



Sus beneficios y servicios

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

Usted paga un costo muy bajo, o incluso nada, por la atención médica y los servicios que obtiene por medio de Horizon NJ Health. Asegúrese de conocer cómo funciona Horizon NJ Health, en especial, cuando se trata de obtener atención de emergencia, visitar a su médico y cuando necesita una autorización. Si recibe servicios que no están cubiertos por Horizon NJ Health o que no estén autorizados por su PCP, es posible que se le facturen. 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 está seguro si un servicio está cubierto, llame a Servicios para miembros al **1-800-682-9090** (TTY 711).

Sus beneficios y servicios

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Abortos	Cubiertos el plan de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS).* Abortos y servicios relacionados, incluidos (entre otros) procedimiento quirúrgico, anestesia, historia clínica y examen físico, y análisis de laboratorio.			
Acupuntura	Cubierto			
Servicios relacionados con el autismo	Con cobertura de Horizon NJ Health y FFS. Solo cubiertos para miembros de hasta 21 años con trastorno del espectro autista. Los servicios cubiertos incluyen el tratamiento de análisis conductual aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA), servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa, servicios de integración sensorial (IS), servicios de salud relacionados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) y servicios basados en la relación de desarrollo, incluidos, entre otros, modelo DIR, tiempo de planta de DIR y la terapia de enfoque de Greenspan.			
Sangre y productos sanguíneos	Cubierto Tiene cobertura la sangre entera y hemoderivados, además de los costos de administración y procesamiento necesarios. La cobertura es ilimitada (sin límite en el volumen o la cantidad de productos sanguíneos). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre.			
Densitometría ósea	Cubierto Cubre una medición cada 24 meses (con mayor frecuencia si es médicamente necesario), además de la interpretación de los resultados del médico.			
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares	Cubierto Se cubren las pruebas anuales de detección de enfermedades cardiovasculares para todas las personas a partir de los 20 años. Las pruebas más frecuentes se cubren cuando se determina que son médicamente necesarias.			
Servicios quiroprácticos	Cubierto Se cubre la manipulación de la columna vertebral.			
Exámenes 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 a partir de los 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"> • Enema de bario: se cubre cuando se utiliza en lugar de la sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, una vez cada 48 meses. • Colonoscopia: se cubre una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible de detección. • Prueba de sangre oculta en la materia fecal: se cubre una vez cada 12 meses. • Sigmoidoscopia flexible: se cubre una vez cada 48 meses. 			

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo **FIDE-SNP**=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Servicios dentales</p>	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren servicios de diagnóstico, prevención, restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis, servicios de cirugía bucal y maxilofacial, además de servicios complementarios.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica. Los servicios de ortodoncia están permitidos para niños y tienen restricción de edad y solo están aprobados con la documentación adecuada de una maloclusión incapacitante o necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen (entre otros): evaluaciones bucales (exámenes); radiografías y otros diagnósticos por imágenes; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes; coronas; tratamiento de conducto radicular; raspado y alisado radicular; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos bucales (que incluyen extracciones); anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesario para procedimientos quirúrgicos bucales).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y cualquier radiografía necesaria están cubiertos dos veces por año corrido. Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para miembros con necesidades especiales de atención médica.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Los niños deben realizarse su primer examen dental cuando el niño cumple un año o cuando sale 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, orientación de previsión y aplicaciones de barniz con flúor para niños hasta los tres (3) años de edad. Si se necesita atención adicional, los miembros pueden encontrar una lista completa de dentistas que tratan a niños de 6 años de edad o menos en <i>el Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de edad de NJFC</i>. Esta lista separada de dentistas se encuentra en horizonNJhealth.com/kidsdentists.</p>		<p>Cubierto</p> <p>Se cubren servicios de diagnóstico, prevención, restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis, servicios de cirugía bucal y maxilofacial, además de servicios complementarios.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica. Los servicios de ortodoncia están permitidos para niños y tienen restricción de edad y solo están aprobados con la documentación adecuada de una maloclusión incapacitante o necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen (entre otros): evaluaciones bucales (exámenes); radiografías y otros diagnósticos por imágenes; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes; coronas; tratamiento de conducto radicular; raspado y alisado radicular; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos bucales (que incluyen extracciones); anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesario para procedimientos quirúrgicos bucales).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y cualquier radiografía necesaria están cubiertos dos veces por año corrido. Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para miembros con necesidades especiales de atención médica.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Los niños deben realizarse su primer examen dental cuando el niño cumple un año o cuando sale 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, orientación de previsión y aplicaciones de barniz con flúor para niños hasta los tres (3) años de edad. Si se necesita atención adicional, los miembros pueden encontrar una lista completa de dentistas que tratan a niños de 6 años de edad o menos en <i>el Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de edad de NJFC</i>. Esta lista separada de dentistas se encuentra en horizonNJhealth.com/kidsdentists.</p> <p>Los miembros de NJ FamilyCare C y D tienen un copago de \$5 por visita al dentista (excepto para servicios de diagnóstico y prevención).</p>	

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Pruebas de detección de diabetes	<p>Esta prueba de detección se cubre (incluye pruebas de glucosa en ayunas) 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 nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). También se puede brindar cobertura para estas pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes de diabetes en la familia.</p> <p>Dependiendo de los resultados de estas pruebas, puede que tenga derecho a hasta dos exámenes 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 agentes bucales 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>			
Control y pruebas de diabetes	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren exámenes de la vista anuales para retinopatía diabética, además de exámenes de los pies cada seis meses para miembros con neuropatía periférica diabética y pérdida de sensación protectora.</p>			
Servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico, y de laboratorio	<p>Cubierto</p> <p>Cubiertos, incluidos (entre otros) resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, electrocardiogramas y radiografías.</p>			
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<p>Cubierto</p>			
Atención de emergencia	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias.</p>		<p>Cubierto</p> <p>Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias.</p> <p>Los miembros de NJ FamilyCare C tienen un copago de \$10.</p>	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias.</p> <p>Los miembros de NJ FamilyCare D tienen un copago de \$35.</p>

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
 MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
EPSDT (Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos)	<p>Cubierto</p> <p>La cobertura incluye (entre otros) atención de bienestar infantil, exámenes preventivos, exámenes médicos, servicios y 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), vacunas (incluido el calendario de vacunación infantil completo), pruebas de detección de plomo y servicios de enfermería privada. Los servicios de enfermería privada tienen cobertura 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.</p>	<p>Cubierto</p> <p>La cobertura incluye exámenes médicos de diagnóstico y pruebas de detección periódicas y tempranas, servicios de exámenes de detección dentales, de la vista, de la audición y de plomo.</p> <p>La cobertura por servicios de tratamientos identificados como necesarios a través de un examen se limita a aquellos servicios que están disponibles según sus beneficios o servicios especificados conforme al programa de FFS.</p>		
Suministros y servicios de planificación familiar	<p>Cubierto</p> <p>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.</p> <p>El beneficio de planificación familiar proporciona cobertura para 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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen la historia clínica y exámenes físicos (incluidos pélvicos y de mamas) pruebas de laboratorio y de diagnóstico, medicamentos y productos biológicos, dispositivos y suministros médicos (incluidos kits de prueba de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones Depo-Provera y otros dispositivos y suministros anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención y asesoramiento genético.</p> <p>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).</p>			
Centros de salud acreditados por el Gobierno federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC)	<p>Cubierto</p> <p>Incluye servicios de atención primaria y para pacientes ambulatorios de organizaciones de la comunidad.</p>			

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
 MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Servicios a los Miembros: **1-800-682-9090**

horizonNJhealth.com

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios para la audición/audiología	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren exámenes de audición de rutina y de diagnóstico, pruebas de equilibrio, atención otológica, pruebas para audífonos antes de recetarlos, pruebas para ajustar los audífonos, exámenes de seguimiento y ajustes, y reparaciones después del vencimiento de la garantía.</p> <p>Se cubren los audífonos, así como los accesorios y suministros relacionados.</p>			
Servicios de agencia de atención médica domiciliaria	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren servicios de enfermería y de terapia prestados por un enfermero matriculado, auxiliar de enfermería con licencia o servicio de asistencia médica domiciliaria.</p>			
Servicios en centros de cuidados paliativos	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren medicamentos para el alivio del dolor y el control de los síntomas; servicios médicos, de enfermería y sociales; y ciertos equipos médicos duraderos y otros servicios, incluida la orientación espiritual y para sobrellevar el duelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura en la comunidad, así como también en ámbitos institucionales. • Los servicios de habitación y comida se incluyen únicamente cuando los servicios 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 recibe la misma cobertura que recibiría en otras circunstancias.</p>			
Vacunas	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren vacunas neumocócicas, para la gripe, para la hepatitis B y otras vacunas recomendadas para adultos. El calendario de vacunación infantil completo se cubre como un componente del programa de EPSDT.</p>			
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren estadias en hospitales de acceso crítico; centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados; atención de la salud mental para pacientes hospitalizados; alojamiento en habitación semiprivada; servicios de médicos y cirujanos; anestesia; análisis de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico; medicamentos y suministros; servicios terapéuticos; enfermería general; y otros servicios y suministros que por lo general proporciona el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuidados intensivos:</i> con cobertura Incluye habitación y comida; enfermería y otros servicios relacionados; uso de hospitales/instalaciones hospitalarias de acceso crítico; medicamentos y productos biológicos; suministros, dispositivos y equipos; determinados servicios terapéuticos y de diagnóstico; servicios médicos o quirúrgicos prestados por determinados pasantes o residentes en capacitación; y 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 del comportamiento. 			
Mamografías	<p>Cubierto</p> <p>Se cubre una mamografía inicial para mujeres de 35 a 39 años y una mamografía cada año para mujeres a partir de los 40 años. También se incluyen mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Hay pruebas de detección adicionales disponibles si son médicamente necesarias.</p>			

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios de salud infantil y maternidad	<p>Cubierto</p> <p>Cubre servicios médicos para la atención perinatal y la atención del recién nacido y los exámenes de audición relacionados, incluida la atención de partera, CenteringPregnancy, anticoncepción reversible de acción prolongada (Long-Acting Reversible Contraception, LARC) inmediata posparto y todos los servicios dentales (que incluyen, entre otros, atención dental preventiva adicional y servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).</p> <p>También cubre educación para el parto, cuidado de doula y 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>	<i>Sin cobertura</i>		
Servicios de un enfermero partero	Cubierto		<p>Cubierto</p> <p>Copago de \$5 por cada visita (excepto para las visitas de atención prenatal)</p>	

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo **FIDE-SNP**=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios en centros de enfermería	<p>Cubierto</p> <p>Es posible que los miembros sean responsables del pago del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Atención a largo plazo (atención de custodia):</i> con cobertura. Se cubre para las personas que necesitan un nivel de atención de custodia (MLTSS). Es posible que los miembros sean responsables del pago del paciente. • <i>Centro de enfermería (centro de cuidados paliativos):</i> con cobertura. 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> con cobertura. Se incluye cobertura para servicios de rehabilitación que se realizan en un entorno de centro de enfermería. • <i>Centro de enfermería (atención especializada):</i> con cobertura. Los cuidados en un centro de enfermería de atención especializada (Special Care Nursing Facility, SCNF) o una unidad de SCNF distinta y separada dentro de un centro de enfermería convencional certificado por Medicaid están cubiertos para miembros que necesitan servicios en un centro de enfermería de cuidados intensivos más allá del alcance de un centro de enfermería convencional. 	<i>Sin cobertura</i>		
Trasplante de órganos	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren trasplantes de órganos médicamente necesarios, incluidos (entre otros), trasplantes de hígado, pulmón, corazón, corazón y pulmón, páncreas, riñón, córnea, intestino y médula ósea (incluidos trasplantes autólogos de médula ósea). Se incluyen costos del donante y del receptor.</p>			
Cirugía para pacientes externos	<p>Cubierto</p>			

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Servicios a los Miembros: 1-800-682-9090

horizonNJhealth.com

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Visitas clínicas/ en un hospital para pacientes ambulatorios	Cubierto		Cubierto Copago de \$5 por visita (no se aplica el copago si la visita es para servicios preventivos).	
Rehabilitación para pacientes ambulatorios (terapia ocupacional, terapia física, patologías del habla y el lenguaje)	Cubierto Se cubre la terapia física, la terapia ocupacional, las patologías del habla y la terapia de rehabilitación cognitiva.	Cubierto Cubre terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla. Con un límite de 60 días por terapia por año calendario.		
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 los tipos de 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 matriculado, según lo certificado por un médico de acuerdo con el plan de atención escrito de un beneficiario.	<i>Sin cobertura</i>		
Podiatría	Cubierto Se cubren exámenes de rutina y servicios podiátricos médicamente necesarios, además de plantillas o calzado terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético grave y pruebas de ajuste para este tipo de calzado o plantilla. 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 cubren en el tratamiento de una afección patológica relacionada.		Cubierto Se cubren exámenes de rutina y servicios podiátricos médicamente necesarios, además de plantillas o calzado terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético grave y pruebas de ajuste para este tipo de calzado o plantilla. \$5 de copago por visita 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 cubren en el tratamiento de una afección patológica relacionada.	

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Medicamentos recetados	<p>Cubierto</p> <p>Incluye medicamentos con receta médica (con y sin leyenda, incluidos medicamentos administrados por el médico); productos minerales y vitaminas con receta médica (excepto flúor y vitaminas prenatales), incluidos, entre otros, vitaminas terapéuticas, como A, D y E de alta potencia, hierro, zinc y minerales, como potasio y niacina. Se cubren todos los factores de coagulación.</p>		<p>Cubierto</p> <p>Incluye medicamentos con receta médica (con y sin leyenda, incluidos medicamentos administrados por el médico); productos minerales y vitaminas con receta médica (excepto flúor y vitaminas prenatales), incluidos, entre otros, vitaminas terapéuticas, como A, D y E de alta potencia, hierro, zinc y minerales, como potasio y niacina. Se cubren todos los factores de coagulación.</p> <p>Copago de \$1 para medicamentos genéricos y copago de \$5 para medicamentos de marca.</p>	
Servicios médicos: atención primaria y especializada	<p>Cubiertos.</p> <p>Se cubren servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes ambulatorios.</p>		<p>Cubierto</p> <p>Se cubren servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$5 por cada visita (excepto visitas de control para niños sanos de acuerdo con el cronograma recomendado de la Academia Estadounidense de Pediatría, tratamientos y exámenes para detectar plomo, vacunas correspondientes a la edad, atención prenatal y pruebas de Papanicolaou, cuando corresponda).</p>	
Servicios de enfermería privada	<p>Cubierto</p> <p>Los servicios de enfermería privada tienen cobertura para miembros que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad de obtener estos servicios.</p> <p>Los servicios de enfermería privada solo están disponibles para beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para miembros con el programa MLTSS (de cualquier edad).</p>			
Prueba de detección de cáncer de próstata	<p>Cubierto</p> <p>Se cubren exámenes de diagnóstico anuales, incluido un examen rectal digital y pruebas de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) para hombres de 50 años o más que son 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.</p>			
Prótesis y ortopedia	<p>Cubierto</p> <p>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.</p>			
Diálisis renal	<p>Cubierto</p>			
Exámenes físicos anuales de rutina	<p>Cubierto</p>			

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Ayuda para dejar de fumar/vapear	<p>Cubierto</p> <p>La cobertura incluye asesoramiento para ayudar a dejar de fumar o vapear, medicamentos como bupropión, vareniclina, inhaladores orales de nicotina y aerosoles nasales de nicotina, además de productos de venta libre, incluidos parches transdérmicos de nicotina, goma de mascar y pastillas de nicotina.</p> <p>Los siguientes recursos están disponibles para ayudarlo a dejar de fumar/vapear:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NJ Quitline: diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y obtenga apoyo de los asesores. Llame al número gratuito 1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (excepto feriados), y sábados de 11 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>(Ambulancia, unidad móvil de cuidados intensivos)</i>	<p>Cubierto</p> <p>Cobertura para atención de emergencia, incluido (entre otros) ambulancia y unidad móvil de cuidados intensivos.</p>			
Traslado (no de emergencia) <i>(Ambulancia para casos que no son de emergencia, vehículos de asistencia médica (Medical Assistance Vehicles, MAV), servicio de transporte público, clínica)</i>	<p>Cubiertos por FFS.</p> <p>El pago por servicio de Medicaid cubre todos los transportes que no sean de emergencia, como vehículos de asistencia móvil (MAV) y ambulancia de asistencia vital básica (Basic Life Support, BLS) que no sea de emergencia (camilla). También se cubren los servicios de transporte público, como pases y billetes de autobús y tren, servicios de automóvil y reembolso por millas.</p> <p>Para los servicios relacionados con la COVID-19, se cubren los servicios de transporte de vehículos/carros, ambulatorios, ambulatorios con asistencia, silla de ruedas, camilla, pases de autobús/transporte público y reembolso por millaje.</p> <p>Es posible que se requieran órdenes médicas u otra coordinación de Horizon NJ Health, del PCP o de los proveedores.</p> <p>Los servicios de transporte de Modivcare están cubiertos para los miembros de NJ FamilyCare A, ABP, B, C o D. Todos los medios de transporte, incluidos los vehículos deportivos, están disponibles para todos los miembros, incluidos B, C y D.</p>			
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>		<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> <p>NOTA: Puede aplicarse un copago de \$5 por la atención médica de urgencia que brinde un médico, optometrista, dentista o enfermero practicante.</p>	

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Servicio/beneficio	NJ FamilyCare A/ABP	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios para el cuidado de la vista • Lentes correctivos:	Cubierto Se cubren servicios de atención de 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 servicios de un optometrista y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para la visión reducida, dispositivos para el entrenamiento de la visión y lentes intraoculares. Se cubren exámenes anuales de retinopatía diabética para miembros con diabetes. 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. Se cubren determinadas pruebas de diagnóstico adicionales para miembros con degeneración macular relacionada con la edad.		Cubierto Se cubren servicios de atención de 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 servicios de un optometrista y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para la visión reducida, dispositivos para el entrenamiento de la visión y lentes intraoculares. Se cubren exámenes anuales de retinopatía diabética para miembros con diabetes. 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. Se cubren determinadas pruebas de diagnóstico adicionales para miembros con degeneración macular relacionada con la edad. Copago de \$5 por visita para servicios de un optometrista.	
	Cubierto Se cubre 1 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 que tienen 18 años o menos y los que tienen 60 años o más. Se cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con una lente intraocular.			

Beneficios de la salud del comportamiento

Horizon NJ Health cubre diversos beneficios de salud del comportamiento para usted. La salud del comportamiento incluye servicios de salud mental y de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias. Horizon NJ Health cubre algunos servicios para usted, mientras que otros se pagan directamente a través del pago por servicio (FFS) de Medicaid. Encontrará más información en el siguiente cuadro.

Beneficio	Miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Salud mental					
Rehabilitación de salud mental de adultos (Departamentos y hogares de grupos supervisados)	Cubierto	Cubiertos por FFS.	Sin cobertura		

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo **FIDE-SNP**=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Beneficio	Miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Salud mental					
Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados	Cubierto La cobertura incluye servicios en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo (Short Term Care Facility, STCF) o un hospital de acceso crítico.				
Red de médicos independientes (Independent Practitioner Network, IPN) (psiquiatra, psicólogo o enfermero especializado [Advanced Practice Nurse, APN])	Cubierto	Cubiertos por FFS.			
Salud mental para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubiertos por FFS. La cobertura incluye servicios recibidos en un entorno de hospital general para pacientes ambulatorios , servicios en un hospital/clínica de salud mental para pacientes ambulatorios y servicios ambulatorios recibidos en un hospital psiquiátrico privado . Los servicios en estos entornos se cubren para miembros de todas las edades.			
Atención parcial (salud mental)	Cubierto	Cubiertos por FFS. Con un límite de 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días a la semana). Se requiere autorización previa.			
Salud mental con hospitalización parcial para cuidados agudos/hospitalización parcial psiquiátrica	Cubierto	Cubiertos por FFS. La admisión se permite solo a través de un centro de emergencia psiquiátrica o después del alta de un paciente psiquiátrico. Se requiere autorización previa para la hospitalización parcial para cuidados agudos.			
Servicios de emergencia psiquiátrica (Psychiatric Emergency Services, PES)/servicios de emergencia afiliados (Affiliated Emergency Services, AES)	Cubiertos por FFS.				

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Beneficio	Miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
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 por 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	Cubiertos por FFS.			
Servicios de administración de la atención médica	Cubierto	Cubiertos por FFS.			
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 (Long Term Residential, LTR) <i>ASAM 3.1</i>	Cubierto	Cubiertos por FFS.			
Desintoxicación no médica/control no hospitalario de la abstinencia <i>ASAM 3.7; WM</i>	Cubierto	Cubiertos por FFS.			
Tratamiento de adicciones en el consultorio (Office-Based Addiction Treatment, 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.				

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Sus beneficios y servicios (continuación)

Beneficio	Miembros en DDD, MLTSS o FIDE SNP	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Trastorno por abuso de sustancias					
Servicios de tratamientos diurnos	Cubierto	Cubiertos por FFS. Incluye cobertura para tratamiento de medicación asistida (Medication Assisted Treatment, MAT) con metadona y tratamiento de medicación asistida sin metadona. La cobertura para tratamiento de medicación asistida sin metadona incluye (entre otros) medicamentos del tratamiento antagonista y agonista con opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), y el surtido y la administración de dichos medicamentos; asesoramiento para trastornos por abuso de sustancias; terapia grupal e individual; y pruebas de toxicología.			
Servicios de soporte de recuperación de pares	Cubierto	Cubiertos por FFS. Incluye cobertura para tratamiento de medicación asistida (MAT) con metadona y tratamiento de medicación asistida sin metadona. La cobertura para tratamiento de medicación asistida sin metadona incluye (entre otros) 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; asesoramiento para trastornos por abuso de sustancias; terapia grupal e individual; y pruebas de toxicología.			
Tratamiento intensivo ambulatorio (Intensive Outpatient, IOP) para el trastorno por abuso de sustancias ASAM 2.1	Cubierto	Cubiertos por FFS.			
Tratamiento ambulatorio (Outpatient, OP) para el trastorno por abuso de sustancias ASAM 1	Cubierto	Cubiertos por FFS.			
Atención parcial para el trastorno por abuso de sustancias (PC) ASAM 2.5	Cubierto	Cubiertos por FFS.			
Atención residencial de corto plazo (Short Term Residential, STR) para el trastorno por abuso de sustancias ASAM 3.7	Cubierto	Cubiertos por FFS.			

DDD=División de Discapacidades del Desarrollo FIDE-SNP=Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)
MLTSS=Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo

Servicios no cubiertos por el programa de pago por servicio de NJ FamilyCare ni por Horizon NJ Health

Entre los servicios que no están cubiertos por Horizon NJ Health ni por el programa de pago por servicio de NJ FamilyCare se incluyen los siguientes:

- Todos los servicios que no sean médicamente necesarios proporcionados, aprobados o coordinados por un médico participante de Horizon NJ Health (dentro del alcance de su práctica), salvo los servicios de emergencia.
- Cualquier servicio o artículo proporcionado por el cual el proveedor normalmente no cobra.
- Servicios o cirugías de carácter estético, excepto cuando sean médicamente necesarias y estén aprobadas.
- Procedimientos experimentales o trasplantes de órganos experimentales.
- Servicios prestados por o en una institución dirigida por el gobierno federal, como los hospitales de la Administración de Veteranos.
- Atención de relevo (excepto los miembros de MLTSS).
- 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. Los costos incurridos por madre(s)/padre(s) que acompañan al paciente para una intervención médica fuera del estado están cubiertos en virtud del programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT).
- 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 prestados por un familiar inmediato o un miembro del grupo familiar.
- Servicios que involucren el uso de equipos en centros en los que la compra, el alquiler o la construcción de dichos equipos no ha sido aprobada por el estado de Nueva Jersey.
- 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.
- Servicios prestados mientras la persona se encuentra en servicio militar activo o que comenzaron mientras la persona prestaba dichos servicios.
- Servicios o artículos reembolsados según la presentación de un estudio de costos en el que no hay 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, un proveedor puede verificar los costos o los ingresos disponibles por medio de otra evidencia que acepte el programa NJ FamilyCare.
- Servicios prestados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento de infertilidad (incluida 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).
- 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.
- Cualquier servicio cubierto por cualquier otra póliza de seguro u otro sistema de beneficios de salud privado o gubernamental o responsabilidad de terceros.



Política de no discriminación

Lea sobre la [política de no discriminación](#) de Horizon NJ Health.

Cómo obtener ayuda en su idioma

Si necesita ayuda para comprender esta información, tiene derecho a [recibir ayuda en su idioma](#) sin cargo adicional.

Los productos son proporcionados por Horizon NJ Health. Las comunicaciones son emitidas por Horizon Blue Cross Blue Shield de Nueva Jersey en calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías. Ambas son licenciatarias 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 de Nueva Jersey. © 2021 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105. ECN005796S