



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 (continuación)

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, 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 (terapia física, 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.			
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. 			

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 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 de NJFC que tratan a niños menores de 6 años</i>. Esta lista separada de dentistas se encuentra en horizonNJhealth.com/kidsdentists.</p>		<p>Cubierto.</p> <p>SSe 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 de NJFC que tratan a niños menores de 6 años</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 la 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 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>			
Servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico, y servicios de laboratorio	<p>Cubierto.</p> <p>Se cubren, entre otros, las resonancias magnéticas, las tomografías computarizadas, los electrocardiogramas y las radiografías.</p>			
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<p>Covered</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) 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 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>		
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 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.</p> <p>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.</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>			

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
Centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC)	<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 para la audición/audiología	<p>Covered</p> <p>Covers routine hearing exams, diagnostic hearing exams and balance exams, otologic and hearing aid examinations prior to prescribing hearing aids, exams for the purpose of fitting hearing aids, follow-up exams and adjustments, and repairs after warranty expiration.</p> <p>Hearing aids, as well as associated accessories and supplies, are covered.</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. 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 instalaciones 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 del comportamiento. 			

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
Mamografías	Cubierto. 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.			
Servicios de salud infantil y maternidad	Cubierto. 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, Centering Pregnancy, 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). También se cubren los servicios de educación sobre el parto, la atención de una doula y los servicios de apoyo para la lactancia. Los equipos de lactancia, incluidos los sacaleches y los accesorios, están cubiertos como un beneficio de DME.			
Atención médica de día (servicios de salud diurnos para adultos)	Cubierto. 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.	<i>Sin cobertura.</i>		
Servicios de un enfermero partero	Cubierto.		Cubierto. Copago de \$5 por cada visita (excepto para las visitas de atención prenatal)	

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 de la obligación de 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 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 (de 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. 	<i>Sin cobertura.</i>		

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
Trasplante de órganos	Cubierto. 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). La cobertura incluye los costos del donante y del receptor.			
Cirugía para pacientes ambulatorios	Cubierto.			
Visitas a una clínica/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 <i>(terapia ocupacional, terapia física, patologías del habla y el lenguaje)</i>	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.		
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.	Cubierto a través del programa de EPSDT.		

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
Podiatría	<p>Cubierto.</p> <p>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.</p> <p><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 cubren en el tratamiento de una afección patológica relacionada.</i></p>		<p>Cubierto.</p> <p>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.</p> <p>\$5 de copago por visita</p> <p><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 cubren en el tratamiento de una afección patológica relacionada.</i></p>	
Medicamentos recetados	<p>Cubierto.</p> <p>Incluye los medicamentos recetados (con o sin receta, incluidos los medicamentos administrados por el médico) y las vitaminas y los productos minerales recetados 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.</p>		<p>Cubierto.</p> <p>Incluye los medicamentos recetados (con o sin receta, incluidos los medicamentos administrados por el médico) y las vitaminas y los productos minerales recetados 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.</p> <p>Copago de \$1 para medicamentos genéricos y copago de \$5 para medicamentos de marca.</p>	
Servicios médicos: atención primaria y especializada	<p>Cubierto.</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 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.</p> <p>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).</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
Prueba 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.		Cubierto. Sin copagos.	
Exámenes físicos anuales de rutina	Cubierto.		Cubierto. Sin copagos.	
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. Los siguientes recursos están disponibles 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 la atención de emergencia como, por ejemplo, los servicios de traslado en ambulancia y de las unidades móviles de atención intensiva.			

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
Traslado (no de emergencia) <i>(ambulancias para casos que no son de emergencia, vehículos de asistencia médica (MAV), servicio de transporte público, clínicas)</i>	<p>Cubierto por FFS.</p> <p>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.</p> <p>Es posible que se requieran órdenes médicas u otro tipo de coordinación de Horizon NJ Health, del PCP o de los proveedores.</p> <p>Para los servicios relacionados con la COVID-19, se cubren los servicios de transporte en auto/vehículos de alquiler, 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.</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 de alquiler, están disponibles para todos los miembros, incluidos los de los Planes 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	<p>Cubierto.</p> <p>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 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>		<p>Cubierto.</p> <p>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.</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> <p>Copago de \$5 por visita para servicios de un optometrista.</p>	
• <i>Lentes correctivos</i>	<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>			

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

Beneficios de salud del comportamiento

Horizon NJ Health cubre diversos beneficios de salud del comportamiento para usted. La salud del comportamiento 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 información detallada en la tabla de la página siguiente. 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), a la hora de solicitar una autorización previa o prepararse para recibir un servicio de salud del comportamiento. El número de teléfono de ReachNJ es **1-844-276-2777 (TTY 711)** y puede llamar 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 **1-800-682-9090 (TTY 711)**, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

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					
Rehabilitación de salud mental para adultos <i>(departamentos y hogares grupales supervisados)</i>	Cubierto.	Cubierto por FFS.	Sin cobertura.		
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) <i>(psiquiatra, psicólogo o enfermero especializado [Advanced Practice Nurse, APN])</i>	Cubierto.	Cubierto por FFS.			
Salud mental para pacientes ambulatorios	Cubierto.	Cubierto 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 <i>(salud mental)</i>	Cubierto.	Cubierto 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.	Cubierto 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)	Cubierto 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 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.	Cubierto por FFS.			
Servicios de administración de la atención médica	Cubierto.	Cubierto 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 (LTR) <i>ASAM 3.1</i>	Cubierto.	Cubierto por FFS.			
Desintoxicación no médica/control no hospitalario de la abstinencia <i>ASAM 3.7; WM</i>	Cubierto.	Cubierto 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 tratamiento para los trastornos por consumo de opioides	Cubierto.	Cubierto por FFS. Incluye la cobertura del tratamiento asistido por medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT) con metadona y el tratamiento asistido por medicamentos sin metadona. La cobertura del tratamiento asistido por medicamentos 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 apoyo de recuperación de pares	Cubierto.	Cubierto por FFS. Incluye la cobertura del tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con metadona y el tratamiento asistido por medicamentos sin metadona. La cobertura del tratamiento asistido por medicamentos 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 (IOP) para trastornos por abuso de sustancias <i>ASAM 2.1</i>	Cubierto.	Cubierto por FFS.			
Tratamiento ambulatorio (Outpatient, OP) para el trastorno por abuso de sustancias <i>ASAM 1</i>	Cubierto.	Cubierto por FFS.			
Atención parcial para el trastorno por abuso de sustancias (PC) <i>ASAM 2.5</i>	Cubierto.	Cubierto por FFS.			
Atención residencial de corto plazo (Short Term Residential, STR) para el trastorno por abuso de sustancias <i>ASAM 3.7</i>	Cubierto.	Cubierto 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 la metodología 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. © 2023 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105. (0823) 086-23-73

ECN009735AS