una tarjeta de identificación:** se la enviaremos por correo.
- **Ver sus beneficios cubiertos:** esto incluye su nivel de beneficios y lo que cubre su plan. Usted no tiene copagos para los servicios de MLTSS, pero sí tiene un costo compartido o una obligación de pago del paciente para los centros de vivienda asistida y enfermería.
- **Completar una encuesta de necesidades de salud,** obtener información sobre sus riesgos para la salud y ver cómo puede hacer cambios en su estilo de vida para mejorar su salud.
- **Cambiar de médico de atención primaria (PCP).**
- **Leer nuevos artículos sobre salud personalizados** basados en la información que proporcione en su evaluación de salud.
- **Inscribirse en un programa de control de enfermedades** para obtener ayuda con una afección crónica, como el asma o la diabetes.
- **Inscribirse en el programa de Servicios tempranos de maternidad (Getting Early Maternity Services, GEMS) para mamás** a fin de recibir información para tener un embarazo y un bebé saludables si está embarazada.

Para registrarse, visite horizonNJhealth.com y haga clic en *Member Sign In (Inicio de sesión para miembros)*.

Le recomendamos registrarse lo antes posible. Esta herramienta de autoservicio es un recurso útil para que pueda acceder rápidamente a la información de su plan.

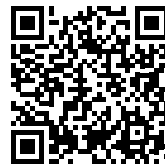
Reciba atención a donde vaya con la aplicación Horizon NJ Health

Esta aplicación móvil gratuita le permite acceder fácilmente a sus beneficios en cualquier momento y lugar.

- Vea y descargue su tarjeta de identificación de miembro
- Encuentre un médico, dentista u otro proveedor cerca de usted
- Vea qué cubre su plan
- Cambie de médico de atención primaria
- Únase a programas de bienestar
- Reciba recordatorios de renovación cuando su cobertura esté por vencer
- ¡Y mucho más!

Tres formas de descargarla

1. Envíe un mensaje de texto con **NJHLTH** al **422-272**
2. Descárguela de la tienda de aplicaciones de App Store® o Google Play™*
3. Use su teléfono inteligente para escanear el código QR



Regístrese para obtener acceso a sus beneficios

- Los nuevos usuarios se registran con su fecha de nacimiento, su número de identificación del miembro y su correo electrónico.
- Si ya se ha registrado en horizonNJhealth.com, puede usar el mismo nombre de usuario y contraseña en la aplicación **Horizon NJ Health**.

*Si bien no hay ningún cargo por descargar la aplicación **Horizon NJ Health**, es posible que se apliquen las tarifas de su proveedor de servicios inalámbricos. App Store® es una marca de servicio de Apple Inc., registrada en los Estados Unidos y otros países. Google Play™ es una marca comercial de Google LLC.

Cómo funcionan sus beneficios

Cómo elegir a su médico de Horizon NJ Health

Usted puede elegir un médico personal de Horizon NJ Health, conocido como médico de atención primaria (PCP).

Utilice el Directorio de proveedores de Horizon NJ Health para encontrar un médico que se encuentre cerca de su domicilio.

Si no seleccionó un PCP en su formulario de inscripción, nosotros le seleccionaremos uno en función del lugar donde viva y de la edad que tenga. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para cambiar de PCP, inicie sesión en horizonNJhealth.com, use la aplicación **Horizon NJ Health** o llame a Servicios para Miembros. Una persona autorizada que actúe en su nombre puede ayudarle a elegir un médico.

Directorio de proveedores

Horizon NJ Health tiene una amplia red de médicos y otros profesionales de atención médica que prestan servicios de atención médica de calidad. Tenemos un Directorio de proveedores que le muestra quién participa en nuestra red. Figuran todos los tipos de proveedores, incluidos médicos, hospitales, servicios de laboratorio, farmacias, dentistas generales, especialistas dentales y más.

Puede buscar un proveedor cerca de su ubicación en horizonNJhealth.com/findadoctor. El *Buscador de médicos y hospitales (Doctor & Hospital Finder)* se actualiza a diario y le permite buscar proveedores según la ubicación, la especialidad, el nombre y otros campos.

También puede encontrar una lista detallada de dentistas que tratan a niños menores de 6 años en el *Directorio de dentistas de NJ FamilyCare que tratan a niños menores de 6 años*.

Esta lista separada de dentistas se encuentra en horizonNJhealth.com/kidsdentists. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Si desea un directorio impreso con una lista de proveedores cerca de su ubicación, llame a Servicios para Miembros.

La información sobre sus proveedores, incluidos su médico de atención primaria (PCP) y sus especialistas, está disponible en horizonNJhealth.com/findadoctor. Puede encontrar un proveedor de la siguiente manera:

- Nombre, ubicación del consultorio y número de teléfono
- Especialidad
- Calificaciones profesionales
- Idiomas que habla
- Para encontrar información adicional sobre los proveedores, incluida la facultad de medicina en la que completaron su residencia, visite:
- División de Asuntos del Consumidor de NJ: njconsumeraffairs.gov
- Consejo Estadounidense de Especialidades Médicas: abms.org



Términos importantes

Proveedor: una persona o lugar (como su PCP, un hospital o un dentista) que brinda atención médica o dental.



¿Qué sucede si no puedo contactarme con mi médico o dentista de inmediato?

Puede suceder en ocasiones, a lo mejor por la noche o durante los fines de semana, que su médico o dentista no se encuentre en el consultorio. Debe llamar al consultorio de su médico o dentista de todos modos. Su médico o dentista tiene un plan preparado para ayudarle incluso si el consultorio se encuentra cerrado.

Cómo funcionan sus beneficios (continuación)

La función de su PCP

Si necesita atención médica, llame primero al consultorio de su médico en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Su médico sabrá cómo ayudar. La mayoría de los servicios de atención médica que no sean de emergencia deben planificarse a través de su PCP.

Usted cuenta con cobertura para servicios de salud las 24 horas del día, los siete días de la semana. Horizon NJ Health cubre los servicios prestados por PCP, especialistas, dentistas, especialistas dentales, enfermeras obstétricas certificadas, profesionales de enfermería certificados, especialistas en enfermería clínica, proveedores de salud conductual, médicos asistentes y clínicas independientes dentro de la red de Horizon NJ Health. En ocasiones, su PCP puede solicitarles ayuda a otros proveedores de atención médica para que le brinden sus servicios a usted de manera rápida.

Preguntas y respuestas sobre su médico y su dentista

P. Si tengo Medicare y NJ FamilyCare, ¿debo consultar a mi PCP de Horizon NJ Health?

R. Para la mayoría de los servicios de salud, usted puede consultar a sus médicos de Medicare siempre que ellos acepten pacientes que tengan Medicare. NJ FamilyCare cubre algunos servicios que Original Medicare no cubre, incluidos los siguientes:

- Servicios dentales (incluido el tratamiento por parte de especialistas dentales)
- Servicios para la vista
- Servicios para la audición
- Suministros para la incontinencia
- Servicios de asistencia de atención personal (agencia o Programa de preferencias personales)

- Atención médica de día

También es posible que sea elegible para ciertos servicios del programa MLTSS, como los siguientes:

- Servicio de comidas a domicilio
- Sistema de respuesta para emergencias personales
- Atención de apoyo en el hogar
- Servicios de tareas

P. ¿Qué sucede si quiero cambiar de médico o dentista?

R. Puede cambiar de PCP en cualquier momento, a menos que esté en un Programa de asignación cerrada de proveedores. Servicios para Miembros puede ayudarlo a elegir un médico nuevo y le enviará una tarjeta de identificación de miembro de Horizon NJ Health nueva con el nombre y el número de teléfono del médico nuevo. También puede solicitar el cambio de su médico de atención primaria si inicia sesión en horizonNJhealth.com o en la **aplicación Horizon NJ Health**.

Puede cambiar de dentista si inicia sesión en horizonNJhealth.com, si usa la **aplicación Horizon NJ Health** o si llama a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

A veces, Horizon NJ Health puede denegar una solicitud de cambio de médico, por ejemplo, en las siguientes situaciones:

- Si un PCP solicita que no se incluya un determinado miembro en su lista de pacientes.
- Si un PCP tiene demasiados pacientes y no puede aceptar más.



Términos importantes

Administrador de atención médica: su administrador de atención médica será su contacto principal en el programa MLTSS. Trabjará con usted, su PCP y con la información que brinde su cuidador para desarrollar un plan de atención que le proporcione los servicios de MLTSS que usted necesita.

Cómo funcionan sus beneficios (continuación)

Es importante tener una relación positiva y saludable con su médico. Si un PCP cree que no puede seguir trabajando con un determinado miembro, es posible que solicite que se le asigne otro PCP al miembro. Un PCP puede solicitar que un miembro se cambie a otro médico si:

- No puede solucionar los conflictos con el miembro.
- El miembro no sigue las instrucciones de atención médica y esto le impide al médico proceder de manera segura o ética con los servicios de atención médica para el miembro.
- Si el miembro ha iniciado acciones legales contra el PCP.

P. ¿Cómo puedo saber si debo ir a un médico o dentista para obtener atención?

R. El tratamiento dental normalmente incluye servicios que se realizan sobre los dientes o para arreglar o reemplazar dientes, como empastes, tratamientos de conducto, extracciones (remoción de dientes), dentaduras postizas y coronas (recubrimientos). Algunos tratamientos pueden requerir consultar a un especialista dental, como un cirujano bucal o un prostodoncista maxilofacial (reemplazo de estructuras faciales perdidas por enfermedad o traumatismo).

El tratamiento médico, la mayoría de las veces, incluye servicios que no están relacionados directamente con los dientes, como tratamientos para fracturas de mandíbula o extracciones de quistes y tumores malignos o benignos en la boca.

Si no lo sabe con seguridad, también puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar ayuda al **1-844-444-4410** (TTY 711).

P. ¿Qué sucede si necesito consultar a un especialista?

R. En ocasiones, es posible que su PCP decida que usted debe acudir a un especialista participante. Si tiene una afección que requiere de la atención continua de un especialista participante (como una enfermedad renal o VIH) o tiene una afección o enfermedad incapacitante o potencialmente mortal, el especialista puede actuar como su PCP y proveedor de atención especializada. Su administrador de atención médica puede ayudarle con esta solicitud.

P. ¿Qué sucede si mi afección requiere atención por parte de un médico que no participa en Horizon NJ Health?

R. La red de Horizon NJ Health cuenta con miles de médicos, dentistas y especialistas médicos, dentales y en salud conductual ubicados por todo Nueva Jersey. Si no contamos con un proveedor que atienda su afección, trabajaremos con su PCP o dentista para garantizar que usted obtenga la atención que necesita. También puede obtener una aprobación especial por parte de Horizon NJ Health para consultar a un médico fuera de la red si lo necesita. Su médico o dentista deberá comunicarse con Horizon NJ Health. **Si consulta a un médico fuera de la red sin la aprobación de Horizon NJ Health, deberá pagar esos servicios por su cuenta.**

P. ¿Qué sucede si deseo tener una segunda opinión?

R. Puede pedir la opinión de otro médico con respecto a cualquier diagnóstico médico, dental, quirúrgico o de salud conductual. Hable con su PCP, proveedor de salud conductual o dentista sobre cómo obtener una segunda opinión. Se encargará de coordinar todo por usted. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar otro proveedor.



Términos importantes

Especialista: un médico o dentista especializado en un campo determinado de la medicina, como un cardiólogo, un obstetra/ginecólogo o un ortodoncista.

Cómo funcionan sus beneficios (continuación)

P. ¿Cómo me comunico con mi administrador de atención médica o cómo obtengo respuestas sobre mi plan de atención?

R. Puede llamar a Servicios para Miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana al **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Su administrador de atención médica está disponible los días de semana, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este (ET). Fuera del horario de atención o durante los fines de semana, un administrador de atención de guardia puede ayudarle. También puede llamar y dejar un mensaje para su administrador de atención médica. Si deja un mensaje, proporcione suficientes detalles para que podamos comprender el motivo de su llamada. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.

P. ¿Qué sucede si tengo preguntas sobre las autorizaciones para los servicios cubiertos del programa MLTSS?

R. Si tiene preguntas sobre cómo obtener la autorización de servicios cubiertos, o si no sabe con seguridad si un servicio está cubierto, estamos disponibles para ayudarle las 24 horas del día, los siete días de la semana; llame al **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Su administrador de atención, con su ayuda, desarrollará un plan de servicios de atención (Service Plan of Care, SPOC) y los servicios necesarios se autorizarán en función de su SPOC.

P. ¿Qué sucede si tengo preguntas sobre los requisitos de elegibilidad para el programa MLTSS?

R. La elegibilidad para los servicios del programa MLTSS se basa en una serie de aspectos, que incluyen su situación financiera y qué tan bien puede realizar las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), como bañarse, vestirse e ir al baño. Podemos ayudar a las personas que desean saber si podrían ser elegibles para estos servicios y comenzar el proceso de derivación para una evaluación en persona. Puede llamar en cualquier momento al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

La División de Servicios para Personas Mayores (Division of Aging Services) de la Oficina de Opciones Comunitarias (Office of Community Choice Options, OCCO) del estado de Nueva Jersey toma todas las decisiones de elegibilidad clínica finales. La Agencia de Asistencia Social del Condado (County Welfare Agency, CWA) determina la elegibilidad financiera.

Programe una cita de inmediato

Debe ver a su PCP poco después de que se convierta en miembro. Un examen físico inicial le permitirá a su médico revisar el estado de su salud y su historia clínica, y le ayudará a prevenir problemas de salud futuros. Le pediremos al personal del consultorio de su PCP que se comunique con usted para programar una cita si es que usted no lo hace. El consultorio de su PCP debe programar citas para las visitas de rutina dentro de los 28 días de su solicitud. Si necesita consultar a su PCP antes de obtener su tarjeta de identificación de miembro, llame a Servicios para Miembros. Nosotros le ayudaremos a programar una cita con su PCP.

Este es un buen momento para programar un examen dental. Los niños y los adultos deben realizarse un examen dental y limpiezas dentales al menos dos veces por año. También es importante que complete todos los tratamientos dentales recomendados. Si necesita ayuda para encontrar un dentista para usted o para su hijo, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Muy importante: ¡Cumpla con sus citas!

Acudir a todas las citas es la única forma en la que su médico y su dentista pueden asegurarse de que usted y su familia estén recibiendo la atención de calidad que se merecen. El médico ha reservado tiempo para atenderle. Si no puede acudir a una cita, llame a su médico o dentista de inmediato para informárselo, al menos 24 horas antes de la cita. Usted debe hacer todo lo posible para llegar a su cita con puntualidad.

Los controles de rutina son importantes



Los exámenes médicos y dentales de rutina y las pruebas permiten detectar problemas de forma temprana, cuando sus probabilidades de recibir tratamiento son mejores. Los servicios y exámenes de detección que necesite dependerán de su edad, su historia clínica y sus antecedentes familiares, su estilo de vida (como la alimentación, la actividad física y el tabaquismo) y otros factores.

Cómo funcionan sus beneficios (continuación)

Si se enferma o se lastima y necesita atención, llame a su médico o dentista de inmediato para concertar una cita.

Disponibilidad para citas

Cuidado de emergencia: de inmediato

Atención de urgencia (situaciones que no representen un riesgo para la vida): dentro de las 24 horas de la llamada

Visitas por enfermedad: dentro de las 72 horas

Atención de rutina (controles para enfermedades, como la diabetes): dentro de los 28 días

Atención de un especialista: dentro de las cuatro semanas en el caso de atención de rutina o dentro de las 24 horas en el caso de emergencias

Exámenes físicos para miembros nuevos: dentro de los 90 días de la inscripción inicial en el caso de niños y adultos de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD); dentro de los 180 días de la inscripción inicial en el caso de adultos en general

Exámenes físicos de rutina (para la escuela, el campamento, el trabajo, etc.): dentro de las cuatro semanas

Atención prenatal: dentro de las tres semanas posteriores a una prueba de embarazo positiva (tres días si es de alto riesgo)

– Primer y segundo trimestre: dentro de los siete días

– Tercer trimestre: dentro de los tres días

Servicios de laboratorio y radiología: dentro de las tres semanas en el caso de atención de rutina y dentro de las 48 horas en el caso de atención de urgencia; sus resultados estarán disponibles dentro de los 10 días hábiles en el caso de atención de rutina y dentro de las 24 horas en el caso de atención de urgencia

Atención dental: dentro de los 30 días en el caso de atención de rutina, dentro de los tres días en

el caso de atención de urgencia (situaciones que no representan un riesgo para la vida) y dentro de las 48 horas en el caso de emergencias

Atención de salud conductual: dentro de los 7 a 10 días hábiles en el caso de atención de rutina y dentro de las 24 horas en el caso de atención de urgencia. Si tiene una emergencia, recibirá atención de inmediato cuando llegue al consultorio o centro de salud conductual.

Tiempos de espera en el consultorio médico:

Si llega a su cita con puntualidad, no debería esperar más de 45 minutos para consultar a su médico.

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

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

Encontrará una lista actualizada de nuestros proveedores dentro de la red en el *Buscador de médicos y hospitales (Doctor & Hospital Finder)* en línea en horizonNJhealth.com/findadoctor. Allí, podrá buscar proveedores cerca de su ubicación que puedan brindarle el tipo de atención que necesita.

Si tiene problemas para encontrar un proveedor cercano a su ubicación que pueda brindarle el tipo de atención que necesita, o si tiene problemas para programar una cita, también puede llamarnos al número gratuito **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Nuestros representantes de Servicios para Miembros podrán ayudarle a programar una cita. También puede solicitar ayuda a través del **Formulario de solicitud de asistencia para citas** que hemos incluido al final de este manual o en nuestro sitio web en horizonNJhealth.com/appointments. Para obtener una copia impresa de este formulario, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.



Cuando se sienta mal, su médico le atenderá el mismo día, en la mayoría de los casos.

Emergencias

Debe acudir a la sala de emergencia de un hospital solamente cuando su situación sea una emergencia. Una afección médica o de salud conductual de emergencia es una enfermedad o lesión grave que, si no recibe atención médica de inmediato, puede poner su salud (y, en el caso de las mujeres embarazadas, la salud del bebé por nacer) en serio peligro. Las emergencias implican lesiones graves relacionadas con funciones corporales, órganos o partes del cuerpo, o un riesgo de sufrir posibles lesiones (es decir, pensamientos relacionados con infligirse un daño o herir a otras personas).

Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencia más cercana o llame al **911**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. No necesita una aprobación por parte de Horizon NJ Health ni de su médico para dirigirse a la sala de emergencia. Si tiene una necesidad urgente, llame a su administrador de atención médica. Para acceder a los servicios de salud conductual de emergencia, llame al número gratuito **1-877-695-5612** (TTY **711**).

En ocasiones, puede ser difícil determinar si tiene una verdadera emergencia. A continuación, se enumeran algunos ejemplos de emergencias ante las cuales debería dirigirse a una sala de emergencia (ER) o llamar al **911**:

- Dolor de pecho
- Fracturas de huesos
- Dificultad para respirar, moverse o hablar
- Envenenamiento
- Hemorragia intensa
- Sobredosis de drogas
- Accidente automovilístico
- Pensamientos relacionados con infligirse un daño o herir a otras personas

Si está en trabajo de parto durante el embarazo, siga las instrucciones de su obstetra/ginecólogo sobre lo que debe hacer. En el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones, una emergencia ocurre cuando no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto o si el traslado puede representar una amenaza para la salud o

la seguridad de la mujer o del bebé por nacer.

Si se trata de una emergencia, llame a su PCP si puede. Su médico sabrá cómo ayudar. Podrá indicarle que vaya al hospital más cercano y avisarle a esta institución que usted está llegando. Si no hay tiempo para llamar a su médico, llame al **911**. Diríjase al hospital más cercano para recibir la atención de emergencia, incluso si el hospital o el médico no participan en Horizon NJ Health. Todos los hospitales deben proporcionar cuidado de emergencia. Usted cuenta con cobertura para emergencias las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto incluye atención de seguimiento dentro y fuera del hospital.

Debe comunicarse con su administrador de atención médica para coordinar la atención después de una visita a la sala de emergencia. Comuníquese con su PCP para continuar con el tratamiento y el apoyo.

Emergencias de salud conductual

Si corre peligro de infligirse un daño o de herir a otras personas, debe hacer una de las siguientes cosas de inmediato:

- Llame al **911** si la vida de alguien corre peligro.
- Diríjase a la sala de emergencia más cercana para recibir atención.
- Llame a su PCP o proveedor de servicios de salud mental.

No es necesario obtener una aprobación para recibir cuidado de emergencia. Luego de una emergencia, deberá comunicarse con su proveedor para continuar con el tratamiento y el apoyo.

Emergencias dentales: el consultorio versus la sala de emergencia

Una emergencia dental que puede necesitar tratamiento en una sala de emergencia (ER) puede ser una lesión o infección grave en la boca o en el área alrededor de la boca que podría poner en peligro su vida o su salud, a menos que reciba tratamiento rápidamente. Las emergencias dentales pueden incluir las siguientes afecciones:

- Infección dental que causa hinchazón en un área grande de la cara
- Lesiones en la boca o mandíbula (lo que incluye dientes caídos por golpes o accidentes)

Emergencias (continuación)

- Hemorragia oral o facial intensa y no controlada
- Mandíbula fracturada o dislocada

Si tiene una emergencia dental, llame primero a su dentista. Si no puede comunicarse con su dentista, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410** (TTY **711**). Fuera del horario de atención habitual, puede llamar a nuestra línea directa de enfermería las 24 horas del día, los siete días de la semana al **1-800-711-5952**. Si tiene una emergencia que pone su vida en peligro, vaya a la sala de emergencia o llame al **911**.

En la sala de emergencia

Una vez que se encuentre en la sala de emergencia, el personal del hospital le realizará un examen de detección de sala de emergencia. Este es un beneficio cubierto para todos los miembros de Horizon NJ Health para determinar si la afección es una emergencia.

En el caso de las visitas a la sala de emergencia (ER) de salud conductual, los proveedores de salud mental determinarán un diagnóstico de trabajo y un plan de acción para el tratamiento. Según su evaluación, si corresponde, es posible que se le admita en el hospital para recibir tratamiento, medicamentos o asesoramiento para crisis, o que le deriven a fin de recibir tratamiento después de abandonar el hospital.

Si se sospecha que un menor de edad es víctima de abuso infantil/físico y/o negligencia, se lo examinará en una sala de emergencia.

Si un menor de edad ingresa en un hogar de acogida fuera del horario de atención, se lo examinará en la sala de emergencia.

Después de salir de la sala de emergencia

Llame a su PCP dentro de las 24 horas de haber acudido a la sala de emergencia. Si usted no puede llamar, pídale a un amigo o a un miembro de su familia que lo haga. Debe visitar a su PCP para recibir atención de seguimiento fuera de la sala de emergencia dentro de los siete días posteriores al alta hospitalaria. Su PCP coordinará su atención luego de la emergencia.

Atención médica y dental de urgencia

Si su situación no es una emergencia, pero es médicamente necesario que reciba un tratamiento de manera rápida, primero llame a su PCP o dentista. Esto se conoce como atención de urgencia. Su PCP o dentista puede

hacer los arreglos para que usted pueda acudir rápidamente al consultorio para recibir atención.

Si no sabe con seguridad si su enfermedad o lesión es una emergencia, llame primero a su médico o dentista. Algunos ejemplos de enfermedades o lesiones que pueden tratarse en un consultorio médico o dental son los siguientes:

- Resfrío, tos o dolor de garganta
- Dolor de oído
- Calambres
- Hematomas, cortes pequeños o quemaduras leves
- Erupciones o inflamaciones leves
- Dolores de espalda provocados por un músculo desgarrado
- Dolores de muelas y dientes
- Inflamaciones alrededor de una muela o un diente
- Molestias por dentición o "dientes de leche" sueltos
- Dientes naturales rotos o pérdida de empastes o coronas
- Dolor o molestias después de un tratamiento dental
- Hemorragias después de una extracción dental

¿Se encuentra fuera de la ciudad?

En caso de que tenga una emergencia mientras se encuentra fuera de la ciudad, diríjase al hospital más cercano y muéstrele al personal del hospital su tarjeta de identificación de miembro de Horizon NJ Health. No es necesario que obtenga una aprobación previa de Horizon NJ Health para recibir cuidado de emergencia.

Si necesita atención médica que no sea de emergencia, llame de inmediato a su PCP a fin de obtener ayuda para recibir la atención médica de un médico de la zona. Horizon NJ Health coordinará su atención entre su PCP y el proveedor fuera de la red. Se cubrirán las emergencias dentales atendidas por proveedores no participantes.

Horizon NJ Health no cubrirá la atención que se haya recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sus beneficios

Como miembro de Horizon NJ Health, usted obtiene los beneficios a los que tiene derecho por medio del programa NJ FamilyCare.

Los miembros con beneficios del programa MLTSS no tienen copagos para los servicios cubiertos. Los miembros del programa MLTSS sí tienen un costo compartido o una obligación de pago del paciente en los centros de enfermería y cualquier ámbito de servicios residenciales alternativos comunitarios (Community Alternative Residential Settings, CARS).

Asegúrese de conocer cómo funciona Horizon NJ Health, en especial, cuando se trata de obtener cuidado de emergencia, visitar a su médico y obtener una autorización. Si recibe servicios que no están cubiertos por Horizon NJ Health o que no están autorizados por su PCP, es posible que reciba una factura por esos servicios. Antes de que se le brinde la atención, su médico debe comunicarle si un servicio no está cubierto y si se le facturará.

Si no sabe con seguridad si un servicio está cubierto, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Lo que cubre Horizon NJ Health

Servicio	Beneficio
Abortos	Cubierto por la metodología FFS*. Abortos y servicios relacionados, que incluyen, entre otros, los procedimientos quirúrgicos, la anestesia, la revisión de los antecedentes, los exámenes físicos y los análisis de laboratorio.
Acupuntura	Cubierto.
Servicios relacionados con el autismo	Cubierto por Horizon NJ Health y la metodología FFS. Cubierto únicamente para miembros de hasta 21 años con un trastorno del espectro autista. Los servicios cubiertos incluyen el tratamiento de análisis conductual aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA), los servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa, los servicios de integración sensorial (Sensory Integration, SI), los servicios de salud relacionados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) y los servicios de desarrollo y basados en las relaciones como, por ejemplo, el modelo DIR, el modelo DIR/ Floortime y el modelo desarrollado por Greenspan.
Sangre y hemoderivados	Cubierto. Sangre entera y hemoderivados, así como los costos de administración y procesamiento necesarios. La cobertura es ilimitada (no hay límite para el volumen o la cantidad de hemoderivados). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre.
Densitometría ósea	Cubierto. Se cubre una densitometría cada 24 meses (con mayor frecuencia de ser médicamente necesario), además de la interpretación del médico de los resultados.

*Metodología de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS)

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares	Cubierto. Se cubre una prueba de detección de enfermedades cardiovasculares por año para todas las personas a partir de los 20 años. Se cubren pruebas más frecuentes cuando se determina que son médicamente necesarias.
Servicios quiroprácticos	Cubierto. Se cubre la manipulación de la columna vertebral.
Pruebas de detección de cáncer colorrectal	Cubierto. Se cubre cualquier gasto en el que se incurra al realizar pruebas de detección de cáncer colorrectal a intervalos regulares para beneficiarios mayores de 45 años y para aquellas personas de cualquier edad que se consideren en riesgo alto de tener cáncer colorrectal. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Enema de bario</i>: se cubre una vez cada 48 meses cuando se realiza en lugar de una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia. • <i>Colonoscopia</i>: se cubre una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible de detección. • <i>Prueba de sangre oculta en la materia fecal</i>: se cubre una vez cada 12 meses. • <i>Sigmoidoscopia flexible</i>: se cubre una vez cada 48 meses.

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Servicios dentales	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren los servicios de diagnóstico, prevención y restauración, los servicios de endodoncia, periodoncia y prótesis, y los servicios de cirugía bucal y maxilofacial, además de otros servicios complementarios.</p> <p>Es posible que algunos procedimientos requieran una autorización previa y documentación que demuestre la necesidad médica. Los servicios de ortodoncia están permitidos para niños y tienen restricción de edad, y solo se aprueban con documentación adecuada que demuestre una maloclusión incapacitante o necesidad médica.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: evaluaciones bucales (exámenes); radiografías y otros diagnósticos por imágenes; limpiezas dentales (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes; coronas; tratamientos de conducto radicular; raspados y alisados radiculares; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos bucales (que incluyen extracciones); anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesaria para realizar procedimientos quirúrgicos bucales).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, los tratamientos con flúor y todas las radiografías necesarias se cubren dos veces por año corrido. Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico y prevención y determinados servicios de periodoncia para miembros con necesidades especiales de atención médica.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio solo se cubre con una autorización previa y documentación que demuestre la necesidad médica.</p> <p>Los niños deben realizarse su primer examen dental al cumplir un año o cuando salga el primer diente, lo que ocurra primero. El programa NJ Smiles permite que proveedores no dentales brinden servicios relacionados con exámenes bucales, evaluaciones de riesgo de caries, asesoramiento preventivo y aplicaciones de barniz con flúor para niños hasta los cinco (5) años. Si se necesita atención adicional, los miembros pueden encontrar una lista completa de dentistas que tratan a niños menores de 6 años en el <i>Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de NJFC</i>. Esta lista separada de dentistas se encuentra en horizonNJhealth.com/kidsdentists.</p>
Pruebas de detección de la diabetes	<p>Cubierto.</p> <p>Estas pruebas de detección (que incluyen las pruebas de glucosa en ayunas) se cubren si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). También pueden cubrirse si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o tener antecedentes de diabetes en su familia.</p> <p>Dependiendo de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>
Suministros para diabetes	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas, insulina, artículos para inyecciones, jeringas, bombas de insulina, dispositivos de infusión de insulina y medicamentos orales para el control del azúcar en sangre. Se cubren plantillas o calzado terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético. El calzado o las plantillas deben ser recetados por un podólogo (u otro médico calificado) y proporcionados por un podólogo, ortopedista, protesista o pedortista.</p>
Controles y pruebas relacionados con la diabetes	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren exámenes de la vista anuales para personas con retinopatía diabética, además de exámenes de los pies cada seis meses para miembros con neuropatía periférica diabética y pérdida de la sensación protectora.</p>

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico, y servicios de laboratorio	Cubierto. Se cubren, entre otros, las resonancias magnéticas, las tomografías computarizadas, los electrocardiogramas y las radiografías.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Cubierto.
Cuidado de emergencia	Cubierto. Se cubren los servicios médicos y del departamento de emergencias.
Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT)	Cubierto. La cobertura incluye (entre otros) la atención para niños sanos, los exámenes preventivos, los exámenes médicos, los servicios y las pruebas dentales, de la vista y de la audición (además de cualquier tratamiento identificado como necesario a partir de los exámenes o las pruebas de detección), las vacunas (incluido el calendario de vacunación infantil completo), las pruebas de detección de plomo y los servicios de enfermería privada. Los servicios de enfermería privada se cubren para beneficiarios de EPSDT elegibles menores de 21 años que viven en la comunidad, y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad de obtener estos servicios.
Suministros y servicios de planificación familiar	Cubierto. Horizon NJ Health reembolsará los servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores de la red no participantes en función de la lista de tarifas de Medicaid. El beneficio de planificación familiar proporciona cobertura para los servicios y suministros para prevenir o retrasar el embarazo, y puede incluir educación y asesoramiento sobre el método anticonceptivo que la persona desea o usa actualmente, o una visita médica para cambiar el método anticonceptivo. También incluye, entre otras cosas, las esterilizaciones, definidas como cualquier procedimiento médico, tratamiento u operación con el fin de hacer que una persona sea permanentemente incapaz de reproducirse. Los servicios cubiertos incluyen la revisión de la historia clínica, los exámenes físicos (incluidos los exámenes de pelvis y de mamas), las pruebas de laboratorio y de diagnóstico, los medicamentos y productos biológicos, los dispositivos y suministros médicos (que incluyen pruebas de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones Depo-Provera, y otros dispositivos y suministros anticonceptivos), los servicios de asesoramiento, la supervisión médica continua, la continuidad de la atención y los servicios de asesoramiento genético. Excepciones: no se cubren los servicios relacionados principalmente con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad (ya sean prestados por proveedores dentro o fuera de la red).
Centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC)	Cubierto. Incluye los servicios de atención primaria y para pacientes ambulatorios prestados por organizaciones de la comunidad.

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Servicios para la audición/audiología	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren los exámenes de audición de rutina y de diagnóstico, las pruebas de equilibrio, los exámenes otológicos y para audífonos antes de recetarlos, las pruebas para ajustar los audífonos, los exámenes de seguimiento y los ajustes, y las reparaciones después del vencimiento de la garantía.</p> <p>Se cubren los audífonos, así como los accesorios y suministros relacionados.</p>
Servicios de agencias de cuidado de la salud en el hogar	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren los servicios de enfermería y de terapia prestados por una enfermera titulada, una enfermera practicante con licencia o un asistente de cuidado de la salud en el hogar.</p>
Servicios en centros de cuidados paliativos	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren los medicamentos para el alivio del dolor y el control de los síntomas; los servicios médicos, sociales y de enfermería; y ciertos equipos médicos duraderos y otros servicios, como los servicios de orientación espiritual y para sobrellevar el duelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en la comunidad, así como también en ámbitos institucionales. • Los servicios de alojamiento y comida se incluyen únicamente cuando se ofrecen en ámbitos institucionales (no en una residencia). La atención en un centro de cuidados paliativos para miembros menores de 21 años cubrirá tanto los cuidados paliativos como los curativos. <p>NOTA: Cualquier atención no relacionada con la afección terminal del miembro recibirá la misma cobertura que recibiría en otras circunstancias.</p>
Vacunas	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y el neumococo, así como otras vacunas recomendadas para adultos.</p> <p>El calendario de vacunación infantil completo se cubre como un componente del programa de EPSDT.</p>
Atención para pacientes hospitalizados	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren las estadías en hospitales de acceso crítico y en centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados; la atención de salud mental para pacientes hospitalizados; el alojamiento en habitaciones semiprivadas; los servicios de médicos y cirujanos; la anestesia; los análisis de laboratorio, las radiografías y otros servicios de diagnóstico; los fármacos y medicamentos; los servicios terapéuticos; los servicios de enfermería general; y otros servicios y suministros que por lo general proporciona el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Atención intensiva:</i> cubierta. Incluye el alojamiento y la comida; los servicios de enfermería y otros servicios relacionados; el uso de hospitales/instalaciones hospitalarias de acceso crítico; los medicamentos y productos biológicos; los suministros, dispositivos y equipos; determinados servicios terapéuticos y de diagnóstico; los servicios médicos o quirúrgicos prestados por determinados pasantes o residentes en capacitación; y los servicios de transporte (incluido el transporte en ambulancia). • <i>Servicios de psiquiatría:</i> para conocer los detalles sobre la cobertura, consulte el cuadro de salud conductual.
Mamografías	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubre una mamografía inicial para mujeres de 35 a 39 años, y una mamografía por año para mujeres a partir de los 40 años y para mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Hay pruebas de detección adicionales disponibles si son médicamente necesarias.</p>

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Servicios de salud infantil y maternidad	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren los servicios médicos de atención perinatal y los exámenes relacionados con la atención del recién nacido y la audición, como la atención prestada por la partera, CenteringPregnancy, la anticoncepción reversible de acción prolongada (Long-Acting Reversible Contraception, LARC) inmediata después del parto y todos los servicios dentales (que incluyen, entre otros, la atención dental preventiva adicional y los servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).</p> <p>También se cubren los servicios de educación sobre el parto, la atención de una doula y los servicios de apoyo para la lactancia.</p> <p>Los equipos de lactancia, incluidos los sacaleches y los accesorios, están cubiertos como un beneficio de DME.</p>
Atención médica de día (servicios de salud diurnos para adultos)	<p>Cubierto.</p> <p>Un programa que presta servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación bajo supervisión médica y de enfermería en un entorno de atención para pacientes ambulatorios a fin de satisfacer las necesidades de las personas con problemas físicos o cognitivos para respaldar su vida en comunidad.</p>
Servicios de una enfermera partera	<p>Cubierto.</p>
Servicios en centros de enfermería	<p>Cubierto.</p> <p>Es posible que los miembros sean responsables de la obligación de pago del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Atención a largo plazo (atención de custodia):</i> cubierta. Se cubre para las personas que necesitan un nivel de atención de custodia (MLTSS). Es posible que los miembros sean responsables de la obligación de pago del paciente. • <i>Centro de enfermería (centro de cuidados paliativos):</i> cubierto. La atención en un centro de cuidados paliativos se puede cubrir en un entorno de centro de enfermería. *Consulte los servicios de atención en un centro de cuidados paliativos. • <i>Centro de enfermería (especializado):</i> cubierto. Incluye la cobertura de los servicios de rehabilitación que se realizan en un entorno de centro de enfermería. • <i>Centro de enfermería (atención especializada):</i> cubierto. La atención prestada en un centro de enfermería de atención especializada (SCNF) o una unidad de SCNF distinta y separada dentro de un centro de enfermería convencional certificado por Medicaid se cubre para aquellos miembros que necesitan servicios en un centro de enfermería de atención intensiva más allá del alcance de un centro de enfermería convencional.
Trasplante de órganos	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren los trasplantes de órganos médicamente necesarios como, por ejemplo, los trasplantes de hígado, pulmón, corazón, corazón y pulmón, páncreas, riñón, córnea, intestino y médula ósea (que incluyen los trasplantes autólogos de médula ósea).</p> <p>La cobertura incluye los costos del donante y del receptor.</p>
Cirugía para pacientes ambulatorios	<p>Cubierto.</p>
Visitas a una clínica/hospital para pacientes ambulatorios	<p>Cubierto.</p>

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Rehabilitación para pacientes ambulatorios <i>(terapia ocupacional, terapia física, patologías del habla y el lenguaje)</i>	Se cubren los servicios de terapia física, terapia ocupacional, tratamiento de patologías del habla y terapia de rehabilitación cognitiva.
Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos	Cubierto. Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren cada 12 meses para todas las mujeres, independientemente del nivel determinado de riesgo de sufrir cáncer vaginal o de cuello uterino. Los exámenes clínicos de mamas para todas las mujeres se cubren una vez cada 12 meses. Se cubren todos los costos de laboratorio relacionados con las pruebas mencionadas. Las pruebas se cubren con mayor frecuencia en los casos donde se consideran necesarias para realizar diagnósticos médicos.
Asistencia de atención personal	Cubierto. Se cubren tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el hogar del beneficiario, bajo la supervisión de un enfermero profesional registrado, según lo certificado por un médico de acuerdo con el plan de atención escrito del beneficiario.
Podiatría	Cubierto. Se cubren los exámenes de rutina y los servicios podiátricos médicamente necesarios, además de plantillas o calzado terapéutico para personas con un cuadro grave de la enfermedad del pie diabético, y pruebas para ajustar el calzado o las plantillas. <i>Excepciones: la atención de rutina para la higiene de los pies, como el tratamiento de durezas y callos, el retoque de uñas y otros cuidados, como limpiar los pies o ponerlos en remojo, solo se cubre para el tratamiento de una afección patológica relacionada.</i>
Medicamentos recetados	Cubierto. Incluye los medicamentos recetados (con o sin receta, incluidos los medicamentos administrados por el médico) y las vitaminas y los productos minerales recetados (excepto el flúor y las vitaminas prenatales) como, por ejemplo, las vitaminas terapéuticas, como A, D y E de alta potencia, hierro y zinc, y los minerales, como potasio y niacina. Se cubren todos los factores de coagulación.
Servicios médicos: atención primaria y especializada	Cubierto. Se cubren los servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes ambulatorios.
Servicios de enfermería privada	Cubierto. Los servicios de enfermería privada se cubren para aquellos miembros que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad de obtener estos servicios. Los servicios de enfermería privada solo están disponibles para los beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para aquellos miembros inscritos en el programa MLTSS (de cualquier edad).

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Pruebas de detección de cáncer de próstata	Cubierto. Se cubren los exámenes de diagnóstico anuales, incluidos los exámenes rectales digitales y las pruebas de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) para hombres de 50 años o más que sean asintomáticos y para hombres de 40 años o más con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata.
Prótesis y ortopedia	Cubierto. La cobertura incluye (entre otros) aparatos para los brazos, las piernas, la espalda y el cuello; ojos artificiales; miembros ortopédicos y reemplazos; determinadas prótesis mamarias luego de una mastectomía; y dispositivos protésicos para reemplazar funciones o partes internas del cuerpo. También se cubre la reparación de calzado, audífonos y dentaduras postizas con certificación.
Diálisis renal	Cubierto.
Exámenes físicos anuales de rutina	Cubierto.
Ayuda para dejar de fumar/vapear	Cubierto. La cobertura incluye los servicios de asesoramiento para ayudar a dejar de fumar o vapear, los medicamentos como bupropión o vareniclina, los inhaladores orales de nicotina y los aerosoles nasales de nicotina, así como algunos productos de venta libre, como los parches transdérmicos de nicotina, la goma de mascar y las pastillas de nicotina. El siguiente recurso está disponible para ayudarle a dejar de fumar/vapear: <ul style="list-style-type: none"> • NJ Quitline: diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y obtenga apoyo de los asesores. Llame a la línea gratuita 1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m. (excepto los feriados), los sábados de 8 a.m. a 7 p.m. y los domingos de 9 a.m. a 5 p.m., hora del este. El programa es compatible con 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en njquitline.org.
Traslado (emergencia) <i>(ambulancias, unidades móviles de atención intensiva)</i>	Cubierto. Cobertura para el cuidado de emergencia como, por ejemplo, los servicios de traslado en ambulancia y de las unidades móviles de atención intensiva.
Traslado (no de emergencia) <i>(ambulancias para casos que no son de emergencia, vehículos de asistencia médica (MAV), servicio de transporte público, clínicas)</i>	Cubierto por la metodología FFS. La metodología de pago por servicio de Medicaid cubre todos los traslados que no sean de emergencia, como los servicios de los vehículos de asistencia móvil (Medical Assistance Vehicles, MAV) y las ambulancias de asistencia vital básica (Basic Life Support, BLS) para casos que no sean de emergencia (camilla). También se cubren los servicios de transporte público, como los pases y billetes de autobús y tren, los servicios de automóviles y el reembolso de millas. Es posible que se requieran órdenes médicas u otro tipo de coordinación de Horizon NJ Health, del PCP o de los proveedores. Los servicios de transporte de Modivcare están cubiertos. Todos los medios de transporte, incluidos los servicios de transporte contratados, están disponibles para todos los miembros. Para los servicios relacionados con la COVID-19, se cubren los servicios de transporte de vehículos/carros, los servicios ambulatorios, los servicios ambulatorios con asistencia, las sillas de ruedas, las camillas, los pases de autobús/transporte público y el reembolso de millas.

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Atención médica de urgencia	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubre la atención para tratar una lesión o enfermedad repentina que no es una emergencia médica, pero que podría dañar su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que usted reciba tratamiento médico en el plazo de 24 horas para evitar que su afección empeore).</p>
Servicios de atención para la vista	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren los servicios de atención para la vista médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de una enfermedad o lesión en el ojo, incluido un examen oftalmológico completo una vez al año. Se cubren los servicios de un optometrista y los aparatos ópticos, como ojos artificiales, dispositivos para casos de vista reducida, dispositivos para entrenar la vista y lentes intraoculares.</p> <p>Se cubren exámenes anuales de retinopatía diabética para miembros con diabetes.</p> <p>Las pruebas de glaucoma se cubren cada cinco años para personas de 35 años o más y cada 12 meses para las personas con un alto riesgo de glaucoma.</p> <p>Se cubren determinadas pruebas de diagnóstico adicionales para miembros con degeneración macular relacionada con la edad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Lentes correctivos 	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubre un par de lentes/marcos o lentes de contacto cada 24 meses para los miembros de 19 a 59 años y una vez por año para los miembros menores de 18 años y mayores de 60 años.</p> <p>Se cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con una lente intraocular.</p>

Beneficios de salud conductual

Horizon NJ Health cubre diversos beneficios de salud conductual para usted. La salud conductual incluye los servicios de salud mental y para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD). Horizon NJ Health cubre algunos servicios para usted, mientras que otros se pagan directamente a través de la metodología de pago por servicio (FFS) de Medicaid. Encontrará más información en el siguiente cuadro. Al solicitar una autorización previa o prepararse para recibir un servicio de salud conductual, los miembros y proveedores deben llamar a Horizon NJ Health para todos los servicios cubiertos. En el caso de los servicios cubiertos por la metodología FFS, los miembros y proveedores deben llamar a ReachNJ, la entidad gestora interina (Interim Managing Entity, IME), al **1-844-276-2777 (TTY 711)**, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. En el caso de los servicios cubiertos por Horizon NJ Health, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Salud mental	
Rehabilitación de salud mental para adultos <i>(departamentos y hogares grupales supervisados)</i>	Cubierto.
Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados	Cubierto.
Red de médicos independientes (IPN) <i>(psiquiatra, psicólogo o enfermero practicante avanzado [APN])</i>	Cubierto.
Salud mental para pacientes ambulatorios	Cubierto.
Atención parcial <i>(salud mental)</i>	Cubierto.
Salud mental con hospitalización parcial para atención aguda/ hospitalización psiquiátrica parcial	Cubierto.
Servicios de emergencia psiquiátrica (PES)/ servicios de emergencia afiliados (AES)	Cubierto por la metodología FFS.

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Trastorno por abuso de sustancias	
Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias	La Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine, ASAM) proporciona pautas que se utilizan para determinar qué tipo de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) es adecuado para una persona que necesita servicios relacionados con un SUD. Algunos de los servicios de este cuadro muestran el nivel de ASAM relacionado con estos (que incluyen "ASAM" seguido de un número).
Control ambulatorio de la abstinencia con monitoreo extendido en el sitio/ desintoxicación ambulatoria <i>ASAM 2; WM</i>	Cubierto.
Servicios de administración de atención médica	Cubierto.
Desintoxicación médica para pacientes hospitalizados/control de la abstinencia para pacientes hospitalizados controlada médicamente (en el hospital) <i>ASAM 4; WM</i>	Cubierto.
Centro residencial a largo plazo (LTR) <i>ASAM 3.1</i>	Cubierto.
Desintoxicación no médica/control no hospitalario de la abstinencia <i>ASAM 3.7; WM</i>	Cubierto.
Tratamiento de adicciones en el consultorio (OBAT)	Cubierto. Se cubre la coordinación de servicios para pacientes según sea necesario para crear y mantener un plan de atención de SUD integral e individualizado y hacer referencias a los programas de apoyo comunitario según sea necesario.

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Beneficio
Trastorno por abuso de sustancias	
Servicios de tratamiento para los trastornos por consumo de opioides	Cubierto.
Servicios de apoyo de recuperación de pares	Cubierto. Incluye la cobertura del tratamiento de medicación asistida (Medication Assisted Treatment, MAT) con metadona y el tratamiento de medicación asistida sin metadona. La cobertura del tratamiento de medicación asistida sin metadona incluye (entre otros) los medicamentos del tratamiento antagonista y agonista con opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y el surtido y la administración de dichos medicamentos; el asesoramiento para trastornos por abuso de sustancias; los servicios de terapia grupal e individual; y las pruebas de toxicología.
Tratamiento intensivo ambulatorio (IOP) para trastornos por abuso de sustancias <i>ASAM 2.1</i>	Cubierto.
Tratamiento ambulatorio (OP) para trastornos por abuso de sustancias <i>ASAM 1</i>	Cubierto.
Atención parcial para trastornos por abuso de sustancias (PC) <i>ASAM 2.5</i>	Cubierto.
Atención residencial de corto plazo (STR) para trastornos por abuso de sustancias <i>ASAM 3.7</i>	Cubierto.

Sus beneficios (continuación)

Usted tiene acceso a los beneficios de NJ FamilyCare.

Servicio	Descripción
Hospitalización parcial para enfermedades agudas (salud mental)	Servicios que brindan un programa de rehabilitación psiquiátrica no residencial para miembros con una enfermedad mental grave.
Atención en el hogar para adultos	Residencia en la casa o el departamento de un cuidador capacitado que brinda apoyo y servicios al miembro.
Rehabilitación de salud mental para adultos (AMHR)	Un hogar de grupo residencial supervisado que brinda servicios de salud mental.
Servicios de vivienda asistida	Un centro autorizado por el Departamento de Salud para brindar alojamiento similar a un apartamento.
Programa de vivienda asistida	Servicio de vivienda asistida para los residentes de ciertos edificios de viviendas para personas mayores subsidiadas públicamente.
Administración de salud conductual: lesión cerebral traumática (TBI) (grupale individual)	Programa que se brinda dentro o fuera del hogar y que está diseñado para tratar al miembro y a los cuidadores cuando se haya diagnosticado una TBI al miembro.
Administración de atención médica	Conjunto de pasos lógicos centrados en los miembros y orientados a los objetivos para garantizar que el miembro obtenga los servicios que necesita de manera eficiente y oportuna y brindándole apoyo.
Capacitación del cuidador/participante	Capacitación para cuidadores
Servicios de tareas	Servicios que se necesitan para mantener el hogar limpio y seguro; no son las tareas domésticas de todos los días.
Terapia cognitiva (grupale individual)	Servicios para ayudar a brindar apoyo ante la pérdida de una función.
Servicios residenciales comunitarios	Servicios que ayudan a brindar apoyo y supervisar a los miembros que hayan recibido un diagnóstico de TBI.
Servicios de transición a la comunidad	Servicios que se prestan para ayudar a una persona a trasladarse de un ámbito institucional a su hogar en la comunidad.

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Descripción
Atención de apoyo en el hogar	Servicios que brindan asistencia con las necesidades del hogar (p. ej., preparación de comidas, lavado de ropa).
Servicio de comidas a domicilio	Comidas preparadas que se entregan en su hogar.
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Servicios de atención de la salud mental que recibe en un hospital, los cuales requieren que se le admita como paciente hospitalizado.
Dispositivo de suministro de medicamentos	Dispositivo que ayuda a administrar los medicamentos y que le recuerda cuándo debe tomar sus medicamentos.
Transporte no médico	Transporte que se utiliza para acceder a los servicios y las actividades de la comunidad.
Servicios en centros de enfermería (atención de custodia)	Atención en un centro con supervisión médica las 24 horas y atención de enfermería permanente.
Terapia ocupacional (grupal e individual)	Servicios para ayudar a prevenir la pérdida de una función.
Servicios de tratamiento para los trastornos por consumo de opioides	Medicamentos para el mantenimiento o la desintoxicación en combinación con asesoramiento psicológico para los trastornos por consumo de sustancias en un centro de tratamiento autorizado.
Servicios hospitalarios/ clínicos de salud mental para pacientes ambulatorios	Servicios de salud mental proporcionados en un entorno comunitario a miembros con un diagnóstico psiquiátrico.
Servicios de atención de tiempo parcial	Servicios clínicos y de recuperación no residenciales para ayudar a que las personas con enfermedades mentales graves vuelvan a incorporarse a la comunidad y a evitar la hospitalización y las recaídas (p. ej., asesoramiento, servicios prevocacionales).
Sistemas de respuesta para emergencias personales	Dispositivo que permite que un miembro llame para pedir ayuda en caso de emergencia.
Fisioterapia (grupal e individual)	Servicios para ayudar a prevenir la pérdida de una función.
Atención de enfermería privada (adultos)	Servicios de enfermería médicamente necesarios.

Sus beneficios (continuación)

Servicio	Descripción
Modificaciones en la vivienda	Adaptaciones físicas en la vivienda principal privada de un miembro que son necesarias para garantizar su salud y seguridad (p. ej., rampa para silla de ruedas).
Atención de relevo (diaria y por hora)	Beneficio para darles un descanso a los cuidadores.
Asistencia social para adultos de día	Programa grupal comunitario que ofrece servicios sociales, de salud y de apoyo en relación con un ámbito de protección.
Centro de enfermería de atención especializada (SCNF)	Centro con supervisión médica las 24 horas y atención de enfermería permanente para personas que necesitan servicios intensivos más allá de los que se brindan en un centro de enfermería regular.
Terapia del habla, el lenguaje y la audición (grupal e individual)	Servicios para ayudar a prevenir la pérdida de una función.
Programa estructurado de día	Programa estructurado de día para brindar asistencia a los miembros con el desarrollo, la independencia y las habilidades para vivir en la comunidad.
Servicios de apoyo de día	Actividades diseñadas para que los miembros desarrollen patrones de actividades productivas.
Modificaciones de vehículos	Modificaciones al vehículo familiar o del miembro para permitir una mayor independencia.

Sus beneficios (continuación)

Es posible que los siguientes servicios estén a su disposición cuando sean evaluados como una necesidad y estén identificados en su plan de atención:

Servicios no cubiertos por la metodología de pago por servicio de NJ FamilyCare ni por Horizon NJ Health

Los siguientes servicios no están cubiertos por Horizon NJ Health ni por la metodología de pago por servicio de Medicaid:

- Todos los servicios que no sean médicamente necesarios o que no sean proporcionados, aprobados o coordinados por un médico participante de Horizon NJ Health (dentro del alcance de su práctica), salvo el cuidado de emergencia.
- Cualquier servicio cubierto por cualquier otra póliza de seguro de salud u otro sistema de beneficios de salud privado o gubernamental o responsabilidad de terceros.
- Cualquier servicio cubierto por cualquier otra póliza de seguro u otro sistema de beneficios de salud privado o gubernamental o responsabilidad de terceros.
- Servicios o cirugías de carácter estético, excepto cuando sean médicamente necesarias y estén aprobadas.
- Procedimientos experimentales o procedimientos que no estén aprobados como eficaces, incluidos los trasplantes de órganos experimentales.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad (lo que incluye la reversión de esterilizaciones y las visitas al consultorio médico y clínico, los medicamentos, los servicios de laboratorio, los servicios radiológicos y de diagnóstico, y los procedimientos quirúrgicos relacionados).
- Atención médica de relevo durante más de 30 días por año.
- Curas de reposo, artículos y servicios de comodidad personal y conveniencia, y suministros que no estén directamente relacionados con la atención del paciente. Entre los ejemplos se incluyen comidas para acompañantes y cargos telefónicos.
- Servicios en los cuales los registros de atención médica no reflejen los requisitos del procedimiento descrito o el código de procedimiento utilizado por el proveedor.
- Servicios que involucren el uso de equipos en centros en los que la compra, el alquiler o la construcción de dichos equipos no haya sido aprobada por el estado de Nueva Jersey.
- Servicios o artículos reembolsados según la presentación de un estudio de costos en el que no haya evidencia que respalde los costos en los que supuestamente se incurrió o los ingresos del beneficiario para compensar esos costos. Si no se encuentran disponibles los registros financieros, es posible que un proveedor verifique los costos o los ingresos disponibles por medio de otra evidencia que acepte NJ FamilyCare.
- Servicios prestados por un familiar inmediato o un miembro del hogar, a menos que se proporcionen en virtud del Programa autodirigido.
- Servicios prestados por una institución dirigida por el gobierno federal o en una de estas instituciones, como la Administración de la Salud de los Veteranos (Veterans Health Administration).
- Servicios prestados mientras la persona se encuentra en servicio militar activo o que comenzaron mientras la persona prestaba dichos servicios.
- Servicios prestados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Servicios prestados sin cargo. Los programas que se ofrecen de forma gratuita por medio de entidades públicas o voluntarias deben utilizarse en la mayor medida posible.
- Servicios que resulten de una afección relacionada con el trabajo o una lesión accidental cuando los beneficios estén disponibles por medio de una ley de compensación de los trabajadores, ley de beneficios por discapacidad temporal, ley de enfermedad ocupacional u otra ley similar.

Sus beneficios (continuación)

Servicios dentales

Una buena salud bucal es importante para la salud general de su cuerpo. Debe visitar a su dentista al menos dos veces al año para realizarse un examen bucal y una limpieza, y completar cualquier curso de tratamiento que le recomiende. Las visitas dentales de un niño deben comenzar cuando este cumple 1 año o cuando se puede ver el primer diente. Todos los miembros de NJ FamilyCare tienen beneficios dentales integrales. Los controles dentales dos veces al año son un beneficio cubierto. Los miembros con necesidades de atención médica especiales tienen cobertura para realizar visitas con mayor frecuencia. Algunos servicios requieren una autorización previa (aprobación) y documentación que demuestre la necesidad médica.

Los servicios de ortodoncia están permitidos para niños y tienen restricción de edad. Solo se aprueban con documentación suficiente que demuestre una maloclusión incapacitante o necesidad médica. El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio solo se cubre con una autorización previa y documentación que demuestre la necesidad médica.

No necesita una autorización previa para obtener atención dental de rutina, como limpiezas regulares, empastes y radiografías. Puede seleccionar su dentista o especialista dental en el *Buscador de médicos y hospitales (Doctor & Hospital Finder) en línea*, que incluye una lista de dentistas participantes generales y pediátricos para miembros de entre 0 y 6 años. Para obtener una lista de dentistas, visite horizonNJhealth.com/findadoctor y seleccione "Dentist" (Dentista) del menú desplegable. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Servicios para la vista

Los miembros cuentan con cobertura para realizarse exámenes de la vista de rutina cada uno o dos años, según su edad y estado de salud. En algunos casos quizás necesite realizarse más exámenes durante el año o visitar a un especialista de la vista (oftalmólogo).

Los miembros que sean diabéticos deben realizarse un examen de la vista cada año, incluido un examen de retina con pupila dilatada (Dilated Retinal Eye, DRE).

Tendrá que consultar a un oftalmólogo que participe en Horizon NJ Health. Para encontrar un oftalmólogo cerca de usted, visite horizonNJhealth.com/findadoctor o llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Servicios de laboratorio

Labcorp es su proveedor de servicios de laboratorio. Su médico le entregará una receta para que se realice las pruebas de laboratorio. Presente su receta y su tarjeta de identificación de miembro de Horizon NJ Health cuando le realicen pruebas de laboratorio.

Puede usar el *Buscador de médicos y hospitales (Doctor & Hospital Finder) en línea* para encontrar una ubicación de Labcorp cerca de usted. Además, Labcorp ofrece la posibilidad de programar sus citas en línea en todos los Centros de Servicios a Pacientes de Nueva Jersey. Visite el sitio web Labcorp.com/PSC para encontrar un centro. También atienden a pacientes sin cita previa.

Su médico le dará los resultados de sus pruebas de laboratorio. También podrá utilizar *Labcorp Patient*, un servicio en línea, para descargar e imprimir los resultados de sus pruebas. Visite el sitio web Patient.labcorp.com para registrarse. Labcorp le entregará los resultados de sus pruebas a su médico antes de publicarlos en su cuenta en línea.



Términos importantes

Oftalmólogo: un médico que trata a las personas con problemas de la vista y enfermedades de los ojos, y realiza cirugías oculares.

Sus beneficios (continuación)

Servicios de recetas

Horizon NJ Health cubre muchos medicamentos a bajo costo o sin costo alguno para usted. Los medicamentos recetados aprobados conforman nuestra lista de medicamentos aprobados o formulario. Es importante que los medicamentos que tome sean seguros y eficaces. Es por eso que Horizon NJ Health tiene un comité compuesto por médicos y farmacéuticos que revisan y aprueban nuestra lista de medicamentos aprobados.

Si su médico quiere recetarle un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos aprobados, deberá llamarnos para obtener una autorización previa. Una autorización previa es una aprobación que el médico debe obtener de nosotros para que cubramos el costo.

Ciertos productos de venta libre (over-the-counter, OTC) se cubren con una receta escrita del médico que emite la receta. En el caso de los miembros que residen en un centro de atención a largo plazo, los medicamentos OTC, por lo general, son proporcionados por la institución, y no por Horizon NJ Health. Algunos medicamentos no están cubiertos por su beneficio de farmacia. Esto incluye, entre otros, los medicamentos para tratar la infertilidad, los fármacos para bajar de peso y los medicamentos para la disfunción eréctil.

Horizon NJ Health solicita que se utilicen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Si su médico decide que debe tomar un medicamento que no está en la lista de medicamentos aprobados, como un

medicamento de marca exceptuado, puede solicitar un permiso especial para que usted pueda obtener el medicamento. Mientras usted espera una respuesta, la farmacia puede proporcionar un suministro del medicamento para 72 horas. Nuestro Departamento de Farmacia trabajará con su médico para satisfacer sus necesidades de medicamentos recetados. Si tiene preguntas, llame al **1-800-682-9094 x91016 (TTY 711)**.

La lista de medicamentos aprobados (formulario) se actualiza en forma anual y a medida que se implementan cambios o se aprueban nuevos medicamentos. La lista de medicamentos aprobados se actualiza a partir de la fecha en que entran en vigencia los cambios en la lista. Los cambios a esta lista se incluyen en el boletín informativo para los miembros, que enviamos por correo a todos los miembros. Los medicamentos cubiertos, incluidos aquellos que requieren una autorización previa, se enumeran en nuestro sitio web en horizonNJhealth.com/covered_drugs. No hay copagos para sus medicamentos recetados.

Horizon NJ Health permite un suministro de hasta 30 días de medicamentos. Si actualmente se encuentra en un centro de atención a largo plazo, por lo general, será elegible para un suministro de 14 días de medicamentos como máximo. Se permite un suministro mayor a 14 días para ciertos tipos de medicamentos (por ejemplo, gotas oftálmicas). Si vive en un centro de atención a largo plazo, el centro utilizará productos farmacéuticos en formatos establecidos por la institución (por ejemplo, la insulina) cuando estén disponibles.



Términos importantes

Receta médica: una orden escrita por un médico para que obtenga un medicamento, una prueba u otro servicio de salud.

Formulario: una lista de medicamentos aprobados y cubiertos por Horizon NJ Health.

Sus beneficios (continuación)

Sus recetas pueden ser surtidas en cualquier farmacia participante. Para encontrar farmacias cerca de usted, visite horizonNJhealth.com o llame a Servicios para Miembros.

Nuestro sitio web cuenta con información sobre los procedimientos de administración de farmacias, lo que incluye la lista de medicamentos aprobados, las políticas y las limitaciones. Las limitaciones incluyen la cantidad, el plan, el suministro/surtido, la terapia escalonada (probar opciones menos costosas antes de “subir” a medicamentos que cuestan más) y la edad. Para obtener una copia impresa de los procedimientos de administración farmacéutica, llame al Departamento de Farmacia al **1-800-682-9094 x81016 (TTY 711)**.

Si toma medicamentos recetados para una afección crónica como la diabetes o el asma, es importante que los tome según las indicaciones. Tomar los medicamentos correctamente es fundamental para controlar su enfermedad.

Qué puede hacer:

- **Hable con su médico:** revise todos los medicamentos que toma (recetados y de venta libre) y comuníquelo a su médico si experimenta algún efecto secundario, como mareos.
- **Hable con su farmacéutico:** asegúrese de que comprende las instrucciones para tomar sus medicamentos.
- **Tómelos según las indicaciones:** tome todos los medicamentos exactamente como se indica en la etiqueta para asegurarse de que funcionen correctamente para tratar su afección.
- **Resurta sus recetas a tiempo:** resurta sus recetas antes de que se le acabe un medicamento. Consulte en su farmacia acerca de los resurtidos automáticos para asegurarse de contar siempre con sus medicamentos.
- **Surta todas las recetas en la misma farmacia:** de esta forma, el farmacéutico podrá saber todos los medicamentos que toma en caso de que haya algún problema.

Hable con su médico o farmacéutico si tiene alguna pregunta acerca de sus medicamentos.

Programa de Asignación cerrada de farmacias

Es posible que a los miembros que visitan a médicos diferentes se les receten varios tipos de medicamentos. Esto puede resultar peligroso. El programa de Asignación cerrada de farmacias coordina la atención de los miembros entre las farmacias y los médicos. Para garantizar que su farmacia esté coordinada, debe utilizar una sola farmacia para que surta sus recetas médicas. Esto le permite al farmacéutico saber sobre su salud y estar más preparado para brindarle ayuda con sus medicamentos. Es posible que se haga una revisión de los miembros que acuden a varias farmacias o médicos cada mes para garantizar que estén recibiendo la atención adecuada. Si se decide que el uso de una sola farmacia le ayudará a obtener una mejor atención, es posible que se efectúe una “asignación cerrada”, es decir, que se le designe una sola farmacia para acudir. Los miembros de Horizon NJ Health deben utilizar farmacias contratadas dentro de la red en el estado de Nueva Jersey para surtir sus recetas. Enviaremos cartas al miembro, a la farmacia y al médico cuando sea necesario aplicar el Programa de Asignación cerrada de farmacias. Los miembros pueden apelar la asignación cerrada de una farmacia.

Transporte médico

Proporcionaremos transporte de emergencia por tierra o aire a los miembros del programa MLTSS. Modivcare proporcionará todos los servicios de transporte médico que no sean de emergencia. Si necesita servicios especiales o transporte para su atención médica, puede llamar a Modivcare al **1-866-527-9933 (TTY 1-866-288-3133)**. También puede reservar su transporte en línea en modivcare.com. Para recibir servicios de transporte, como un servicio de automóvil para asistir a una cita médica, puede llamar a Modivcare para hacer una reserva. Existe un límite de 20 millas para el traslado hacia su proveedor, a menos que se proporcione una autorización para consultorios fuera de este radio. Debe llamar antes del mediodía, como mínimo, dos días antes del día en que necesita obtener el transporte. Una vez que haya finalizado su cita, si no ha programado una hora para que le recojan, usted o alguna persona del consultorio médico puede llamar al número telefónico de *Where's My Ride* (“¿Dónde está mi transporte”), al **1-866-527-9934 (TTY 711)** y solicitar que le recojan. El proveedor de transporte pasará a recogerle en un plazo de 90 minutos.

Sus beneficios (continuación)

Para informar a Modivcare sobre algún problema relacionado con su transporte, llame al **1-866-333-1735**.

Recuerde que no debe llamar a una ambulancia para recibir transporte de rutina.

Servicios de salud conductual

Horizon Behavioral Health proporciona sus beneficios de salud conductual. Puede consultar a un proveedor de servicios de salud mental o para trastornos por abuso de sustancias según sea necesario. Si necesita medicamentos para un tratamiento de salud mental o para el tratamiento de un trastorno por abuso de sustancias, su proveedor de servicios de salud mental o para trastornos por abuso de sustancias puede recetarle los medicamentos.

Comuníquese con un proveedor de salud conductual o avísele a su administrador de atención médica si experimenta alguno de los síntomas a continuación:

- Sensación de tristeza constantemente
- Sentimientos de desesperanza o impotencia
- Problemas para dormir
- Poco apetito
- Pérdida de interés en cosas que solía disfrutar
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad

Administración de la utilización

Queremos asegurarnos de que reciba la atención correcta, en el entorno apropiado. Para lograrlo, contamos con un proceso de administración de la utilización (Utilization Management, UM). El proceso de UM consiste en una revisión de la necesidad médica antes de que se presten los servicios. Esto garantiza que los médicos, hospitales, dentistas y otros proveedores le brinden servicios de calidad lo antes posible.

Nuestro equipo ofrece ayuda con las admisiones, las altas y los problemas relacionados con la duración de la estadía de un miembro al ser admitido en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. Cuando es necesario, proporcionamos a los médicos información sobre nuestra atención y los programas de control de enfermedades.

Principalmente, trabajamos con su PCP o especialista para asegurarnos de que usted reciba la atención constante que necesita. Si tiene preguntas, llame a su administrador de atención médica o a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410** (TTY 711).



Términos importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: sitio que proporciona atención quirúrgica, pero no proporciona atención con estadía nocturna.

Programas para usted

Horizon NJ Health ayuda a sus miembros a administrar diversos problemas de salud. Hable con su administrador de atención médica para obtener información sobre las siguientes afecciones:

- Asma
- Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Diabetes
- VIH/SIDA
- Hipertensión

Si usted se ha inscrito en alguno de nuestros programas de control de enfermedades y desea dejar de participar, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **1-844-444-4410**.

Servicios de planificación familiar

Si le interesan los servicios de anticoncepción y de planificación familiar, como las pruebas genéticas y los servicios de asesoramiento, podemos ayudarle a encontrar los servicios que necesita. También podemos ayudarle a encontrar médicos y clínicas cerca de usted. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de miembro de Horizon NJ Health cuando vaya a su cita. También puede obtener servicios de anticoncepción y planificación familiar de otras clínicas y médicos que acepten el programa NJ FamilyCare, pero que no se encuentren en la red de Horizon NJ Health. Use su tarjeta de identificación para beneficios médicos (HBID) si los visita.

Programa Horizon *Healthy Journey*

El programa Horizon *Healthy Journey* le recordará cuándo es momento de completar sus exámenes o servicios de salud preventivos. Es posible que reciba noticias nuestras a través de llamadas en vivo y automatizadas, mensajes de texto o recordatorios por correo. Trabajaremos con sus médicos para garantizar que conozcan los servicios recomendados para usted.

Servicios para mujeres

Si necesita obtener servicios de salud para mujeres o si va a tener un bebé, solicite una cita con un obstetra/ginecólogo o una enfermera obstétrica certificada (Certified Nurse Midwife, CNM) de la red de Horizon NJ Health.

Es importante que las mujeres visiten a un obstetra/ginecólogo para obtener atención de rutina. Las mujeres que tienen entre 21 y 65 años deben realizarse una prueba de Papanicolaou cada tres años. Las mujeres de entre 30 y 65 años deben realizarse una prueba de Papanicolaou combinada con una prueba del virus del papiloma humano cada cinco años. Una prueba de Papanicolaou es la mejor manera de detectar células precancerosas que pueden causar cáncer de cuello uterino. Las evaluaciones de rutina para detectar el cáncer de cuello uterino están cubiertas sin costo alguno para usted.

Se recomienda que las mujeres de 40 años o más se realicen una mamografía por año, la cual se cubre sin costo alguno para usted. Una mamografía puede detectar el cáncer de mama de manera temprana, a menudo entre un año y medio y dos años antes de que el bulto sea lo suficientemente grande como para sentirlo al tacto.

Ayuda para mujeres embarazadas: programa GEMS para mamás

Si cree estar embarazada, llame a su administrador de atención médica de inmediato para programar una cita. Como futura mamá, puede participar en el programa GEMS para mamás. GEMS significa "Servicios tempranos de maternidad" (Getting Early Maternity Services). El programa GEMS para mamás puede ayudarla a obtener una buena atención prenatal, educación sobre el parto y la lactancia, los servicios de una doula, asesoramiento nutricional y, después del nacimiento de su bebé, información sobre el posparto.



Términos importantes

Prueba de Papanicolaou: una prueba de detección de cáncer de cuello uterino.

Programas para usted (continuación)

Una vez que sepa que está embarazada, deberá notificar a la Junta de Servicios Sociales para asegurarse de mantener su elegibilidad para NJ FamilyCare durante todo su embarazo.

Durante el embarazo, debe visitar a su obstetra/ginecólogo:

- Al menos una vez durante los primeros dos meses o una vez que sepa que está embarazada.
- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.
- Cada dos semanas durante el séptimo y octavo mes.
- Todas las semanas durante el último mes.

Debe visitar a su obstetra/ginecólogo según lo programado después del nacimiento de su bebé para una visita posparto.

Si está embarazada o tiene hijos, es posible que sea elegible para participar en el programa Mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC). Este programa le proporcionará beneficios adicionales, como leche, huevos y queso sin cargo. Su administrador de atención médica le ayudará a inscribirse en el programa y concertar una cita.

Horizon NJ Health también puede ayudarle con los servicios de lactancia, mediante asesoramiento/clases sobre lactancia y asistencia para obtener un sacaleches y suministros.

Cómo mantener a los niños saludables

El programa de Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) es un beneficio exigido por el gobierno que brinda servicios de atención preventiva y completa para niños. Horizon NJ Health cuenta con diversos programas para garantizar que los niños reciban todos los beneficios del programa EPSDT hasta los 21 años.

El programa EPSDT ayuda a cumplir con las vacunas y las visitas de control para niños sanos. También les recuerda a los padres que deben solicitarle al PCP de sus hijos que realice pruebas de diagnóstico temprano de problemas médicos y que deben continuar con los controles a medida que el niño crezca.

Llevar a los niños al médico es de suma importancia para su crecimiento y desarrollo. Los niños necesitan visitar al médico varias veces al año hasta que cumplen los 2 años y al menos una vez al año desde los 2 hasta los 20 años. Los bebés deben visitar al médico en las siguientes edades:

- Después del nacimiento
- Dentro de los 3 a 5 días posteriores al alta hospitalaria
- 1 mes • 15 meses
- 2 meses • 18 meses
- 4 meses • 24 meses
- 6 meses • 30 meses
- 9 meses • Una vez al año hasta los 20 años
- 12 meses

Durante las visitas de control para niños sanos, el médico revisará la vista, la dentadura, la audición, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de su hijo, administrará las vacunas correspondientes, tratará cualquier problema identificado y derivará a su hijo a un especialista, si es necesario. Estas visitas son también un buen momento para hacer preguntas y conversar sobre los problemas o las inquietudes que tenga. Horizon NJ Health cubre todos estos servicios para los miembros de hasta 21 años.

Horizon NJ Health cubre medicamentos con y sin receta médica, servicios de respiradores en el hogar y enfermería privada para niños siempre que sea necesario.



Términos importantes

Atención prenatal: atención para mujeres embarazadas.

Atención posparto: atención para una mujer luego de que da a luz a un bebé.

Programas para usted (continuación)

Las vacunas son seguras y efectivas. Al vacunar a su hijo, puede protegerlo contra enfermedades graves como las siguientes:

- Enfermedad neumocócica invasiva
- Paperas
- Tétano
- Varicela
- Rotavirus
- Meningitis
- Difteria
- Rubéola
- Tos ferina
- Hepatitis A
- Poliomielitis
- Hepatitis B
- Influenza
- Sarampión

Sus hijos deben recibir estas vacunas importantes antes de que cumplan los dos años de edad.

Los niños deben realizarse su primer examen dental al cumplir un año o cuando salga el primer diente, lo que ocurra primero. El programa NJ Smiles permite que proveedores no dentales brinden servicios relacionados con exámenes bucales, evaluaciones de riesgo de caries, asesoramiento preventivo y aplicaciones de barniz con flúor para niños hasta los 3 años. Si se necesita atención adicional, los miembros pueden encontrar una lista completa de dentistas que tratan a niños menores de 6 años en el *Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de NJFC*. Esta lista separada de dentistas se encuentra en horizonNJhealth.com/kidsdentists.

Realice a sus hijos un análisis para detectar envenenamiento por plomo

El envenenamiento por plomo se produce cuando entra demasiado plomo en el cuerpo, al ingerirlo o respirarlo, o a través de la piel. Según las leyes estatales de Nueva Jersey, los niños deben realizarse pruebas para detectar envenenamiento por plomo entre los 9 y 18 meses (preferentemente a los 12 meses) y nuevamente entre los 18 y 26 meses (preferentemente a los 24 meses). Todo niño de 6 meses o más que haya estado expuesto a una fuente de plomo conocida o sospechada debe realizarse una prueba de plomo de inmediato. Si un niño de entre 24 meses y 6 años de edad no se ha realizado una prueba de detección de plomo en sangre, el niño debe hacerse la prueba de inmediato, independientemente de si se determina que el niño tiene un riesgo bajo o alto.

Los niños menores de 6 años que tengan niveles altos de plomo serán incluidos en un programa de administración de la atención por envenenamiento por plomo. Los administradores de atención médica por envenenamiento por plomo son enfermeros que trabajan con usted para ayudar a que su hijo esté libre de plomo. El programa de detección de plomo le brinda información sobre cómo mantener su hogar seguro y libre de plomo. Recibirá información sobre los niveles de plomo en sangre y sobre cómo prevenir el envenenamiento por plomo; esto incluye información sobre las tareas domésticas, la higiene y una nutrición apropiada. Es muy importante que respete las instrucciones de su médico al tratar problemas relacionados con el plomo.

Su administrador de atención médica trabajará con el PCP de su hijo, el Departamento de Salud, el programa WIC y los laboratorios para garantizar que se reduzcan todos los niveles altos de plomo en sangre de su hijo para que este pueda estar saludable.

Obtenga ayuda para dejar de fumar o de vapear

No fumar es una de las mejores cosas que puede hacer para mejorar su salud. Al dejar de fumar o vapear, puede mejorar su función pulmonar y su circulación. También puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca, cáncer y otros problemas de salud. Puede ayudarle a sumar años. La idea de dejar de fumar puede ser abrumadora, o también es posible que no sepa por dónde empezar. Estamos aquí para brindarle ayuda. Cubrimos asesoramiento, medicamentos recetados y productos de venta libre como parches de nicotina y goma de mascar para ayudarle a dejar de fumar o de vapear. También puede obtener ayuda de los siguientes medios:

- **NJ Quitline:** diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y obtenga apoyo de los asesores. Llame a la línea gratuita **1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677)** (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m. (excepto los feriados), los sábados de 8 a.m. a 7 p.m. y los domingos de 9 a.m. a 5 p.m., hora del este. El programa es compatible con 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en njquitline.org.

Programas para usted (continuación)

- **NJ Quitcenters:** reciba asesoramiento profesional en persona, en sesiones individuales o grupales. Para encontrar un centro, llame al **1-866-657-8677 (TTY 711)**.

Horizon Neighbors in Health: Education Works

Puede obtener un diploma de escuela secundaria equivalente a través de nuestro programa **Horizon Neighbors in Health: Education Works** sin costo para usted. El programa hará lo siguiente:

- **Le permitirá conectarse** con grupos de su zona para ayudarle a estudiar.
- **Le brindará asesoramiento telefónico** durante todo el proceso para ayudarle a seguir por buen camino.
- **Trabjará con usted personalmente** para comprender su situación y eliminar las barreras entre usted y el objetivo.
- **Pagará** los cargos previos a la evaluación y de la evaluación.*

Para obtener más información, llame al **1-609-537-2076 (TTY 711)** de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora del este, o visite horizonNJhealth.com/EducationWorks.

*Tendrá solo tres oportunidades.

Programa LifeLine

Horizon NJ Health trabaja con SafeLink Wireless para ofrecer el programa LifeLine sin costo alguno para usted. Es posible que sea elegible para recibir lo siguiente:

- Un teléfono inteligente gratis, 4.5 GB de datos y 350 minutos mensuales.
- Mensajes de texto ilimitados.
- Llamadas gratis a Servicios para Miembros de Horizon NJ Health que no se computarán en sus minutos.

Si ya tiene su propio teléfono, es posible que pueda usarlo para este programa. Para obtener más información y ver si es elegible, inscríbese en SafeLink.com o llame al **1-800-SafeLink (1-800-723-3546) (TTY 711)**.

Programa de conectividad asequible

El Programa de conectividad asequible (Affordable Connectivity Program, ACP) es un programa del gobierno nacional para ayudar a los estadounidenses de bajos ingresos a obtener acceso a Internet de alta velocidad. A través del ACP, usted podría obtener hasta \$30 de descuento por mes en su factura de servicio de Internet.

Puede reunir los requisitos para el ACP:

- A través de su participación en otros programas gubernamentales (por ejemplo, Medicaid).
- Según los ingresos anuales de su hogar.
- Al participar en el plan de bajos ingresos de un proveedor de servicios de Internet.

Para obtener más información sobre el ACP o para averiguar si reúne los requisitos o para inscribirse, visite affordableconnectivity.gov.

Programa Lifeline + ACP

Si califica para los programas Lifeline y ACP, es posible que sea elegible para lo siguiente:

- Llamadas, mensajes de texto y datos móviles ilimitados.
- 10 GB de punto de acceso móvil.
- Teléfono inteligente gratuito.
- Llamadas gratuitas a Servicios para Miembros de Horizon NJ Health.

Para obtener más información o para inscribirse, visite SafeLink.com o llame al **1-800-SafeLink (1-800-723-3546) (TTY 711)**.

Sus derechos y responsabilidades

Como miembro de Horizon NJ Health, usted tiene derecho a lo siguiente:

- A recibir servicios independientemente de su edad, raza, religión, color, credo, género, nacionalidad, ascendencia, creencias políticas, orientación o preferencia sexual o afectiva, estado de salud, estado civil o discapacidad.
- A que se le trate con respeto y dignidad, y a que se respete su privacidad en todo momento.
- A tener acceso a una atención que no tenga límites de comunicación ni de acceso, lo cual incluye la asistencia de un traductor si es necesario.
- A recibir atención médica de manera oportuna y tener acceso a un PCP o médico que le brinde ayuda. El PCP es el médico al que verá la mayor parte del tiempo y que coordinará su atención. El médico estará disponible para usted las 24 horas del día, los 365 días del año, en caso de que necesite atención de urgencia. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 1. A elegir su propio médico de la lista de médicos de Horizon NJ Health.
 2. A recibir una lista actualizada de los médicos dentro de la red de Horizon NJ Health que pueden brindarle atención.
 3. A aceptar que un médico puede decidir que sus servicios como miembro deben limitarse o que no deben prestarse en absoluto.
 4. A no tener "leyes de silencio" en Horizon NJ Health. Esto quiere decir que los médicos pueden analizar con usted libremente todas las opciones de tratamientos médicos aunque los servicios no estén cubiertos por Horizon NJ Health.
 5. A saber de qué manera Horizon NJ Health les paga a sus médicos. Esto le ayudará a saber si existen razones económicas vinculadas con las decisiones médicas.
 6. A no recibir facturas adicionales de parte de los médicos. Su seguro de salud les paga a los médicos un monto de dinero. El médico no puede cobrarle más de lo que permite su plan, incluso si ese monto no es el que el médico elige cobrar.
 7. A formar parte de las conversaciones con su médico para tomar decisiones sobre su atención médica.
 8. A recibir información y a tener conversaciones abiertas sobre su afección médica y las maneras de tratar dicha afección.
 9. A elegir entre diferentes maneras de tratar su afección que sean presentadas de forma clara y comprensible, independientemente del costo y de lo que cubran sus beneficios.
 10. A que se le explique su afección médica a un miembro de la familia o a un tutor en caso de que usted no pueda comprenderla, y que se escriba en sus registros médicos.
 11. A rechazar un tratamiento médico con el conocimiento de los resultados si elige no recibir tratamiento médico.
 12. A rechazar la atención de un médico específico.
 13. A recibir atención que respalde una calidad de vida significativa y que no incluya procedimientos perjudiciales, entre ellos, restricciones físicas o aislamiento innecesarios, medicamentos excesivos, abuso físico o psicológico y negligencia.

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- A elegir a sus especialistas. Los especialistas son médicos que tratan enfermedades o problemas especiales. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 1. A obtener ayuda para encontrar a un especialista si necesita uno.
 2. A visitar a un médico para tener una segunda opinión u obtener otro punto de vista en ciertos casos.
 3. A consultar a un especialista que tenga experiencia en tratar su discapacidad o afección de salud.
 4. A recibir atención de un médico que no trabaje con Horizon NJ Health cuando un médico de Horizon NJ Health no esté disponible, según lo establecido en el plan.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- A llamar al **911** por una situación que pueda poner en riesgo su vida sin avisar a Horizon NJ Health antes de hacerlo. Si usted va a la sala de emergencia, tiene derecho a lo siguiente:
 1. A que Horizon NJ Health pague un examen médico en la sala de emergencia para saber si existe una afección médica de emergencia.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- A recibir ciertos beneficios de cobertura después del nacimiento de un hijo. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 1. A permanecer en el hospital por 48 horas como mínimo después de haber dado a luz por parto vaginal normal, o por 96 horas como mínimo después de una cesárea.
 2. A recibir hasta 120 días de continuación de su cobertura, en caso de que sea médicamente necesario, con un médico que ya no esté en la red de Horizon NJ Health, en las siguientes circunstancias:

- Hasta seis meses después de una cirugía.
- Seis semanas después del parto.
- Un año de tratamiento psicológico u oncológico (cáncer).

No se continuará la cobertura si el médico abandona su trabajo porque representa un riesgo para sus pacientes, ha cometido fraude o ha sido sancionado por la Junta Estatal de Examinadores Médicos.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- A dar instrucciones sobre su atención médica y a designar a otra persona para que tome por usted decisiones respecto de su atención médica. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 1. Redactar una directiva anticipada sobre su atención médica. La directiva anticipada también se conoce como testamento en vida. Incluye instrucciones que indican qué acciones deben realizarse respecto de la salud de una persona si esta ya no puede tomar decisiones. La ley federal exige que los médicos pregunten sobre la directiva anticipada de un miembro.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- A realizar preguntas para recibir respuestas e información sobre su plan de salud y sobre cualquier cosa que no comprenda. También puede hacer sugerencias. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 1. A que le avisen, en forma oportuna, sobre cualquier modificación a sus beneficios o al estado de su médico.
 2. A sugerir modificaciones en las políticas, los procedimientos y los servicios. También puede proponer cambios a sus propios derechos y responsabilidades.
 3. A consultar sus registros médicos sin cargo.
 4. A que se le notifique por escrito si Horizon NJ Health decide cancelar su membresía.
 5. A comunicarle a Horizon NJ Health cuando ya no desee ser miembro.

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- A apelar una decisión en función de una necesidad médica por la cual se niegue o limite la cobertura que recomienda su médico, primero dentro de Horizon NJ Health y luego a través de una organización independiente que pueda tomar una decisión. Una apelación es una solicitud que usted presenta ante Horizon NJ Health sobre decisiones que se hayan tomado respecto de su atención. Esto incluye el derecho a lo siguiente:

1. A presentar, en su lengua materna, un reclamo sobre la organización o la atención brindada.
2. A saber que ni usted ni su médico pueden ser sancionados por presentar un reclamo o una apelación en contra de Horizon NJ Health. Además, no se cancelará su inscripción como miembro por presentar un reclamo o una apelación en contra de Horizon NJ Health.
3. A comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos si no está conforme con la decisión de Horizon NJ Health respecto de un reclamo o una apelación.
4. A utilizar el proceso de audiencia imparcial de Medicaid si es elegible para hacerlo.

Sus responsabilidades como miembro

Como miembro de Horizon NJ Health, usted tiene responsabilidades. Usted es responsable de lo siguiente:

- De tratar a los médicos y a todos los proveedores de atención médica con respeto y amabilidad.
- De hablar abierta y honestamente con su PCP o especialista cuando le dé información sobre su salud.
- De obtener atención de un médico con regularidad para proteger su salud. Esto incluye programar citas para controles de rutina y vacunas.
- De respetar las reglas de atención médica de Horizon NJ Health.

- De brindar la información necesaria a su médico y a Horizon NJ Health de manera que se le pueda proporcionar atención.
- De realizar preguntas a su médico para poder comprender sus problemas de salud y la atención que está recibiendo.
- De desarrollar objetivos de tratamiento con su médico en los que ambos estén de acuerdo.
- De cumplir con las recomendaciones de su médico y considerar los resultados que puede implicar no cumplir con estas recomendaciones.
- De respetar las citas y llamar con anticipación si necesita cancelar una cita.
- De leer todos los materiales para miembros de Horizon NJ Health y respetar las reglas de membresía.
- De seguir los pasos apropiados al presentar reclamos sobre la atención.
- De obtener información sobre problemas de salud mediante programas educativos cuando estos se ofrezcan.
- De pagar los copagos (el monto que, de acuerdo con su plan de salud, debe pagar al recibir la atención) cuando deba hacerlo.
- De comunicarles al coordinador de beneficios de salud y a Horizon NJ Health con qué médicos se está atendiendo cuando se inscriba en Horizon NJ Health.

Tratamiento de menores

Horizon NJ Health brindará atención a los miembros menores de 18 años de acuerdo con todas las leyes. El tratamiento se proporcionará a solicitud de los padres, por separado o en conjunto, o de otras personas que tengan la responsabilidad legal de la atención médica del menor. Tiene el derecho de tomar decisiones informadas y permitir que se realicen tratamientos a sus dependientes menores de edad o menores de 18 años.

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

En ciertos casos, las leyes de Nueva Jersey permiten que los menores tomen ellos mismos decisiones respecto de su atención médica. Horizon NJ Health permitirá que se trate a un menor sin el consentimiento de uno o ambos padres o de su tutor en los siguientes casos:

- Menores que van a una sala de emergencia para recibir tratamiento a causa de una afección médica de emergencia.
- Menores que desean recibir servicios de planificación familiar, atención por maternidad o servicios por enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Menores que viven solos y tienen su propia tarjeta de identificación de NJ FamilyCare o su propia tarjeta de identificación para beneficios médicos (HBID) como jefes de familia.

Su información de salud personal

Existen leyes federales que protegen su información de salud personal (personal health information, PHI). Esta es información sobre usted y puede describir su historia clínica, la información de su seguro, sus pruebas y los resultados de estas, y demás información que le permitirá obtener la atención adecuada.

Horizon NJ Health utiliza su PHI para lo siguiente:

- Pagar reclamaciones de proveedores.
- Brindarle información sobre programas y servicios de administración de atención médica que se ajusten a sus necesidades.
- Compartirla con un representante personal, por ejemplo, un miembro de la familia, si así lo solicita.
- Compartirla con autoridades encargadas del cumplimiento de la ley cuando así lo exija la ley.
- Compartirla con investigadores cuando se lo solicite, de acuerdo con los requisitos legales.

Horizon NJ Health cuenta con procedimientos para que su PHI se mantenga en privado. Esto incluye el uso de sistemas tecnológicos seguros, procedimientos de administración de consultorios y registros, y capacitaciones del personal.

Además, usted tiene derecho a lo siguiente:

- A que se respete la privacidad de su información y de sus registros médicos.

- A solicitar acceso para revisar y realizar copias de su PHI.
- A solicitar que se agregue algo a su PHI.
- A solicitar cierto uso de la PHI y que se prohíba compartir parte de la información.
- A solicitar que se le envíen comunicaciones confidenciales de su PHI en caso de que la divulgación a terceros pueda perjudicarlo.
- A recibir información sobre ciertos datos que se divulgan sobre usted.

Si desea presentar alguna solicitud relacionada con sus derechos legales o desea obtener información, comuníquese con Horizon NJ Health al **1-844-444-4410** (TTY **711**). Pida hablar con el coordinador de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Si desea presentar un reclamo sobre la manera en que se utilizó su PHI, puede hacerlo por medio del proceso de reclamos que se describe en la página 61.

Directivas anticipadas

Es recomendable redactar una directiva anticipada. Una directiva anticipada es un formulario legal que informa a su familia y sus médicos cómo desea que le traten si su estado es muy débil y no puede comunicar sus deseos.

Algunas veces se denomina testamento en vida.

Existen en Nueva Jersey tres tipos de directivas anticipadas:

- Una **directiva por poder** significa que usted puede elegir a una persona adulta para que tome decisiones sobre su atención médica en su nombre si su médico indica que usted no es capaz de comprender su diagnóstico o sus opciones de atención.
- Una **directiva de instrucción** establece qué atención desea o no desea en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones.
- Una **directiva combinada** designa a una persona y proporciona las instrucciones de atención.

Ahora bien, cuando usted está saludable es cuando debe pensar en una directiva anticipada. Su médico puede ayudarle a realizarla. Converse con él sobre sus opciones de atención y sobre qué incluir.

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

Puede obtener más información a través de la Agencia de Asistencia Social del condado (County Welfare Agency). Puede encontrar un formulario de directiva anticipada fácil de usar en el sitio web del estado de Nueva Jersey en state.nj.us/health/advancedirective. Una vez que haya creado una directiva anticipada, compártala con su médico y con sus seres queridos y guarde una copia en un lugar seguro.

Cómo denunciar casos de abuso, negligencia o explotación

Tiene derecho a recibir atención sin explotación, fraude ni abuso. Los profesionales, incluidos los proveedores de atención, deben presentar una denuncia si sospechan un caso de abuso, negligencia o explotación:

- Sobre niños o adultos que viven en un ámbito comunitario.
- Sobre personas mayores que viven en residencias con servicios de enfermería u otros centros de atención médica a largo plazo.

Si cree que está sufriendo una situación de abuso, negligencia o explotación, infórmelo de inmediato a la fuente correspondiente que se indica a continuación:

Servicios de Protección para Adultos

Si alguien que conoce tiene 18 años o más, vive en la comunidad y es víctima de abuso, negligencia o explotación, comuníquese con la oficina de Servicios de Protección para Adultos (Adult Protective Services, APS) de su condado. El programa APS de Nueva Jersey tiene oficinas en cada uno de los 21 condados.

Llame al 1-609-588-6501 o al **1-800-792-8820** (TTY 711)

Fuera del horario de atención: llame a la policía local o al **911** en caso de emergencia

Correo postal:

State Office NJ Department of Human Services
Division of Aging Services
PO Box 812
Trenton, New Jersey 08625-0812

Para obtener más información, visite state.nj.us/humanservices/doas/services/aps/.

Servicios de Protección Infantil

La División de Protección al Niño y Permanencia (Division of Child Protection and Permanency, DCP&P) de Nueva Jersey administra todas las denuncias de abuso y negligencia infantiles, incluidos aquellos episodios que se producen en ámbitos institucionales, como centros de atención infantil, escuelas, hogares temporales y centros de tratamiento residenciales. Si el niño se encuentra en peligro inmediato, llame al **911** y a la línea gratuita disponible las 24 horas del Registro Central Estatal (State Central Registry, SCR) al **1-877-NJ ABUSE (1-877-652-2873)** (TTY **1-800-835-5510**).

Investigación y quejas sobre los centros para adultos mayores

La Oficina del Defensor de la Atención a Largo Plazo (Office of the Long Term Care Ombudsman) investiga las denuncias de abuso y negligencia de personas mayores de 60 años que viven en residencias con servicios de enfermería y otros centros de atención médica a largo plazo, como centros de vivienda asistida.

Línea directa gratuita las 24 horas:

1-877-582-6995

Correo electrónico: ombudsman@ltco.nj.gov

Correo postal: The Office of the Ombudsman
PO Box 852

Trenton, NJ 08625-0852

Fax: 1-609-943-3479

La División de Operaciones de Campo y Encuesta de Centros de Salud (Division of Health Facility Survey and Field Operations) de Nueva Jersey investiga las quejas contra centros de atención médica, residencias con servicios de enfermería, residencias de vivienda asistida, hogares de atención personal integral, centros de atención médica para adultos de día, y otros centros autorizados de atención a largo plazo y de enfermedades agudas.

Línea directa gratuita las 24 horas:

1-800-792-9770

En línea: presente una queja en web.doh.state.nj.us/fc/search.aspx

Correo postal: New Jersey Department of Human Services

Division of Health Facility Survey and Field Operations

PO Box 367 Trenton, NJ 08625-0367

Más información sobre Horizon NJ Health

Puede encontrar más información en nj.gov/health/healthfacilities/file_complaint.shtml.

Para asegurarnos de que reciba la mejor atención posible, actualizamos nuestras pautas clínicas y tecnológicas con comentarios de expertos y médicos en ejercicio.

Si desea obtener una copia de las pautas clínicas o de prevención según las cuales se rige Horizon NJ Health, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Las pautas también están disponibles en nuestro sitio web en horizonNJhealth.com/clinicalguidelines.

Valoramos su opinión

Cada pocos meses, organizamos una reunión comunitaria de asesoramiento sobre salud. Estas reuniones incluyen a nuestros miembros y a defensores de la salud y líderes de la comunidad para hablar sobre formas de mejorar los servicios para nuestros miembros, la educación sobre la salud y las formas en que nos comunicamos con los miembros. Para unirse a nosotros en esta reunión, envíe un correo electrónico a nuestro equipo de Marketing a HNJHAnswers@horizonNJhealth.com.

Resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros

Cada año, les preguntamos a nuestros miembros si están satisfechos con su plan de salud y sus proveedores. Esto recibe el nombre de Encuesta para la evaluación del consumidor sobre los sistemas y proveedores de atención médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS). Sus respuestas nos ayudan a mejorar nuestros servicios. Los resultados de la encuesta más reciente se encuentran disponibles en horizonNJhealth.com, o puede llamar a Servicios para Miembros y pedir que se los envíen.

Cómo se le paga a su médico

Horizon NJ Health paga a los médicos de nuestra red de diferentes maneras. Su médico puede recibir un pago cada vez que le brinda atención (pago por servicio) o puede recibir un honorario fijo cada mes por cada miembro independientemente de si el miembro

realmente recibe o no los servicios (capitación). Su médico también puede cobrar un salario.

Estos métodos de pago pueden incluir acuerdos por los cuales se pagan más bonificaciones a algunos médicos de acuerdo con diversos factores, como la satisfacción de los miembros, la calidad de la atención, el control de los costos y el uso de los servicios. Esto no afecta las decisiones que dan lugar a la prestación de menos servicios. Horizon NJ Health no recompensa a los proveedores por rechazar la cobertura.

Toma de decisiones médicas

Las decisiones de administración de la utilización (UM) se basan en las necesidades médicas del miembro y los servicios, y los beneficios de NJ FamilyCare. Horizon NJ Health no paga ni recompensa a quienes toman las decisiones de UM o al personal que gestiona esas decisiones por rechazar la cobertura o los servicios. Horizon NJ Health no impide que los médicos analicen con sus pacientes todas las opciones de tratamiento, incluso si los servicios no están cubiertos.

Si desea obtener más información sobre cómo se le paga a su médico o cómo se toman las decisiones, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Cómo protegemos su información privada

Queremos que sepa cómo usamos y protegemos su información privada, y los derechos que tiene con respecto a su información de salud protegida (PHI). Para leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad, visite horizonNJhealth.com/privacy-policy.

Cuando tiene Medicaid y otro seguro médico

Si usted tiene cobertura a través de otro plan de seguros, incluido Medicare, además de Horizon NJ Health, su médico debe utilizar el otro plan de seguros para el pago antes de facturar a Horizon NJ Health por su atención. Es importante que muestre TODAS sus tarjetas de identificación de miembro de todos sus seguros cuando vaya al médico para que este pueda facturarle al plan correcto.

Cuando utilice los beneficios que cubra otro plan de seguros, tendrá que respetar los requisitos de ese plan. Esto incluye el uso de médicos de la red.

La División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services, DMAHS) tiene una publicación que brinda información para los miembros inscritos en Medicare y Medicaid, "When You Have Medicaid and Other Insurance" (Cuando tiene Medicaid y otro seguro). Puede encontrarla en el sitio web state.nj.us/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf. Si desea una copia de la publicación o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410** (TTY **711**).

Cuando tiene Medicare y NJ FamilyCare/Medicaid

Si el servicio es:	Acuda a este tipo de médico:
Un beneficio aprobado y cubierto por Medicare (por ejemplo: atención primaria, pruebas de laboratorio, especialistas, servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, radiología)	Acuda a un médico de Medicare (no es necesario que esté dentro de la red de Horizon NJ Health).
Atención para pacientes hospitalizados	Acuda a un hospital de Medicare. De ser posible, acuda a un hospital que también se encuentre dentro de la red de Horizon NJ Health.
Atención de emergencia recibida en el departamento de emergencias de un hospital	Diríjase al hospital más cercano.
Un servicio médicamente necesario que no tenga la cobertura de Medicare, pero sí la de Horizon NJ Health (por ejemplo: servicios dentales, audífonos, servicios de asistencia de atención personal)	Acuda a un médico de la red de Horizon NJ Health.
Proporcionado por un proveedor que haya optado por quedar excluido de Medicare para los miembros de la Parte A y Parte B de Medicare y que no esté dentro de la red de Horizon NJ Health	Acuda a proveedores que participen en Medicare para no tener que ser responsable de las facturas médicas.
Proporcionado para un miembro del plan de salud de Medicare Advantage por parte de un proveedor fuera de la red no aprobado y sin cobertura	Acuda a proveedores que estén en la red de proveedores del plan de salud de Medicare Advantage para no tener que ser responsable de las facturas médicas.
Un medicamento con receta médica cubierto por la Parte D de Medicare	Acuda a una farmacia participante de Medicare.
Atención en un centro de enfermería, como los ámbitos de rehabilitación a corto plazo para pacientes hospitalizados	Para obtener asesoramiento, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, 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 Servicios para Miembros de Horizon NJ Health al 1-800-682-9090 (TTY 711).

Cuando tiene Medicaid y otro seguro médico (continuación)

Cuando tiene otro seguro y NJ FamilyCare/Medicaid	
Si el servicio es:	Acuda a este tipo de médico:
Un beneficio aprobado y cubierto por el otro seguro, medicamentos recetados y hospitalizaciones	Acuda a un médico de la red de ese seguro (no es necesario que esté dentro de la red de Horizon NJ Health).
Un servicio médicamente necesario que puede no estar cubierto por el otro seguro pero sí por Horizon NJ Health (por ejemplo: servicios de asistencia de atención personal, servicios de planificación familiar)	Acuda a un médico de la red de Horizon NJ Health.
Proporcionado por un proveedor que no es parte de la red de proveedores de su otro seguro médico, no pertenece a la red de proveedores de Horizon NJ Health, y su otro seguro médico no lo autorizó	Acuda a proveedores que estén en la red de proveedores de su otro seguro para no tener que ser responsable por las facturas médicas.
Un medicamento recetado cubierto por su otro seguro médico	Acuda a una farmacia que participe en su otro seguro médico para recibir sus medicamentos recetados.
Un medicamento recetado que no está cubierto por su otro seguro médico, pero sí está cubierto por Horizon NJ Health	Acuda a una farmacia de la red de Horizon NJ Health.
Una estadía en un hospital de su otro seguro médico	Acuda a un hospital que sea parte de la red de proveedores de su otro seguro médico. De ser posible, acuda a un hospital que también esté en la red de Horizon NJ Health.
Atención de emergencia recibida en el departamento de emergencias de un hospital	Diríjase al hospital más cercano.
Atención en un centro de enfermería	Acuda a un centro que sea parte de la red de proveedores de Horizon NJ Health y de su otro seguro médico.

Programa de Servicios y apoyo a largo plazo administrados

A través del programa MLTSS, usted obtiene servicios y apoyo que le ayudan a realizar tanto actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer e ir al baño, como actividades de apoyo, como preparar comidas, hacer las compras, limpiar y lavar ropa. La elegibilidad para estos servicios depende de muchos factores, incluido qué tan bien puede realizar estas tareas básicas de vida. La División de Servicios para Personas Mayores (Division of Aging Services) de la Oficina de Opciones Comunitarias (OCCO) del estado de Nueva Jersey toma todas las decisiones de elegibilidad clínica finales.

Se le asignará un administrador de atención médica individual. El administrador de atención médica trabajará con usted, sus cuidadores y su PCP para crear un plan de atención en función de sus necesidades de atención. Una vez que su plan de atención se haya completado, su administrador de atención médica coordinará sus proveedores de servicios y hará un seguimiento con usted para asegurarse de que los servicios continúen satisfaciendo sus necesidades de atención.

Entendemos que muchas personas desean estar en sus hogares a medida que envejecen o que necesitan ayuda con las tareas de todos los días para poder estar solas; algunos no tienen los recursos para pagar de manera privada por esta ayuda y reciben gran parte de la ayuda de su familia, sus amigos y sus vecinos.

Nos referimos a esta ayuda de la familia, los amigos y los vecinos como "apoyo informal". El programa MLTSS de Horizon NJ Health NO está destinado a reemplazar esta asistencia valiosa sino a fortalecerla aún más al ofrecer apoyo para cubrir las necesidades que no puedan satisfacer los familiares y amigos. Al ofrecer opciones flexibles de servicios en función de sus necesidades, el programa MLTSS hace que para los cuidadores sea más fácil permanecer en su rol fundamental como el principal sistema de apoyo.

En ocasiones, a pesar de los grandes esfuerzos de Horizon NJ Health y el miembro, es posible que ya no sea seguro que una persona permanezca en la comunidad. En tales situaciones, el administrador de atención médica podría recomendar que el miembro sea trasladado a un centro de enfermería o ámbito residencial comunitario.

Ayuda de Servicios para Miembros (1-844-444-4410)

Nuestro personal de Servicios para Miembros está listo para ayudarle a aprovechar al máximo los beneficios de su plan. Puede llamarnos en cualquier momento al **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Su administrador de atención médica estará disponible los días de semana, de 8 a.m. a 5 p.m. Si necesita ayuda fuera de ese horario, puede dejar un mensaje para su administrador de atención médica o hablar con el personal de administración de atención médica de guardia disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Cuando deje un mensaje, proporcione información detallada. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.

Servicios de traducción y formatos alternativos

Los miembros de nuestro personal pueden hablar varios idiomas. Si habla otro idioma, podemos comunicarle con alguien que hable su idioma. Podemos hacer los arreglos necesarios para que un traductor hable por teléfono con usted y su médico para que pueda recibir la atención que necesita. También podemos coordinar para que un intérprete de lenguaje de señas esté con usted en el consultorio del médico. Con la ayuda del traductor, usted puede obtener las respuestas para todas sus preguntas.

Nuestros servicios de traducción e interpretación de lenguaje de señas no tienen ningún costo para usted. Para programar estos servicios, simplemente llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Las comunicaciones para miembros de Horizon NJ Health están disponibles en otros idiomas. Si necesita información impresa en otro idioma o en formato alternativo debido a una discapacidad auditiva o visual, llame a Servicios para Miembros.

Programa de Servicios y apoyo a largo plazo administrados (continuación)

¿Qué personas reúnen los requisitos para participar en el programa MLTSS?

Para poder participar en el programa MLTSS de Horizon NJ Health, debe cumplir con cada uno de los siguientes requisitos:

- Ser residente de Nueva Jersey.
- Tener 65 años o más, o ser declarado con una discapacidad física por la Administración del Seguro Social o por la Sección de Revisión de Discapacidad de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud.
- Reunir los requisitos de elegibilidad financiera para NJ FamilyCare al:
 - reunir los requisitos para el ingreso complementario del Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) en la comunidad;
 - reunir los requisitos para NJ FamilyCare solamente, a nivel institucional, o bien,
 - reunir los requisitos para New Jersey Care (con ingresos que estén sobre el 100 % del Nivel Federal de Pobreza o por debajo de ese nivel, y que los recursos estén sobre los \$2,000 o por debajo).
- Cumplir con los criterios de elegibilidad clínica, que determina la Oficina de Opciones Comunitarias (OCCO) de Nueva Jersey.
- Desear inscribirse y recibir servicios en una residencia con servicios de enfermería o en un ámbito comunitario en lugar de vivir en una residencia con servicios de enfermería.

Para inscribirse en el programa MLTSS, comuníquese con la Agencia de Asistencia Social del condado (Junta de Servicios Sociales) local o con la Conexión de Recursos para el Envejecimiento y Discapacidad (Aging and Disability Resource Connection, ADRC) de la Agencia del Área sobre el Envejecimiento (Area Agency on Aging, AAA) local de su condado. La OCCO toma la decisión final con respecto a la inscripción en el programa MLTSS. Horizon NJ Health realizará la evaluación a los miembros existentes de Horizon NJ Health y determinará su elegibilidad para el programa MLTSS.

Cómo conservar su membresía

Permanecerá en el programa MLTSS si continúa siendo elegible, cumple con todas las reglas del programa, y el programa MLTSS puede satisfacer todas sus necesidades y brindarle la atención y el bienestar general que necesita.

Debe ser elegible para NJ FamilyCare. Se debe enviar una solicitud de renovación **CADA** año. Llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** (TTY **711**) para saber cuál es su fecha de renovación o para solicitar un formulario de renovación.

Lo que debe saber:

- Si no renueva su elegibilidad para NJ FamilyCare, podría tener que volver a empezar como un solicitante nuevo y este proceso de aprobación llevará más tiempo.
- El proceso de renovación de la elegibilidad para NJ FamilyCare para aquellos miembros de edad avanzada, ciegos y discapacitados es diferente, por lo que requiere actualizaciones diferentes. Para obtener una lista con la información que posiblemente se le solicite para la renovación de la elegibilidad, visite: state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/abd/ABD_Checklist_NJFC-ABD-CL-0416.pdf.
- Debe mantener su información de contacto actualizada. NJ FamilyCare le mostrará cómo hacerlo.

Lo que debe hacer:

- Abra y responda todos los correos que le envíen por parte de la Agencia de Asistencia Social del condado (CWA) o de la agencia que determine su elegibilidad.
- Contacte al asistente de casos de su CWA o llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** (TTY **711**). Si necesita la información de su CWA local, llame a la línea directa de atención administrada al **1-800-356-1561** (TTY **711**) o visite state.nj.us/humanservices/dfd/programs/njsnap/cbss/index.html.

Programa de Servicios y apoyo a largo plazo administrados (continuación)

Derechos y responsabilidades del miembro de MLTSS

Usted merece la mejor atención médica, y Horizon NJ Health le ayudará a obtener la atención que necesita. Le trataremos con respeto, y tendrá ciertos derechos que nosotros deberemos respetar. También tendrá responsabilidades que esperamos que cumpla.

Usted obtendrá una copia de los siguientes Derechos y responsabilidades del miembro cuando se incorpore a Horizon NJ Health. Debe firmar y enviar este formulario, para que sepamos que ha leído y comprendido estas pautas.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

1. A solicitar y recibir información sobre los servicios y proveedores disponibles para usted.
2. A acceder a los proveedores de servicios calificados y elegir entre ellos.
3. A que se le expliquen sus derechos antes de recibir los servicios elegidos y aprobados.
4. A recibir servicios independientemente de su raza, religión, color, credo, sexo, nacionalidad, creencias políticas, orientación sexual, estado civil o discapacidad.
5. A tener acceso a todos los servicios que sean los mejores para su salud y bienestar.
6. A tomar sus propias decisiones después de comprender los riesgos y posibles efectos de las decisiones tomadas.
7. A tomar decisiones sobre sus propias necesidades de atención.
8. A ayudar a desarrollar y cambiar su plan de atención.
9. A solicitar cambios en los servicios en cualquier momento, como agregar nuevos servicios, ampliar o reducir los existentes, o interrumpirlos.
10. A solicitar y obtener una lista de nombres y obligaciones de cualquier persona que sea asignada para brindarle servicios según el plan de atención.

11. A recibir apoyo e indicaciones de su administrador de atención médica para resolver inquietudes sobre sus necesidades de atención o reclamos sobre los servicios o proveedores.
12. A que se le expliquen sus derechos como residente, y recibir una copia de estos por escrito, al ingresar en un ámbito institucional o residencial comunitario.
13. A que se le notifique acerca de todos los servicios cubiertos/obligatorios a los que tenga derecho, exigidos u ofrecidos por el ámbito institucional o residencial, y acerca de cualquier cargo que no esté cubierto por Horizon NJ Health durante su estadía en el centro.
14. A que no se le dé el alta o a que no se le traslade fuera de un centro, a menos que sea médicamente necesario para proteger su bienestar y seguridad así como también el bienestar y seguridad de otros residentes, o a menos que, después de recibir un aviso razonable y adecuado, no se le haya pagado al centro con los ingresos disponibles según lo declarado en el estado de cuenta de los ingresos disponibles para el pago de NJ FamilyCare.
15. A exigir que Horizon NJ Health defienda y promueva todos sus derechos que se detallan en este documento.
16. A exigir que se compartan todos sus derechos y responsabilidades que se detallan aquí con su representante autorizado o tutor legal designado por un tribunal.

Además de estos derechos, también tiene responsabilidades. Estas son algunas de las responsabilidades clave para los miembros del programa MLTSS:

1. Brindar al administrador de atención médica toda la información de salud y relacionada con el tratamiento, que incluye, entre otros, los medicamentos, las circunstancias, la vivienda, y el apoyo formal e informal, con el fin de desarrollar un plan de atención.

Programa de Servicios y apoyo a largo plazo administrados (continuación)

2. Comprender sus necesidades de atención médica y trabajar con su administrador de atención médica para desarrollar o cambiar sus objetivos y los servicios.
3. Trabajar con su administrador de atención médica para desarrollar o revisar su plan de atención con el fin de que los servicios se autoricen y proporcionen de manera oportuna.
4. Hacer preguntas cuando necesite más información.
5. Comprender los riesgos que conllevan las decisiones que tome sobre su atención.
6. Desarrollar con su administrador de atención médica un plan alternativo de emergencia para recibir atención y servicios.
7. Informar al administrador de atención médica cualquier cambio importante en torno a su enfermedad, los medicamentos, las circunstancias, la vivienda y el apoyo formal e informal.
8. Informar a su administrador de atención médica si ocurre algún problema o si no está conforme con los servicios que recibe.
9. Pagar por el alojamiento y la comida en un centro de enfermería o ámbito de servicios residenciales alternativos comunitarios (CARS) y por los costos compartidos a tiempo todos los meses (si corresponde).
10. Tratar con dignidad y respeto a los trabajadores que brindan servicios y a los proveedores de atención.
11. Conservar como constancia y para futuras consultas todos sus documentos de Horizon NJ Health, como su plan de atención, su plan alternativo de emergencia, etc.
12. Cumplir con las reglas de Horizon NJ Health y las reglas de los ámbitos institucionales o residenciales comunitarios.

Administración de la atención médica del programa MLTSS

Cada miembro del programa MLTSS tiene un administrador de atención médica individual. Su administrador de atención médica es un enfermero o un especialista en atención que proporciona apoyo y servicios para ayudarle con sus necesidades diarias.

Su administrador de atención médica hará lo siguiente:

- Ayudar a coordinar su atención: visitas al médico, medicamentos recetados, servicios de salud conductual, solicitudes de servicios y coordinación con todos sus proveedores de atención médica.
- Llamar para saber cómo se encuentra usted y estará disponible para que usted le llame cuando lo necesite.
- Trabajar con usted para desarrollar y revisar su plan de atención.

Nos aseguramos de que nuestros administradores de atención médica trabajen en un entorno libre de conflictos. Los administradores de atención no pueden hacer lo siguiente:

- Trabajar directamente con miembros que sean parientes consanguíneos.
- Trabajar con miembros con quienes estén relacionados por matrimonio.
- Ser cuidadores del miembro asignado, y que este a cambio les pague de manera directa.
- Ser responsables económicamente del miembro que le asignaron, o tener la facultad de tomar decisiones financieras o relacionadas con la salud en nombre del miembro.

Siempre tendrá el número de teléfono de su administrador de atención médica. Si deja un mensaje para su administrador de atención médica, este le devolverá la llamada el próximo día hábil. Si su administrador de atención médica no está disponible o necesita ayuda después del horario de atención o los fines de semana, llame al **1-844-444-4410 (TTY 711)** y el administrador de atención médica de guardia podrá ayudarle de inmediato. Si eso sucede, su administrador de atención médica recibirá información sobre su llamada para asegurarse de que usted recibió la ayuda que necesitaba.

Tiene derecho a cambiar de administrador de atención médica. Para ello, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Su plan de atención

Su plan de atención es un plan personalizado que describe qué servicios y apoyos necesita para satisfacer sus necesidades individualizadas. El objetivo es ayudarlo a estar y permanecer lo más saludable posible para mantener su independencia y quedarse en su comunidad. Su plan de atención muestra que todos hemos trabajado en forma conjunta para decidir de qué manera le ayudaremos.

¿Cómo se desarrolla un plan de atención?

Su plan de atención se desarrolla en función de su estado de salud y sus necesidades de atención médica. Usted y su administrador de atención médica, con el aporte de su cuidador, sus proveedores y sus médicos, trabajarán juntos para desarrollar su plan de atención. Su plan de atención se revisará cada 90 días como mínimo si vive en un entorno comunitario o en un centro de enfermería de atención especializada (Specialty Care Nursing Facility, SCNF). Se revisará cada 180 días calendario como mínimo si vive en un centro de enfermería, un SCNF no pediátrico o un ámbito de servicios residenciales alternativos comunitarios (CARS). Su administrador de atención médica puede revisar su plan de atención con más frecuencia o antes si su afección o situación cambia. Su plan de atención se actualiza una vez al año como mínimo para garantizar que usted reciba los servicios que necesita.

Cómo obtener los servicios de su plan de atención

Una vez que acepte y firme su plan de atención, recibirá los servicios (excepto las modificaciones en la vivienda y el vehículo) dentro de los 45 días calendario a partir de su inscripción. Debe consultar a proveedores contratados dentro de la red para recibir los servicios cubiertos del programa MLTSS. Su administrador de atención médica trabajará con usted a fin de programar citas para sus servicios. Le llamará periódicamente e irá a su casa para evaluar sus necesidades y servicios, y para revisar y actualizar su plan de atención.

Se le informará acerca de cualquier cambio que se realice en el plan de atención, y deberá establecer si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones:

- Estoy de acuerdo con el plan de atención.
- Tuve la libertad de elegir los servicios que se incluyen en el plan de atención.
- Tuve la libertad de elegir a los proveedores de mis servicios en función de los proveedores disponibles.
- Ayudé a desarrollar este plan de atención.
- Conozco mis derechos y responsabilidades como miembro de este programa.
- Entiendo que los servicios que se detallan en este plan de atención no están garantizados.
- Se me ha informado acerca de los posibles factores de riesgo que se detallan en este plan de atención.
- Entiendo y acepto estos posibles factores de riesgo.
- Entiendo y acepto que se iniciará un plan alternativo como se especificó en mi plan de atención.
- Comprendo que puedo apelar o solicitar una audiencia imparcial en caso de que se reduzcan o denieguen estos servicios.

Si no está de acuerdo con alguna de estas declaraciones o servicios en su plan de atención, debe informárselo a su administrador de atención médica. Usted debe revisar y aprobar mediante su firma cualquier cambio que se realice en su plan de atención.

Su administrador de atención médica le explicará que se deben cumplir criterios clínicos y financieros específicos para participar en este programa. Le informará quién tiene la responsabilidad de garantizar que usted continúe siendo elegible para ambos.

Su plan de atención (continuación)

Programa de Dirección a cargo del participante y Programa de preferencias personales

El Programa de preferencias personales (Personal Preference Program, PPP) está diseñado para brindarle la mayor independencia posible para que tenga más control sobre la toma de decisiones, la planificación y la administración de su atención. Usted es el empleador y puede contratar a sus propios cuidadores remunerados. Usted puede elegir quién le proporcionará atención, qué tipo de atención desea y necesita, cuándo desea recibir la atención y dónde se proporcionará la atención.

Usted es responsable de supervisar a los cuidadores o proveedores de servicios. Los miembros que sean capaces de dirigir su propia atención y decidan hacerlo deben usar el PPP.

Los miembros que participan en el programa de Dirección a cargo del participante de los servicios comunitarios y domiciliarios eligen ser los empleadores oficiales de sus trabajadores o designar a un representante para que sea el empleador oficial en su nombre.

Como el empleador oficial, usted o su representante es responsable de lo siguiente:

1. Seleccionar, contratar y despedir a sus empleados.
2. Establecer las obligaciones de los empleados y crear descripciones de los trabajos.
3. Diseñar los cronogramas de los empleados.
4. Supervisar a los empleados.
5. Revisar el desempeño de los empleados y abordar cualquier inquietud.
6. Establecer el salario que se le pagará a cada empleado dentro de los límites de los fondos del plan de atención.
7. Capacitar a los empleados para que brinden una atención personalizada en función de las necesidades y preferencias que usted tenga.
8. Garantizar que los empleados presten solo los servicios autorizados, y revisar y aprobar las horas de trabajo.

9. Revisar y garantizar la documentación de los servicios prestados.
10. Desarrollar un plan de respaldo para cuando un empleado no esté disponible o no se presente a trabajar en su horario designado, y usarlo cuando sea necesario.

Usted o su tutor puede elegir un representante personal autorizado (Authorized Personal Representative, APR) para que asuma las responsabilidades del programa de Dirección a cargo del participante por usted. Un APR puede ser su tutor legal, un familiar u otro adulto que pueda asumir la responsabilidad por usted y tomar decisiones en su nombre. Su APR debe cumplir con sus deseos y respetar la forma en que desea recibir atención. No se le paga a un APR por sus servicios, y este no puede desempeñarse como su empleado. El APR debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Tener al menos 18 años.
2. Vivir en Nueva Jersey.
3. Estar presente en su vida y disponible para satisfacer sus necesidades.
4. Ser responsable de completar la documentación necesaria, contratar y supervisar a sus empleados, supervisar los servicios, firmar las hojas de asistencia y las facturas, y hacer un seguimiento con un agente de Servicio al Cliente de la asociación pública o con su asesor financiero, si es necesario.
5. Estar presente en todas las visitas y llamadas programadas con su asesor financiero.
6. Respetar todas las reglas y requisitos de nómina.

Usted puede cambiar de representante en cualquier momento. Comuníquese con su asesor financiero designado y con la agencia del programa de Dirección a cargo del participante de inmediato si desea cambiar de representante.

Si le interesa el programa de Dirección a cargo del participante, su administrador de atención médica puede brindarle más información sobre el programa.

Su plan de atención (continuación)

Citas de atención médica

Informe a su administrador de atención médica sobre sus citas y lo que haya sucedido durante estas. Incluya información sobre cualquier cambio en sus medicamentos o servicios. Si no sabe con seguridad lo que sucedió, infórmele a su administrador de atención médica. Su administrador de atención le ayudará a comprender lo que sucedió y a incluir cualquier información nueva en su plan de atención.

Facturas

No debería recibir ninguna factura de los proveedores de la red de Horizon NJ Health por los servicios cubiertos. No tiene que pagarle a un proveedor de la red por los servicios cubiertos, aunque Horizon NJ Health le rechace el pago. Si no pagamos la totalidad o una parte de un servicio cubierto, el proveedor NO tiene permitido facturarle a usted por lo que no pagamos.

Es posible que reciba una factura de un médico únicamente en los siguientes casos:

- Si recibió un servicio no cubierto por Horizon NJ Health.
- Si buscó la atención de un médico no participante sin una autorización de Horizon NJ Health.
- Si recibió un servicio que no está cubierto por el programa NJ FamilyCare.

En estos casos, usted deberá hacerse cargo de pagar la totalidad del costo del servicio (excepto en los casos donde solo se deba pagar un copago) y debe acordar las formas de pago con el médico o el proveedor.

Si recibe una factura por cualquier servicio médico cubierto, llame a su administrador de atención médica o a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Tenga la factura a mano para dar la información necesaria.

Es posible que los beneficios de Medicaid que se reciban después de los 55 años deban reembolsarse de los bienes del miembro al estado de Nueva Jersey.

Servicios del programa MLTSS

Los servicios cubiertos son servicios que Horizon NJ Health pagará porque usted es miembro. Un proveedor de la red debe prestar estos servicios. Los servicios exactos que usted recibe, y la frecuencia y el tiempo que los recibe, se determinan en función de su afección médica, sus necesidades sociales y de salud, y su plan de atención. Usted puede recibir servicios cubiertos siempre que sean médicamente necesarios. Un servicio es médicamente necesario si se necesita para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que podrían ocasionar sufrimiento intenso, poner en peligro la vida, provocar una enfermedad, interferir con su capacidad para realizar actividades habituales o poner en riesgo alguna discapacidad grave.

El plan de atención que usted desarrolle con su administrador de atención médica le ayudará a asegurarse de recibir lo que necesita. En ocasiones, es posible que Horizon NJ Health tenga que revisar su solicitud antes de que usted reciba un servicio. Es posible que le pidamos a su PCP una orden o una autorización. Esto se hace para garantizar que reciba la atención adecuada en el lugar adecuado cuando la necesite.



Si recibe una factura, no la ignore. Llame a Servicios para Miembros para recibir instrucciones y le ayudaremos.

Su plan de atención (continuación)

Para recibir la atención y los servicios que necesita, debe llamar a su equipo de administración de atención médica. Los servicios que necesita se incluirán en su plan de atención. La mayor parte del tiempo, su administrador de atención médica sabrá lo que necesita con solo hablar con usted. Siempre puede solicitar un servicio que considere que podría ayudarle a cuidarse mejor.

Los miembros deben necesitar y recibir los servicios del programa MLTSS para poder permanecer en él, y deben cumplir con el resto de los requisitos que se detallan en la sección "Elegibilidad", bajo el título "*¿Qué personas reúnen los requisitos para participar en el programa MLTSS?*", en la página 48.

Su administrador de atención médica designado puede brindarle una descripción detallada de cada servicio del programa MLTSS.

Su administrador de atención médica también le explicará que existen límites en cuanto a la cantidad, la frecuencia y la duración de algunos servicios. Antes de que pueda comenzar a usar un servicio, su administrador de atención médica deberá aprobar y coordinar los servicios.

Los servicios del programa MLTSS están sujetos a limitaciones. Su administrador de atención médica puede brindarle más información sobre estas restricciones. A continuación se detalla una lista de limitaciones que se aplican a todos los servicios del programa MLTSS:

- Los servicios deben ser rentables y a la vez cubrir sus necesidades de atención.
- Los servicios están diseñados para complementar, no reemplazar, la asistencia que ya brinden los familiares, amigos y vecinos.
- Los servicios están destinados a los miembros del programa MLTSS, y NO a otros miembros de la familia.
- Los servicios se solicitan de acuerdo con el plan de atención, pero no se pueden garantizar.

- El programa MLTSS no se puede utilizar para pagar lo que ya se paga de forma privada, a través de otro programa, o a través de otro plan de seguro.

Si se realizan modificaciones a sus beneficios, Horizon NJ Health o el estado de Nueva Jersey le notificará acerca de las modificaciones en un plazo de 30 días.

¿Cómo recibo estos servicios?

Para obtener cualquiera de los servicios cubiertos que se detallan arriba, hable con su administrador de atención médica. Su administrador de atención médica podrá revisar y aprobar la mayoría de los servicios que usted necesita. Cuando obtenga la aprobación, pagaremos para que usted reciba los servicios durante un período de tiempo. Si creemos que necesita más o menos servicios, su administrador de atención médica hablará con usted sobre sus necesidades. Luego de la conversación y con su consentimiento, es posible que cambiemos la cantidad o el tipo de servicios que recibe para que se mantenga independiente en la comunidad. Se actualizará su plan de atención, con sus opiniones, para que refleje estos cambios.

¿Quién brinda estos servicios?

Los servicios, según lo autorizado y acordado por su administrador de atención médica designado, solo pueden ser brindados por proveedores aprobados que tengan contrato con Horizon NJ Health.

Todos los proveedores de servicios deben cumplir con los requisitos de calificación que establece el estado de Nueva Jersey, deben estar aprobados por el gobierno federal (si corresponde) y deben estar acreditados por Horizon NJ Health.



Términos importantes

Asistente de atención personal: personal que asiste a los miembros con las actividades de la vida diaria (p. ej., bañarse, vestirse).

Su plan de atención (continuación)

Planifique con anticipación para los casos de emergencia

La primera línea de defensa contra las consecuencias de un desastre es prepararse con anticipación. Durante una emergencia estatal o nacional, es posible que el gobierno y otros organismos no puedan cubrir sus necesidades. Es importante que usted cree su propio plan de emergencia y que se prepare para su atención y seguridad en una emergencia.

NJ Register Ready

La Oficina de Gestión de Emergencias (Office of Emergency Management, OEM) de Nueva Jersey tiene un sitio web para que se inscriban aquellos residentes de Nueva Jersey que tengan necesidades especiales y sus familias. La información permitirá que el personal de servicios de emergencia pueda brindar un mejor servicio en una situación de desastre u otra emergencia. Para registrarse, visite <https://www13.state.nj.us/SpecialNeeds/signin.aspx>. Su administrador de atención médica puede brindarle asistencia si la necesita para registrarse.

NJ 211

NJ 211 conecta a las personas necesitadas con servicios que pueden ayudarlas. Si hay una emergencia comunitaria, NJ 211 vincula a los profesionales de gestión de emergencias con el público. Para obtener más información, visite nj211.org o llame al **2-1-1** (TTY: **711**).

Agencia Federal de Gestión de Emergencias (FEMA)

La Agencia Federal de Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) trabaja con los gobiernos locales para prepararse para un posible desastre y para recuperarse en caso de que ocurra. Esto incluye trabajar con el personal de respuesta ante emergencias durante un desastre y ayudar a reconstruir después. Nueva Jersey es parte de la Región II de la FEMA. Para obtener más información, visite fema.gov.

Privacidad y confidencialidad

La política de Horizon NJ Health es proteger su confidencialidad y la de su familia. Para proteger esta confidencialidad, se establece lo siguiente:

- Toda la información que figura en su registro de miembro es confidencial. El personal de Horizon NJ Health protege contra la divulgación accidental de información al proteger los registros e informes del uso no autorizado.
- Todas las solicitudes de información serán revisadas por el director de cumplimiento de Horizon NJ Health para proteger su derecho a la privacidad. Solo se compartirá la información necesaria con organismos comunitarios, hospitales, centros de atención a largo plazo y otros proveedores con el fin de garantizar la continuidad y la coordinación de su atención.
- Horizon NJ Health solo permitirá que los representantes legalmente autorizados de Horizon NJ Health inspeccionen y soliciten copias de su registro médico y de otros registros de servicios cubiertos que se le brinden de acuerdo con el consentimiento escrito que se le habrá pedido que firme y en el cual haya autorizado a Horizon NJ Health a divulgar dicha información.
- Horizon NJ Health cumplirá con todas las leyes federales y del estado de Nueva Jersey con respecto a la confidencialidad, que incluyen aquellas relacionadas con los resultados de las pruebas de VIH.
- Horizon NJ Health conservará todos los registros relacionados con usted durante un período de no menos de siete años después de la cancelación de la inscripción. Los registros médicos y financieros de Horizon NJ Health son, y continuarán siendo, propiedad exclusiva de Horizon NJ Health, salvo según se establece en las reglamentaciones y leyes estatales y federales vigentes, y en la política y los procedimientos de Horizon NJ Health.
- Cualquier solicitud de información por parte de organismos encargados del cumplimiento de la ley con respecto a su atención, como la policía o la oficina del fiscal de distrito, será informada al asesor legal de Horizon NJ Health antes de brindar cualquier información con el fin de garantizar que la autorización correspondiente se obtenga cuando la ley lo exija.

Su plan de atención (continuación)

Fraude, uso innecesario y abuso

Estamos comprometidos a prevenir, detectar y denunciar el fraude, uso innecesario y abuso en la atención médica.

¿Qué son el fraude, el uso innecesario y el abuso?

El fraude ocurre cuando una persona intencionalmente brinda información falsa que permite que otra persona reciba un beneficio al que no tiene derecho. El uso innecesario y el abuso se producen cuando los servicios se utilizan en exceso y causan costos innecesarios directa o indirectamente.

Ejemplos de fraude, uso innecesario y abuso por parte de los proveedores

- Cobrar por servicios que no se prestaron.
- Facturar el mismo servicio más de una vez.
- Facturar sin la prueba correcta.
- Cobrar por separado servicios o bienes que se supone que deben facturarse juntos.
- Facturar servicios o bienes más costosos que los que se proporcionaron (también denominado "codificación adicional").
- Falsificar o modificar las facturas o los recibos.

Ejemplos de fraude, uso innecesario y abuso por parte de los miembros

- Prestar o vender su tarjeta de identificación de miembro o la información de la tarjeta a otra persona.
- Obtener intencionalmente servicios o bienes que no necesita.
- Vender sus recetas o medicamentos recetados de manera ilegal.
- Mentir sobre sus ingresos u otras cosas para ser elegible para su plan de salud.

Cómo denunciar sospechas de fraude, uso innecesario y abuso

Para denunciar sospechas de fraude, uso innecesario o abuso, llame a los números que se proporcionan a continuación:

- Línea directa de fraude para investigaciones especiales de Horizon NJ Health al **1-855-FRAUD20 (1-855-372-8320)** (TTY 711).

- División de Fraude de Medicaid (Medicaid Fraud Division, MFD) de Nueva Jersey de la Oficina del Contralor del Estado al **1-888-9FRAUD (1-888-937-2835)**.

Todas las llamadas y la información son confidenciales. No es necesario que proporcione su nombre ni su información personal.

Para asuntos relacionados con un proveedor, proporcione lo siguiente:

- El nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor.
- El número de identificación de proveedor nacional (National Provider ID, NPI) o identificación fiscal del proveedor.
- Las fechas de los sucesos.
- Detalles específicos sobre el presunto fraude o abuso.

Para asuntos relacionados con un miembro, proporcione lo siguiente:

- El nombre de la persona, la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social, la identificación de miembro.
- La dirección de la persona.
- Detalles específicos sobre el presunto fraude, uso innecesario o abuso.

Recuperación de bienes

La División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) puede presentar una demanda y ejercer el derecho de retención de los bienes de un excliente de Medicaid o de un cliente de Medicaid que haya fallecido, para recuperar todos los pagos de Medicaid por los servicios recibidos por ese cliente a la edad de 55 años

o posteriormente. Es posible que sus bienes se utilicen para pagar a la DMAHS por esos beneficios.

El monto que la DMAHS puede recuperar incluye, entre otros, todos los pagos de capitación a cualquier organización de atención administrada o agente de transporte, independientemente de si se recibió o no algún servicio por parte de la persona o entidad que recibió un reembolso de la organización de atención administrada o del agente de transporte.

Su plan de atención (continuación)

La DMAHS puede recuperar estos montos cuando no haya cónyuge sobreviviente, hijos sobrevivientes menores de 21 años, hijos sobrevivientes de cualquier edad que sean ciegos ni hijos sobrevivientes de cualquier edad que estén discapacitados de forma permanente y total según lo determina la Administración del Seguro Social. Esta información también se le proporcionó cuando solicitó inscribirse en NJ FamilyCare.

Para obtener más información, visite state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/The_NJ_Medicaid_Program_and_Estate_Recovery_What_You_Should_Know.pdf.

Cambio de información

Para cambiar su dirección o número de teléfono, debe llamar a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)** o a su administrador de atención médica. Es importante que tengamos su información correcta para que podamos comunicarnos con usted.

También debe comunicarse con la Agencia de Asistencia Social del condado (CWA). Esta le enviará avisos importantes sobre su cobertura de NJ FamilyCare y la renovación anual.

Cancelación de su membresía

Su inscripción en el programa MLTSS puede cancelarse si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Finalizó su inscripción en Horizon NJ Health.
- Ya no cumple con los criterios de elegibilidad clínica o financiera para obtener el nivel de atención a largo plazo.
- No permite que el personal del Departamento de Servicios Humanos o la persona designada complete la evaluación de elegibilidad clínica.
- Se muda a una residencia/un ámbito con licencia sin autorización.
- Se muda fuera de Nueva Jersey.
- Debe cumplir una condena en la cárcel.
- Se le transfirió a otro programa de exención o al programa del estado de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE), o se inscribió en alguno de estos programas.

- Se niega a pagar el alojamiento y la comida o la obligación de pago del paciente.
- Ya no necesita los servicios que se ofrecen en el programa MLTSS.
- No ha recibido ningún servicio o no es posible comunicarse con usted o encontrarle en la última dirección conocida.
- Se niega a recibir los servicios que se detallan en su plan de atención y se niega a abandonar el programa de manera voluntaria.
- No cumple con las reglas que rigen la participación en el programa.

Si se cancela su inscripción en el programa, se le informará el motivo y acerca de cualquier derecho tenga para apelar la cancelación de la inscripción. Si no está conforme con la determinación de una agencia estatal de que no existe un buen motivo para la cancelación de la inscripción, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid.

Puede elegir finalizar su membresía

Usted puede cancelar su membresía por cualquier motivo durante los primeros 90 días posteriores a la fecha de la inscripción o del aviso de inscripción (lo que sea posterior), y luego durante el período de inscripción abierta, que se lleva a cabo cada 12 meses. El período de inscripción abierta del estado se extiende desde el **1.º de octubre** hasta el **15 de noviembre** de cada año.

Puede cancelar su membresía de Horizon NJ Health en cualquier momento si tiene un buen motivo.

Como miembro del programa MLTSS, debe elegir otro plan de salud antes de que se cancele su membresía. Una vez que solicite que se cancele la inscripción, su inscripción en su nuevo plan de salud tardará entre 30 y 45 días aproximadamente desde la fecha de solicitud. Durante este período, Horizon NJ Health continuará proporcionando sus servicios de atención médica. Estos incluyen el traspaso a otra organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO). Si elige abandonar el programa MLTSS de manera voluntaria, su administrador de atención médica tendrá una reunión en persona

Su plan de atención (continuación)

con usted para analizar sus opciones de atención. Tendrá que firmar un Formulario de renuncia voluntaria. Esta decisión de abandonar el programa MLTSS no significa que ya no tendrá los beneficios de NJ FamilyCare. La OCCO trabajará con usted si la decisión de abandonar el programa da como resultado la pérdida de la cobertura de NJ FamilyCare debido a su situación financiera.

Si deja de ser elegible, se le dará de baja de Horizon NJ Health. Si vuelve a ser elegible en un plazo de 90 días, se le inscribirá nuevamente en Horizon NJ Health. Si vuelve a ser elegible en un plazo de más de 90 días, es posible que se le inscriba en una MCO diferente si usted no selecciona Horizon NJ Health o si Horizon NJ Health no puede aceptar más miembros en su condado.

Cuando abandone Horizon NJ Health:

- Será necesario que firme su solicitud de inscripción en un plan de salud nuevo para que le enviemos sus registros médicos a su plan de salud nuevo.
- Una vez que finalice su inscripción, tendrá que destruir su tarjeta de identificación de Horizon NJ Health. Es muy importante que proteja su privacidad y, para ello, debe destruir las tarjetas viejas para que nadie pueda robar su identidad ni sus beneficios.
- La finalización de su inscripción en Horizon NJ Health tardará entre 30 y 45 días a partir del momento en que solicite la cancelación. Horizon NJ Health o el estado continuarán proporcionando los servicios hasta la fecha de la cancelación.
- Si decide cancelar su inscripción por su cuenta, puede indicar los motivos por los que se retira por escrito.
- La inscripción y la cancelación de la inscripción deben ser verificadas y aprobadas por la DMAHS de Nueva Jersey.
- Si su inscripción en Horizon NJ Health termina antes de finalizar un servicio dental aprobado, Horizon NJ Health cubrirá el servicio hasta la finalización, a menos que su dentista cambie el

plan de tratamiento. Esta autorización previa se respetará siempre que esté activa, o durante seis meses (el plazo que sea mayor). Si la autorización previa ha vencido, se requerirá una nueva solicitud de autorización previa.

Defensor del miembro del programa MLTSS

Además de su administrador de atención médica, tiene acceso a un defensor del miembro. Un defensor del miembro es una persona que trabaja con usted, su equipo de atención y los representantes estatales para asegurarse de que se respondan todas sus preguntas sobre sus beneficios, servicios y decisiones del programa MLTSS, y que se satisfagan sus necesidades y objetivos.

Para hablar con un defensor del miembro, llame al **1-844-444-4410** (TTY **711**) de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m., o pídale a su administrador de atención médica que un defensor del miembro se comunique con usted.

Opciones de residencia

Le ayudaremos a obtener atención en el ámbito que sea el más rentable y que mejor se adapte a sus necesidades. Puede recibir los servicios en ámbitos diferentes en función de sus deseos, el costo de los servicios y el ambiente más seguro.

Si cumple con los requisitos del programa, tiene derecho a elegir entre vivir en un centro de enfermería o en un ámbito domiciliario y comunitario. No se permitirá trasladarle de un centro de enfermería a un ámbito comunitario, a menos que usted dé su consentimiento. Si decide vivir en un ámbito domiciliario y comunitario, sus necesidades se deben cubrir de manera segura y rentable. Su administrador de atención médica evaluará la rentabilidad del plan de atención si recibe servicios domiciliarios y comunitarios. El costo de su plan de atención es limitado y no debe exceder la tarifa establecida por el estado.

Obligación de pago del paciente

Si vive en un centro de enfermería, es posible que deba pagar la obligación de pago del paciente. La obligación de pago del paciente por el costo de la atención es la parte del costo

Su plan de atención (continuación)

que los residentes de centros de enfermería y viviendas asistidas deben pagar en función de sus ingresos, según lo determinado por la Agencia de Asistencia Social del condado.

Usted paga este monto directamente al centro todos los meses. Debe pagar su obligación de pago del paciente para continuar siendo elegible para el programa MLTSS. Su administrador de atención médica puede informarle sobre cualquier obligación de pago del paciente que deberá pagarle al centro.

El proveedor informará a los miembros que vivan en un ámbito residencial comunitario (Community Residential Setting, CRS), también conocido como hogar grupal para personas con lesiones cerebrales traumáticas (Traumatic Brain Injury, TBI), acerca del monto que deberán pagar. Por lo general, este monto es igual al 75 % de los ingresos del miembro.

Si vive en una residencia de vivienda asistida, deberá pagar los costos de alojamiento y comida, y es posible que también tenga que pagar la obligación de pago del paciente. Estos pagos se realizan directamente al centro todos los meses. Debe realizar estos pagos para permanecer en el programa MLTSS.

Transición del centro de enfermería a la comunidad

Si vive en un centro de enfermería y desea trasladarse a la comunidad, su administrador de atención médica trabajará con usted para determinar si es seguro y rentable hacerlo. Su administrador de atención médica creará un plan de atención para los servicios que necesitará para vivir en la comunidad. El costo de su plan de atención en la comunidad es limitado y no debe exceder la tarifa establecida por el estado.

Si se decide que puede trasladarse de manera segura y rentable desde el centro de enfermería a la comunidad, es posible que pueda usar el beneficio de servicios de transición a la comunidad. Este servicio ayuda a realizar la transición de un ámbito institucional a su

hogar en la comunidad al cubrir los gastos de transición. Este beneficio solo se puede usar una vez y tiene un límite de \$5,000.

Los gastos permitidos son aquellos que usted necesita para establecer un hogar básico (no simplemente alojamiento y comida), y pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Depósitos de garantía necesarios para poder alquilar un apartamento o casa.
- Mobiliario para el hogar necesario, incluidos muebles, elementos de la cocina, utensilios para la preparación de alimentos y ropa de cama/baño.

Los servicios de transición a la comunidad NO incluyen lo siguiente:

- Pago por alojamiento y comida.
- Gastos mensuales de renta o hipoteca.
- Gastos recurrentes, como alimentos y cargos por servicios públicos comunes.

Los servicios deben ser razonables y necesarios según se determine a través del plan de atención. Los servicios también deben determinarse en función de la necesidad. No debe tener otra forma de obtener estos servicios por su cuenta o por ningún otro medio, ni siquiera mediante los recursos comunitarios.

Su administrador de atención médica puede brindarle más información sobre este beneficio y ayudar a coordinar estos servicios durante la transición.

Su plan de atención (continuación)

I Choose Home NJ

I Choose Home NJ forma parte del programa federal “El dinero sigue a la persona” (Money Follows the Person, MFP) que busca reintegrar en la comunidad a personas que se encuentran en residencias con servicios de enfermería y en centros de desarrollo. Los residentes de Nueva Jersey pueden ser elegibles en los siguientes casos:

- Si han vivido 60 días como mínimo en una residencia con servicios de enfermería o en un centro de desarrollo.
- Si están interesados en volver a formar parte de la comunidad.
- Si son elegibles para Medicaid al menos un día antes de salir del centro.

Los residentes elegibles podrán mudarse a un establecimiento comunitario independiente con servicios y apoyo. Para obtener más información sobre I Choose Home NJ, visite ichoosehome.nj.gov, o hable con su administrador de atención médica.

Procedimientos de reclamos y apelaciones

¿Qué puedo hacer si quiero presentar una queja (también llamada reclamo)?

Es posible que se encuentre en una situación en la que no esté conforme con un aspecto relacionado con nuestro plan. Por ejemplo, alguno de los siguientes:

- la calidad de la atención que ha recibido de un proveedor del plan;
- la forma en la que un proveedor del plan o su personal le ha tratado;
- dificultad para concertar una cita con un especialista u otro proveedor;
- dificultad para obtener una autorización para los servicios;
- las políticas de nuestro plan; o bien,
- la forma en la que el personal de nuestro plan le ha tratado.

Si tiene algún problema como este, tiene derecho a presentar una queja formal. Este proceso también se denomina "presentar un reclamo". Puede presentar un reclamo llamándonos al número gratuito **1-844-444-4410** (TTY **711**). También puede escribirnos a la siguiente dirección:

**Grievances Department
1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534**

Si nos escribe, describa la queja y proporcione la información de contacto que podemos utilizar para comunicarnos con usted, como su número de teléfono y su dirección de correo electrónico. También puede solicitar ayuda a través del **Formulario de reclamos** que aparece al final de este manual o en nuestro sitio web en horizonNJhealth.com/grievances. Si presenta un reclamo ante nosotros por escrito, le enviaremos una carta para confirmar que lo hemos recibido.

Investigaremos su queja y tomaremos medidas para resolverla en un plazo de 30 (treinta) días calendario y le enviaremos una *Carta de resolución del reclamo* para explicarle lo que hicimos para abordar el problema.

Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, puede llamarnos al número gratuito **1-844-444-4410** (TTY **711**).

Puede presentar un reclamo dental llamando al **1-855-878-5371** (TTY **1-800-508-6975**).

El equipo de Operaciones Dentales se ocupará de todos los reclamos dentales y le enviará una carta con el resultado.

Procedimientos de reclamos y apelaciones (continuación)

Proceso de apelación de administración de la utilización:

Denegación/limitación/reducción/finalización de un servicio en función de la necesidad médica

Usted y su proveedor deberían recibir una carta de notificación en el plazo de dos días hábiles a partir de la decisión de Horizon NJ Health de denegar, reducir o finalizar un servicio o beneficio.

Si no está de acuerdo con la decisión de Horizon NJ Health, usted (o su proveedor, con su permiso por escrito) puede cuestionarla solicitando una apelación. Consulte el resumen a continuación para conocer los plazos para solicitar una apelación.

Etapas	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación con continuación de los beneficios para los servicios existentes	Plazo para obtener la determinación de la apelación
<p>Apelación interna</p> <p>La apelación interna es el primer nivel de apelación, administrado por Horizon NJ Health.</p> <p>Este nivel de apelación es una revisión interna y formal por parte de profesionales de atención médica seleccionados por Horizon NJ Health, quienes tienen la experiencia adecuada para el caso en cuestión y no estuvieron involucrados en la determinación original.</p>	<p>60 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de denegación/notificación inicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El último día de la autorización actual o antes de esta fecha; o bien, • Dentro de los diez días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de notificación (lo que ocurra después). 	<p>30 días calendario o menos a partir de que el plan de salud haya recibido la solicitud de apelación</p>
<p>Apelación externa/de la IURO</p> <p>La apelación externa/de la IURO es una apelación externa realizada por una Organización Independiente de Revisión de Utilización (IURO).</p>	<p>60 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de notificación de apelación interna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El último día de la autorización actual o antes de esta fecha; o bien, • Dentro de los diez días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de notificación de apelación interna (lo que ocurra después). 	<p>45 días calendario o menos a partir de la decisión de la IURO de revisar el caso</p>
<p>Audiencia imparcial de Medicaid</p>	<p>120 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de notificación de apelación interna</p>	<p>En las siguientes fechas, la que ocurra después:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El último día de la autorización actual o antes de esta fecha; o bien, • Dentro de los diez días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de notificación de apelación interna; o bien, • Dentro de los diez días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de notificación de la decisión de apelación externa/de la IURO. 	<p>Se tomará una decisión final en el plazo de 90 días calendario a partir de la solicitud de una audiencia imparcial.</p>

Procedimientos de reclamos y apelaciones (continuación)

Determinación adversa inicial

Horizon NJ Health puede decidir denegar su solicitud inicial de un servicio, o bien reducir o interrumpir un servicio continuo que ha estado recibiendo durante un tiempo; esta decisión también se conoce como “*determinación adversa*”. Les avisaremos a usted y a su proveedor sobre esta decisión lo antes posible. Se notificará a su proveedor por teléfono. Usted recibirá una carta por escrito que explicará nuestra decisión en el plazo de dos días hábiles.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, usted o su proveedor (con su autorización por escrito) puede cuestionarla solicitando una *apelación*. Usted o su proveedor puede solicitar una apelación, ya sea oralmente (por teléfono) o por escrito. Para solicitar una apelación oralmente, puede llamar a Horizon NJ Health al **1-844-444-4410 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las solicitudes de apelación por escrito se deben enviar por correo a la siguiente dirección:

Horizon Medical Appeals
PO Box 10194
Newark, NJ 07101

Tiene **60 días calendario** a partir de la fecha que figure en la carta de determinación adversa inicial para solicitar una apelación.

Apelación interna

La primera etapa del proceso de apelación es una apelación interna formal a Horizon NJ Health (llamada “*apelación interna*”). Un médico u otro profesional de atención médica elegido por Horizon NJ Health revisará su caso, y deberá tener experiencia en el área de conocimiento médico correspondiente a su caso. Elegiremos cuidadosamente a alguien que no haya estado involucrado en el momento en que se tomó la primera decisión sobre su atención. Debemos tomar una decisión sobre su apelación en el plazo de 30 días calendario (o antes, si es necesario debido a su afección médica).

Si se niega su apelación (la decisión no se toma en su favor), recibirá una carta por escrito explicando nuestra decisión. La carta también incluirá información sobre su derecho a presentar una apelación ante una Organización Independiente de Revisión de la Utilización (Independent Utilization Review Organization, IURO) externa, o su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid, y cómo solicitar estos tipos de apelaciones adicionales. También encontrará más información sobre estas opciones más adelante en esta sección del manual.

Si desea apelar ciertos beneficios, es posible que la necesidad médica del servicio no sea el problema y que, por lo tanto, no se aplique el proceso de apelaciones externas de la Organización Independiente de Revisión de la Utilización (IURO). Estos beneficios pueden incluir los siguientes:

- Atención en el hogar para adultos
- Programa de vivienda asistida
- Servicios de vivienda asistida (cuando la denegación no se basa en una necesidad médica)
- Capacitación del cuidador/participante
- Servicios de tareas
- Servicios comunitarios de transición
- Atención de apoyo en el hogar
- Servicio de comidas a domicilio
- Asistencia de atención personal (Personal Care Assistance, PCA), incluido el Programa de preferencias personales
- Relevos (diario y por hora)
- Atención social de día
- Programa estructurado de día (cuando la denegación no se basa en una necesidad médica)
- Servicios de apoyo de día (cuando la denegación no se basa en un diagnóstico de TBI)

En estos casos, use el proceso de audiencia imparcial de Medicaid que se explica en la página 65. En el caso de estos tipos de apelaciones, no puede utilizarse el proceso de apelaciones externas de la IURO.

Procedimientos de reclamos y apelaciones (continuación)

Apelaciones aceleradas (rápidas)

Tiene la opción de solicitar una apelación acelerada (rápida) si siente que será perjudicial para su salud si nos tomamos el tiempo habitual (hasta 30 días calendario) para tomar una decisión sobre su apelación. Además, si su proveedor nos informa que tomarnos hasta 30 días calendario para decidir podría poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para recuperarse por completo de su afección actual, debemos tomar una decisión sobre su apelación en un plazo de 72 horas.

Apelaciones internas dentales

Las apelaciones internas dentales siguen los mismos plazos que los que se indican en el cuadro de apelaciones de administración de la utilización. Puede presentar una apelación interna dental:

1. Llamando a SKYGEN USA Dental al **1-855-878-5371** (TTY **1-800-508-6975**).

Y

2. Escribiendo a SKYGEN USA Dental a PO Box 295, Milwaukee, WI 53201.

Si llama primero, debe dar seguimiento a su solicitud telefónica escribiendo a SKYGEN USA Dental a la dirección detallada en el punto 2 arriba.

En su carta, debe incluir una explicación de los motivos por los que apela nuestra decisión y, luego, firmar su solicitud de apelación.

Sin embargo, si actualmente recibe estos servicios y desea que continúen automáticamente durante la apelación, debe solicitar una apelación interna el último día de la autorización aprobada previamente o antes de ese día, o debe solicitar una apelación interna en el plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que se envió la notificación (lo que sea posterior).

Si no solicita su apelación dentro de estos plazos, los servicios no continuarán durante la apelación. SKYGEN USA Dental tomará una decisión sobre su apelación interna en el plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.

Si llama para solicitar una apelación acelerada o rápida, no tiene que dar seguimiento a la llamada telefónica con una solicitud por escrito.

Apelación externa (de la IURO)

Si la decisión de su apelación interna no es en su favor, usted (o el proveedor que actúe en su nombre con su consentimiento por escrito) puede solicitar una apelación externa (de la IURO) completando el formulario de **Solicitud de apelación externa**. Se le enviará una copia del formulario de *Solicitud de apelación externa* junto con la carta en la que se le informe el resultado de su apelación interna. Usted o su proveedor debe enviar por correo el formulario completado a la siguiente dirección en el plazo de **60 días calendario** a partir de la fecha que figure en la carta de resultado de su apelación interna:

Maximus Federal – NJ IHCAP
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, New York 14534

Oficina: **1-888-866-6205**

También puede enviar por fax el formulario completado al **1-585-425-5296** o enviarlo por correo electrónico a stateappealseast@maximus.com.

Si no se incluye una copia de la *Solicitud de apelación externa* con la carta de resultado de su apelación interna, llame a Servicios para Miembros al **1-844-444-4410** (TTY **711**) para solicitar una copia.

Horizon NJ Health no lleva a cabo apelaciones externas (de la IURO). La revisión de estas apelaciones está a cargo de una Organización Independiente de Revisión de la Utilización (IURO), la cual es una entidad de revisión externa imparcial que no está afiliada directamente con Horizon NJ Health ni con el estado de Nueva Jersey. La IURO asignará su caso a un médico independiente, quien lo revisará y tomará una decisión. Si la IURO decide aceptar su caso para la revisión, tomará su decisión en el plazo de 45 días calendario (o antes, si es necesario debido a su afección médica).

Procedimientos de reclamos y apelaciones (continuación)

También puede solicitar una apelación externa (de la IURO) rápida o acelerada, al igual que con las apelaciones internas. Para solicitar una apelación acelerada, usted o el proveedor debe enviar una copia completa del formulario de *Solicitud de apelación externa* por fax a Maximus Federal al **1-585-425-5296** y solicitar una apelación acelerada en la **Sección V** del formulario, **“Resumen de la apelación”**.

En el caso de una apelación externa (de la IURO) acelerada, la IURO debe tomar una decisión sobre su apelación en el plazo de 48 horas.

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones externas (de la IURO), o si desea solicitar asistencia para presentar su solicitud, también puede llamar al Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey (New Jersey Department of Banking and Insurance, DOBI) al **1-888-393-1062** o **1-609-777-9470**.

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

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

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid *sin* solicitar una apelación externa (de la IURO).

Audiencia imparcial estatal de Medicaid

Tiene la opción de solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid después de

que haya finalizado su apelación interna (y Horizon NJ Health haya tomado una decisión). El personal de la Oficina de Derecho Administrativo de Nueva Jersey administra las audiencias imparciales estatales de Medicaid. Tiene hasta **120 días calendario** a partir de la fecha que figura en la *carta de resultado* de su **apelación interna** para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid escribiendo a la siguiente dirección:

Fair Hearing Section
Division of Medical Assistance and
Health Services
PO Box 712
Trenton, NJ 08625-0712

Si presenta una solicitud acelerada (rápida) de una audiencia imparcial estatal de Medicaid y cumple con todos los requisitos para una apelación acelerada, se tomará una decisión en el plazo de 72 horas a partir del día en que la agencia estatal reciba su solicitud de una audiencia imparcial de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: El plazo para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid es siempre de 120 días a partir de la fecha que figura en la carta donde se explica el resultado de su *apelación interna*. Esto se aplica incluso si solicita una apelación externa (de la IURO) en el plazo intermedio. El plazo de 120 días para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid siempre se inicia a partir del resultado de su *apelación interna*, **no** de su apelación externa (de la IURO).

Procedimientos de reclamos y apelaciones (continuación)

Continuación de los beneficios

Si solicita una apelación debido a que el plan interrumpe o reduce un servicio o curso de tratamiento que ya ha estado recibiendo, puede obtener la continuación de sus servicios/beneficios durante el proceso de apelación. Horizon NJ Health automáticamente continuará brindando los servicios mientras esté pendiente su apelación, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- la apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un curso de tratamiento autorizado previamente;
- un proveedor autorizado solicitó los servicios; y
- usted (o el proveedor que actúe en su nombre con su consentimiento por escrito) presenta la apelación en un plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta de determinación adversa inicial, en el día final de la autorización original o antes de esa fecha (**lo que ocurra después**).

Sus servicios *no* continuarán automáticamente durante una audiencia imparcial estatal de Medicaid. Si desea que sus servicios continúen durante una audiencia imparcial estatal de Medicaid, debe solicitar esto **por escrito** cuando solicite la audiencia imparcial respetando los siguientes plazos:

- **en el plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha que figure en la carta de resultado de su apelación interna; **o bien,**
- **en el plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha que figure en la carta de resultado de su apelación externa (de la IURO), si solicitó una; **o bien,** el día final de la autorización original o antes de esa fecha (**lo que ocurra después**).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si solicita que sus servicios continúen durante una audiencia imparcial estatal de Medicaid y la decisión final no es en su favor, es posible que se le solicite pagar el costo por la continuación de sus servicios.

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación, puede comunicarse con Servicios para Miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Reunión del equipo interdisciplinario (IDT)

Tenemos la responsabilidad de convocar reuniones del equipo interdisciplinario (Interdisciplinary Team, IDT) cuando su plan de atención cambie, o cuando usted solicite un cambio en su plan de atención, y se aplique una de las siguientes situaciones:

- Cuando existe un riesgo para la salud o la seguridad.
- Antes de la denegación o la reducción de servicios, o de la asignación del ámbito, debido a que los costos exceden o se espera que excedan el límite del costo anual.
- Cuando ocurre un cambio importante en los horarios de los servicios desde la última reunión del IDT.

En los casos en que se aplique una de las situaciones mencionadas anteriormente, su administrador de atención médica coordinará una reunión del IDT, que consistirá en una conferencia o llamada telefónica para analizar su atención. Su administrador de atención médica le explicará el proceso del IDT y qué puede esperar. Su administrador de atención médica también le explicará quiénes serán los participantes y qué se analizará, y se asegurará de que usted conozca sus derechos para presentar reclamos y apelaciones.

El IDT está compuesto por su administrador de atención médica, el supervisor del administrador de atención médica, un director médico de Horizon NJ Health, un defensor del miembro del programa MLTSS, un representante de la División de Servicios para las Personas Mayores de la Oficina de Opciones Comunitarias (OCCO), usted o un familiar o un representante personal autorizado, y el administrador de salud conductual de Horizon NJ Health (si está recibiendo servicios de salud conductual). Usted tiene derecho a solicitar una reunión del IDT si cree que es necesario y puede invitar a cualquier persona a participar en su IDT, incluido su PCP. Su administrador de atención médica (y, en algunos casos, el defensor de miembros) estará con usted en su hogar para la reunión inicial del IDT. Todos los demás participantes participarán por teléfono.

En la reunión se analizarán las limitaciones de rentabilidad del programa, así como también las opciones disponibles en cuanto a servicios y ámbitos (por ejemplo, centros de enfermería y servicios prestados en ámbitos domiciliarios y comunitarios). Durante la reunión, se le informará la decisión. Usted o su representante puede hacer preguntas durante la reunión.

Al finalizar la reunión del IDT, si a usted no le complace el resultado, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid. Le enviaremos una carta con el resultado de la reunión del IDT y sus derechos relacionados con las audiencias imparciales estatales de Medicaid, así como el formulario de solicitud.

Aviso de privacidad

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.

Este Aviso entró en vigencia el **23 de septiembre de 2013**. Se revisó por última vez el **7 de noviembre de 2022**.

Cuando utilizamos el término "información del cliente", nos referimos a la información financiera o de salud que "no es pública", incluida toda la información a partir de la cual posiblemente se podría emitir un juicio sobre usted. Cuando utilizamos el término "información de salud protegida" o "PHI" (Protected Health Information), nos referimos a la información verbal, escrita y electrónica identificable individualmente con respecto a la prestación o el pago de su atención médica. En forma conjunta, nos referimos a la información del cliente y a la PHI como "información privada".

A los fines de este Aviso, "Horizon" y los pronombres "nosotros", "nos" y "nuestro/a" hacen referencia a todas las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organizations, HMO) y las afiliadas aseguradoras con licencia de Horizon Healthcare Services, Inc., que operan bajo el nombre de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, incluidas las entidades que se mencionan en la última página de este Aviso. Estas entidades se han creado como una sola entidad afiliada cubierta para fines de privacidad federales, a menos que se indique lo contrario.

La Ley HIPAA generalmente no reemplaza otras leyes estatales o federales que brindan a las personas mayor protección en cuanto a la privacidad. Por consiguiente, si alguna ley federal o estatal de privacidad nos exige establecer mayor protección en cuanto a la privacidad, tendremos que obedecer dicha ley además de la HIPAA.

Cuando se trata de información privada, tiene ciertos derechos. A fin de ejercer estos derechos, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Recopilación y protección

Qué información privada recopilamos

Al proporcionarle la cobertura de salud, recopilamos información privada a partir de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos de usted o del beneficiario de la póliza en solicitudes, otros formularios o sitios web que patrocinamos.
- Información que obtenemos a partir de sus transacciones con nosotros, nuestras afiliadas u otros, como los profesionales de atención médica.
- Información que recibimos de agencias de información crediticia u otras instituciones, como Medicare, entes reguladores estatales y agencias encargadas del cumplimiento de las leyes.

- Información que obtenemos de otras fuentes de terceros y fuentes disponibles públicamente.

Cómo protegemos la información privada

Nuestros empleados están capacitados en cuanto a la necesidad de mantener su información privada en la más estricta confidencialidad. Ellos reconocen como vinculante esa promesa de confidencialidad y están sujetos a medidas disciplinarias si transgreden dicha promesa. También contamos con medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas adecuadas para proteger razonablemente su información privada.

Sus derechos

Cuando se trata de información privada, tiene ciertos derechos

A fin de ejercer estos derechos, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de miembro. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **A obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones**
Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones, y otra información privada que tengamos en nuestro poder. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, generalmente, en el plazo de 30 días después de haber recibido la solicitud. Es posible que cobremos un cargo razonable en función del costo.
- **A solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones**
Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Es posible que deneguemos su solicitud, pero le explicaremos la razón por escrito en el plazo de 60 días y le informaremos sobre su derecho a presentar una declaración de impugnación.
- **A solicitar comunicaciones confidenciales**
Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su hogar o de la oficina) o que le enviemos un correo electrónico a una dirección diferente. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables y debemos cumplir con su solicitud en el caso de que nos informe que usted estaría en peligro si no lo hiciéramos. Es posible que consideremos las solicitudes hechas oralmente, pero deberán ir acompañadas de una solicitud por escrito.
- **A solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**
Puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información privada con fines de tratamiento, pago o relacionados con nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y es posible que la deneguemos en caso de que pudiera afectar su atención.

Aviso de privacidad (continuación)

- **A obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información privada**

Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información privada durante los seis años previos a la fecha de solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas acerca de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como divulgaciones a usted o autorizadas por usted). Le proporcionaremos un informe gratuito por año, pero le cobraremos un cargo razonable en función del costo si nos solicita otro en el plazo de 12 meses.

- **A obtener una copia de este Aviso**

Puede solicitar una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

- **A designar a alguien para que actúe en su nombre**

Si ha designado a alguien mediante un poder legal para decisiones de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información privada. Confirmaremos que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar alguna medida.

- **A presentar una queja si cree que sus derechos han sido violados**

Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos. Para ello, llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de miembro. No será víctima de represalias por presentar una queja.

Puede presentar una queja ante nuestra Oficina de Privacidad. Para ello, envíe una carta a la siguiente dirección:

**Horizon BCBSNJ
Attn: Privacy Office, PP-16F
Three Penn Plaza East
Newark, NJ 07105-2200**

O llame al **1-800-658-6781**

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para ello, envíe una carta a la siguiente dirección:

**200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201**

O bien, puede llamar al **1-877-696-6775**.

También puede visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Sus elecciones

En el caso de cierta información privada, puede hacernos saber sus elecciones acerca de lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información privada en las situaciones que se describen a continuación, póngase en contacto con nosotros. Infórmenos acerca de qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

- Tiene tanto el derecho como la elección de pedirnos que hagamos lo siguiente:
 - Compartir información con el beneficiario de la póliza, su familia, amigos cercanos u otras personas que estén involucradas en el pago de su atención.
 - Compartir información en una situación de respuesta ante un desastre.

Si usted no puede informarnos acerca de su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), es posible que compartamos su información si creemos que es en su propio beneficio. Asimismo, podremos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.

- No podremos compartir nunca su información privada, a menos que usted nos proporcione una autorización por escrito, para los siguientes fines:
 - Fines de comercialización
 - Venta de su información privada
 - Notas de psicoterapia

Si usted nos da su autorización, tendrá el derecho de revocarla en cualquier momento por escrito. Respetaremos su revocación una vez procesada, salvo en la medida en que nosotros hayamos actuado conforme a su autorización original o si la autorización se obtuvo como condición para obtener una cobertura. Si usted no puede informarnos acerca de su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), es posible que compartamos su información si creemos que es en su propio beneficio. Asimismo, podremos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.

¿Cómo utilizamos o compartimos habitualmente su información privada?

Habitualmente, utilizamos o compartimos su información privada de las siguientes maneras:

- Para ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Podemos usar su información privada y compartirla con los profesionales que le están tratando.
- Ejemplo: un médico nos envía información privada acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Aviso de privacidad (continuación)

- **Para manejar nuestra organización**

Podemos utilizar y divulgar su información privada para manejar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Utilizamos la información privada para la administración de casos y la coordinación de la atención, la revisión de utilización, la evaluación y mejora de la calidad, la acreditación de los proveedores de la red, la investigación basada en la población para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, y las comunicaciones con proveedores y miembros para proporcionarles información acerca de alternativas de tratamiento.

También podemos utilizar su información privada para otras actividades de operaciones de atención médica que incluyen actividades de cumplimiento y auditoría, evaluación del desempeño de proveedores, suscripción y otras actividades de establecimiento de tarifas, elaboración de listas de medicamentos aprobados, gestión de sistemas de información, detección de fraudes y abusos (por nuestra cuenta, o por parte de otros planes o proveedores), facilitación de una venta, transferencia, fusión o consolidación parcial o total de Horizon BCBSNJ o sus compañías afiliadas con otra entidad (lo que incluye la debida diligencia relacionada con la transacción), servicio al cliente y gestión comercial general, entre otras.

Ejemplo: podemos utilizar y divulgar su información privada con el fin de recordarle la disponibilidad o el valor de la atención preventiva o de un programa de control de enfermedades.

- **Para administrar su plan**

Si usted es participante o beneficiario de un plan de salud grupal autofinanciado, podemos utilizar y divulgar su información privada según se describe en este Aviso. Sin embargo, el uso o la divulgación que hagamos se regirán por un acuerdo con su empleador (u otro patrocinador de su plan de beneficios) o por el propio plan.

Ese plan puede utilizar y divulgar su información privada de una manera distinta a la que se describe aquí. Con respecto a sus derechos individuales, usted debe preguntar al administrador de su plan cómo ejercer dichos derechos, junto con cualquier otra pregunta que pueda tener en relación con las políticas y prácticas de privacidad de su plan. Este Aviso también se aplica al plan de beneficios de salud para empleados de Horizon BCBSNJ.

- **Para realizar nuestras operaciones de tratamiento, pago y atención médica**

Podemos utilizar y divulgar su información privada con fines relacionados con las operaciones de tratamiento, pago y atención médica de otra entidad cubierta. Además, se nos permite divulgar su información privada a otras entidades cubiertas para que puedan manejar ciertos aspectos de sus operaciones de atención médica. Podemos también divulgarla con fines de detección de fraude y abuso o de cumplimiento. Pero solo divulgaremos información privada a otra entidad cubierta para estos fines si dicha entidad cubierta tiene o tuvo una relación con usted.

- **Para realizar divulgaciones a personas que participan en la atención o el pago**

En ciertas circunstancias, es posible que divulguemos determinada información privada a una persona, como el suscriptor, un integrante de la familia o un amigo, que participe en su atención o en el pago de esta.

- **Para cuando existan motivos adicionales para la divulgación**

Es posible que también utilicemos o divulguemos su información privada:

- Al titular del certificado o beneficiario de su cobertura, si se trata de información relacionada con el estado de una transacción del seguro, según lo permitido por ley.
- A autoridades militares, si usted es o fue miembro de las Fuerzas Armadas.
- A los empleados del patrocinador del plan designados por el administrador del plan para ayudar en la administración del plan.
- Para llevar a cabo actividades de comercialización, ya sea por nuestra cuenta o a través de otras compañías en nuestro nombre, con una autorización válida.
- Para informarle sobre los productos o servicios relacionados con la salud que están incluidos en su plan de beneficios o que le aportan valor a su plan.
- Para entablar comunicaciones de comercialización en persona.
- Para distribuir obsequios promocionales de valor nominal.

Aviso de privacidad (continuación)

Otras formas en las que utilizamos o compartimos su información privada

Se nos permite o exige que compartamos su información privada de otras maneras, generalmente, de maneras que contribuyan con el bien común, como la salud pública e investigación. Debemos cumplir con muchos requisitos de la ley antes de que podamos compartir su información privada para estos fines:

- **Para ayudar con la salud pública y los problemas de seguridad**

Podemos compartir información privada acerca de usted para determinados fines, como los siguientes:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con retiros de productos.
- Informar reacciones adversas a medicamentos.
- Informar casos de posible abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.

- **Para llevar a cabo investigaciones**

Podemos utilizar o compartir su información privada para realizar investigaciones de salud.

- **Para cumplir con la ley**

Compartiremos información privada acerca de usted si la ley estatal o federal así lo exige, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si desea comprobar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

- **Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un examinador médico o director de funeraria**

Podemos compartir información privada acerca de usted con entidades que se encarguen de la adquisición, banca o trasplante de órganos, ojos o tejidos a fin de facilitar la donación y el trasplante.

Podemos compartir información privada con un médico forense o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o para cumplir con otras obligaciones, según lo autorice la ley. Cuando una persona fallece, podemos compartir información privada con el director de una funeraria.

- **Para abordar los reclamos de indemnización laboral, las solicitudes de agencias encargadas del cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno**

Podemos utilizar o compartir información privada acerca de usted:

- Para abordar los reclamos de indemnización laboral.
- Para cumplir con la ley o con la solicitud de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley.
- Con agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones especiales del gobierno, como funciones militares, de seguridad nacional y de servicios de protección presidencial.

- **Para responder ante demandas y acciones legales**

Podemos compartir información privada acerca de usted para responder a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

- **Para que la utilicen nuestros socios comerciales**

Podemos compartir información privada acerca de usted con nuestros socios comerciales (Business Associates, BA) que desempeñen funciones en nuestro nombre o nos proporcionen servicios si la información privada es necesaria para tales funciones o servicios. Nuestros BA tienen la obligación legal y contractual de proteger la privacidad de su información, y solo se les permite utilizar y divulgar dicha información según se establece en nuestro contrato y conforme a lo autorizado por la ley federal.

- **Para aspectos de gobernanza empresarial**

Podemos compartir la información privada sobre los beneficiarios de pólizas individuales con Horizon Mutual Holdings, Inc. para informar a los beneficiarios de pólizas acerca de sus derechos de gobernabilidad como miembros de Horizon Mutual Holdings, Inc.

- **Para otros usos**

Tenga en cuenta que nosotros limitamos la divulgación de cierta información sumamente confidencial de conformidad con las leyes que rigen la naturaleza especial de la información (por ejemplo, VIH/SIDA, abuso de sustancias, salud mental, enfermedades de transmisión sexual e información genética). Se nos prohíbe utilizar y divulgar su información genética con fines de suscripción. Además, cuando un estado permita a los menores de una cierta edad o condición solicitar tratamiento sin el consentimiento de los padres, la información que normalmente se proporcionaría a nuestros clientes puede ser limitada.

Aviso de privacidad (continuación)

Es posible que sea necesario utilizar o divulgar su información privada según se describe en este Aviso incluso después de que finalice la cobertura. Además, tal vez no sea factible destruir su información privada. Por lo tanto, no necesariamente la destruiremos tras la finalización de su cobertura. Sin embargo, toda la información privada que conservemos debe mantenerse de manera segura y confidencial, y utilizarse únicamente para los fines permitidos. En los casos donde se incluya información privada de personas fallecidas, Horizon debe cumplir con la HIPAA con respecto a la protección de esta información durante un período de 50 años luego del fallecimiento de la persona.

Para obtener más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información privada.
- Le informaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que comprometa la privacidad o seguridad de su información privada.
- Debemos respetar las responsabilidades y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y brindarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información privada con otros fines que no sean los descritos aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos. Si usted nos indica que podemos, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. En dicho caso, infórmenos por escrito.

Para obtener más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios de los términos de este Aviso

Horizon BCBSNJ y sus compañías afiliadas se reservan el derecho a cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información privada que tengamos sobre usted. Nuestras políticas pueden cambiar, ya que las revisamos y modificamos periódicamente. El nuevo Aviso estará disponible si lo solicita, en nuestro sitio web y le enviaremos una copia si se producen cambios importantes.

Este Aviso entró en vigencia el **23 de septiembre de 2013**.

Se revisó por última vez el **7 de noviembre de 2022**.

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones

Las compañías afiliadas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, las cuales son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association, son las siguientes:

Horizon Healthcare Services, Inc. que opera bajo el nombre de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Horizon Healthcare of New Jersey, Inc. que opera bajo el nombre de Horizon NJ Health

Horizon Healthcare Dental, Inc.

Horizon Insurance Company

Healthier New Jersey Insurance Company que opera bajo el nombre de Braven Health

Horizon Casualty Services, Inc.*

Horizon Mutual Holdings, Inc.*

* Estas compañías afiliadas no son entidades cubiertas sujetas a las reglas federales de privacidad.

Los proveedores de atención médica de la red de proveedores de Horizon BCBSNJ pueden participar con Horizon BCBSNJ en un sistema de atención organizada, denominado "acuerdo de atención médica organizada". Horizon BCBSNJ y estos proveedores pueden intercambiar su información privada según sea necesario para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica relacionadas con el acuerdo de atención médica organizada.

Spanish (Español): Para ayuda en español, llame al **1-855-477-AZUL (2985)**.
Chino (中文): 如需中文協助, 請致電 **1-800-355-BLUE (2583)**.

Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. © 2021 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105. Privacy Office, Three Penn Plaza East, PP-16F Newark, NJ 07105-2200. EC005810 (0620)

Aviso de no discriminación

Horizon NJ Health cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas según su raza, color, género, nacionalidad, edad, discapacidad, embarazo, identidad de género, sexo, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones sobre inscripción y beneficios. Horizon NJ Health proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades (p. ej. intérpretes de idioma calificados e información en otros formatos) y a personas cuyo idioma principal no es el inglés (p. ej. información en otros idiomas) para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva.

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros

Llame a Servicios para Miembros al **1-844-498-9393** (TTY **711**) o al número de teléfono que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de miembro, si necesita ayuda y servicios gratuitos mencionados anteriormente y por cualquier otro problema relativo a Servicios para Miembros.

Cómo presentar un reclamo de la Sección 1557

Si considera que Horizon NJ Health no le proporcionó la ayuda y los servicios de comunicación gratuitos, o se sintió discriminado por uno de los motivos descritos anteriormente, puede presentar una queja por discriminación, que también se conoce como reclamo de la Sección 1557. Puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles de Horizon NJ Health llamando al número de Servicios para Miembros que figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro o escribiendo a:

**Horizon NJ Health
Civil Rights Coordinator
Three Penn Plaza East, PP-12L
Newark, NJ 07105-2200**

También puede presentar una queja de derechos civiles en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; enviándola por correo a **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201**; o llamando por teléfono al **1-800-368-1019** o **1-800-537-7697** (TDD). Los formularios de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Language assistance

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-844-498-9393** (TTY 711).

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 **1-844-498-9393** (TTY 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-844-498-9393 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-844-498-9393** (TTY 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન

કરો **1-844-498-9393** (TTY 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-844-498-9393** (TTY 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Chiamare il numero **1-844-498-9393** (TTY 711).

(قم) اتف الصم والبكم 117 (1-844-498-9393 رقم ه ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بر 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-844-498-9393** (TTY 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-844-498-9393** (телетайп 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-844-498-9393** (TTY 711).

ध्यान दें यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-844-498-9393** (TTY 711) पर कॉल करें।

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-844-498-9393** (TTY 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-844-498-9393** (ATS 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں

1-844-498-9393 (TTY 711).



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CITAS MÉDICAS

Nombre:
Apellido:
Número de ID del miembro:
Número telefónico para comunicarnos con usted con mayor facilidad:
Dirección de correo electrónico:
¿Qué tipo de proveedor o especialista necesita? Si desea una cita con un proveedor específico, indique su nombre y apellido. _____
Indique su ubicación (la dirección donde vive actualmente): _____
¿Necesita ayuda para coordinar el transporte hacia las visitas de atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ya se ha puesto en contacto con nosotros para pedir ayuda para programar una cita médica? En caso afirmativo, indique la fecha en que se comunicó con Servicios para Miembros. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha (DD/MM/AA): _____
Puede presentar una queja formal. Este proceso también se denomina "presentar un reclamo". Si desea presentar un reclamo, marque la casilla a continuación. <input type="checkbox"/> Quiero presentar un reclamo.

Para obtener ayuda para programar una cita médica con un proveedor, puede llamarnos al **1-800-682-9090** (TTY: **711**), enviar su formulario completo por correo electrónico a HNJH_MemberSupport@HorizonBlue.com o enviarlo por correo postal a:

Horizon NJ Health
ATTN:Member Support
1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534



FORMULARIO DE RECLAMOS

Nombre:
Apellido:
Número de ID del miembro:
Número telefónico para comunicarnos con usted con mayor facilidad:
Dirección de correo electrónico:
¿Cuál es el motivo de su reclamo (queja formal)? Marque la casilla correspondiente al problema que aplica a usted. 1. <input type="checkbox"/> Dificultad para programar una cita médica 2. <input type="checkbox"/> Insatisfacción con la forma en que me trató un proveedor o su personal 3. <input type="checkbox"/> Un proveedor se negó a atenderme debido a problemas con el pago de las reclamaciones con el plan Si eligió 1, 2 o 3 arriba, especifique el proveedor: _____ 4. <input type="checkbox"/> Dificultad para obtener la autorización de los servicios 5. <input type="checkbox"/> Me facturaron servicios cubiertos 6. <input type="checkbox"/> Insatisfacción con la forma en que me trató el personal del plan de salud Información adicional (opcional): _____
Si hemos denegado su solicitud de un tratamiento, artículo o medicamento, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitarnos que la cambiemos. Esa solicitud se denomina apelación. Sin embargo, una apelación es diferente de un reclamo. Puede llamarnos al número gratuito 1-800-682-9090 (TTY: 711) para presentar una apelación o hacernos preguntas.
¿Se ha puesto en contacto con nosotros anteriormente sobre este problema? En caso afirmativo, indique la fecha en que se comunicó con Servicios para Miembros. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha (DD/MM/AA): _____

Para presentar un reclamo, puede llamarnos al **1-800-682-9090** (TTY: **711**),
enviar su formulario completo por correo electrónico
a GPMemberComplaints@HorizonBlue.com o enviarlo por correo postal a:

Horizon NJ Health
ATTN:GRIEVANCES
1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534



1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534
1-844-444-4410 (TTY: **711**)
horizonNJhealth.com

Los productos son proporcionados por Horizon NJ Health. Las comunicaciones las emite Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey en calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías. Ambas son licenciatarías independientes de Blue Cross Blue Shield Association. Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. © 2023 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105. 086-23-112 ECN009032S (0623)