

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.