



**2020**

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

# Bienvenido

Usted merece recibir cobertura de atención médica de calidad. Ahora que se inscribió en Horizon NJ Health, puede contar con ello. El programa Servicios y apoyo a largo plazo administrados (Managed Long-Term Services & Supports, MLTSS) está diseñado para las personas que tienen NJ FamilyCare y necesitan servicios de atención de largo plazo y de salud, como atención domiciliaria y atención personal, para quedarse en su casa y comunidad el mayor tiempo posible. También tiene la tranquilidad de saber que está inscrito en el plan respaldado por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. Y lo mejor es que usted paga un costo muy bajo por todo esto, o incluso nada.

Este Manual para miembros de MLTSS le explica los beneficios que cubre Horizon NJ Health para aquellas personas inscritas en el programa MLTSS. Además le brinda información sobre sus derechos y responsabilidades, y cómo solicitar un servicio y presentar un reclamo.

Le damos la bienvenida y le agradecemos que se haya inscrito en Horizon NJ Health.

Recuerde que, si tiene alguna pregunta en algún momento (ya sea de día o de noche), puede llamar al Departamento de Servicios a los miembros al número gratuito **1-844-444-4410** (TTY **711**).

También puede escribirnos a:

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

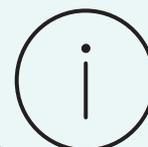
***Estamos aquí para ayudarlo.***

# Qué hay en el interior

	Números de teléfono importantes _____	3
	Las 10 preguntas principales de los nuevos miembros _____	4
	Su tarjeta de identificación de miembro del programa MLTSS ____	5
	Portal web seguro para miembros _____	7
	Cómo funcionan sus beneficios _____	8
	Emergencias: qué hacer en caso de emergencia _____	13
	Sus beneficios _____	15
	Programas para usted _____	31
	Sus derechos y responsabilidades _____	35
	Más información sobre Horizon NJ Health _____	38
	Otros seguros de salud _____	39
	Programa Servicios y apoyo a largo plazo administrados _____	41
	Su plan de atención _____	46
	Procedimientos de reclamos y apelaciones _____	57
	Reunión del equipo interdisciplinario (IDT) _____	63
	Privacidad _____	64

## *Términos importantes*

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



# Números de teléfono importantes



<b>Servicios a los miembros</b>	Un representante experto está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana: <b>1-844-444-4410</b>
<b>Servicios de TTY</b>	<b>711</b>
<b>Servicios dentales</b>	Llame a Servicios a los miembros al <b>1-844-444-4410</b> (TTY <b>711</b> ).
<b>Línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana</b>	Si tiene preguntas sobre su salud, exámenes preventivos, medicamentos o resultados de pruebas, o simplemente necesita tranquilidad, obtendrá asesoramiento confiable y experto en el que puede confiar: <b>1-800-711-5952</b>
<b>Servicios de asesoramiento para elecciones</b>	Los miembros que desean obtener ayuda para comprender la información brindada en los materiales impresos pueden llamar a NJ FamilyCare al <b>1-800-701-0710</b> (TTY <b>1-800-701-0720</b> ).
<b>Materiales impresos para miembros</b>	Si necesita materiales adicionales, como un directorio de proveedores, llame al <b>1-844-444-4410</b> (TTY <b>711</b> ). Los materiales impresos son sin cargo y la solicitud se procesará en el plazo de cinco (5) días hábiles.



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

**Respuesta:** Puede buscar proveedores, dentistas, hospitales y especialistas usando nuestro *Buscador de médicos y hospitales* en [horizonNJhealth.com](http://horizonNJhealth.com). También puede llamar a Servicios a los miembros para solicitar un directorio impreso.

## 2. ¿Puedo ir a un médico o dentista que no forme parte de Horizon NJ Health?

**Respuesta:** Debe utilizar un proveedor que participe en Horizon NJ Health. Cada miembro puede elegir a su médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si no elige a un PCP, se le asignará uno. Su PCP asignado coordinará todas sus necesidades de atención médica. Si recibe atención de un proveedor que no participa en la red de Horizon NJ Health, sin nuestra aprobación, es posible que deba pagar el costo de la atención.

## 3. ¿Puedo cambiar de médico de atención primaria?

**Respuesta:** Llame a Servicios a los miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**, y lo ayudarán a elegir un nuevo PCP. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro con información actualizada. Si necesita visitar a su PCP antes de recibir la nueva tarjeta, informe a Servicios a los miembros y ellos podrán ayudarlo.

## 4. ¿Necesito una referencia para ver a un especialista?

**Respuesta:** No necesita una referencia para ver a un especialista dentro de la red. Debe elegir un proveedor que participe en la red de Horizon NJ Health. Su PCP coordinará todas sus necesidades de atención médica. Si recibe atención de un proveedor que no participa en la red de Horizon NJ Health, sin nuestra aprobación, es posible que deba pagar el costo de la atención.

## 5. ¿Tengo cobertura dental?

**Respuesta:** Sí. Para obtener acceso a sus beneficios dentales, llame a Servicios a los miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

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

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

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

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

## 8. ¿Cómo conservo mi cobertura?

**Respuesta:** Los miembros de NJ FamilyCare deben renovar su elegibilidad todos los años. Si no se renueva dentro de los plazos establecidos, se puede finalizar la elegibilidad. Comuníquese con su trabajador social del condado o con el Coordinador de beneficios de salud de NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY 1-800-701-0720)** para saber sus fechas de renovación.

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

**Respuesta:** Su Administrador de atención médica le brindará su número de contacto directo una vez que hable con él. También puede llamar a Servicios a los miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)** para comunicarse con su Administrador de atención médica o con el Administrador de atención médica de guardia.

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

**Respuesta:** Se puede hablar gratis con el Coordinador de beneficios de salud del estado para NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY 1-800-701-0720)**.



## Llévela siempre consigo

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

Muestre su tarjeta siempre que obtenga atención médica, ya sea cuando vea a su médico o dentista personal de Horizon NJ Health, visite a un especialista, le surtan una receta médica, le realicen una prueba de laboratorio, o cuando se encuentre en la sala de emergencias de un hospital. Puede utilizar su tarjeta siempre que sea miembro.

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

## Elementos de la tarjeta de identificación

- Nombre del miembro
- Fecha de vigencia: la fecha en la que comienzan sus beneficios de Horizon NJ Health
- Nombre y número de teléfono de su médico
- Un número de teléfono para poder acceder a la información sobre sus beneficios dentales
- Nuestro número de teléfono gratuito de Servicios a los miembros
- Información sobre qué hacer en caso de emergencia

## Tarjetas de identificación perdidas o robadas

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

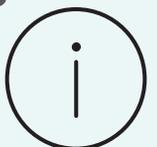
## Otras tarjetas de identificación

Debe llevar consigo la tarjeta de identificación para beneficios médicos (Health Benefits Identification, HBID) que le envía el estado de Nueva Jersey, junto con su tarjeta de identificación de miembro de Horizon NJ Health y cualquier otra tarjeta de otro seguro de salud que pueda tener, incluido Medicare. Muestre todas sus tarjetas cada vez que acuda a un médico, dentista, hospital, farmacia, laboratorio u otro proveedor. Esto le ayudará a asegurarse de que todos sus proveedores sepan cómo facturar los servicios o las recetas médicas.

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

## Términos importantes

**Beneficio:** Servicio proporcionado a una persona, el cual es pagado por el plan de salud.





## Indicación del beneficio dental

Nombre del miembro

Número de identificación del miembro

Médico de atención primaria

Teléfono del médico de atención primaria

Fecha de emisión

Fecha de vigencia



**NJ FamilyCare  
Managed Long Term  
Services & Supports  
(MLTSS)**

NAME

MEMBER ID NO: YHZ

PCP

PHONE

ISSUE DATE

EFFECTIVE

BC/BS Plan Codes 280/780

[horizonNJhealth.com](http://horizonNJhealth.com)

Dental Benefit

No Copayments

Pharmacies Group: HORIZON, BIN 610606,  
ProCtrl: HMC

086-19-153



Independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.

- Always carry this ID card. You must use your selected Primary Care Provider (PCP) for medical care. Members with Medicare Advantage or other insurance must use that plan's PCP. Refer to the member handbook for specific copay information.

- **EMERGENCIES** — If you are having an emergency, call "911." You do not need approval to go to the ER. If you get emergency care, you should follow up with your PCP within 24 hours or as soon as possible.

[horizonNJhealth.com](http://horizonNJhealth.com)

MLTSS Member Services  
(including dental and vision): **1-844-444-4410**

TTY: **711**

MLTSS Provider Services: **1-855-777-0123**

Dental Provider Services: **1-855-878-5368**

Prior Authorization: **1-800-682-9094**

- Hospitals must call to verify eligibility and obtain precertification for inpatient and outpatient hospital services.
- Standard Claims: Horizon NJ Health Claims Processing Department  
PO Box 24078 Newark, NJ 07101-0406
- Dental Claims: Horizon NJ Health,  
PO Box 299, Milwaukee, WI 53201
- Outside of NJ, the member only has coverage for urgent and emergent care. Out of state, non-Horizon NJ Health providers: submit claims to local BCBS plan.

**Servicios a los miembros**

**Emergencias**



Como miembro del programa MLTSS de Horizon NJ Health, tiene acceso fácil y seguro a nuestro portal web seguro para miembros. Las siguientes características estarán disponibles una vez que se inscriba:

- **Solicite una tarjeta de identificación:** solicite de manera sencilla una nueva tarjeta de identificación que se le enviará por correo.
- **Vea sus beneficios cubiertos:** obtenga información sobre su nivel de beneficios y qué se cubre en virtud de su plan. Los miembros de MLTSS no tienen copagos para los servicios de MLTSS, pero sí tienen un costo compartido o una obligación de pago del paciente para los centros de vivienda asistida y enfermería.
- **Complete una encuesta de necesidades de salud:** esta evaluación nos ayudará a obtener información sobre sus riesgos para la salud y ver cómo puede hacer cambios en su estilo de vida para mejorar su salud.
- **Cambie su PCP:** busque un nuevo PCP y haga cambios en línea.

- **Encuentre un dentista o un especialista dental**
- **Temas de bienestar:** reciba nuevos artículos sobre salud personalizados basados en la información que proporciona en su evaluación de salud.
- **Inscríbase en un programa de control de enfermedades:** si tiene una afección crónica, como asma o diabetes, podemos ayudarle a controlar sus problemas de salud.
- **Inscríbase en el programa de Servicios tempranos de maternidad (Getting Early Maternity Services, GEMS) para la mamá:** si está embarazada, puede inscribirse en este programa a fin de recibir información para tener un embarazo y un bebé saludables.

A fin de registrarse para ingresar al portal web seguro para miembros, visite [horizonNJhealth.com](http://horizonNJhealth.com) y haga clic en *Member Sign In (Registro del miembro)*.

Lo alentamos a inscribirse lo antes posible. Esta herramienta de autoservicio es un recurso útil para administrar su plan de salud.

# Cómo funcionan sus beneficios

## Selección de su médico de Horizon NJ Health

Usted puede elegir un médico personal de Horizon NJ Health, conocido como **PCP**.

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

Una persona autorizada que actúe en su nombre puede ayudarle a elegir un médico. Si no seleccionó un PCP en su formulario de inscripción, nosotros le seleccionaremos uno en función del lugar donde viva y de la edad que tenga. Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios a los miembros o inicie sesión en **horizonNJhealth.com**. Servicios a los miembros también puede ayudarle a encontrar un médico en su área.

## Directorio de proveedores

Horizon NJ Health tiene una amplia red de médicos y otros profesionales de atención médica que prestan servicios de atención médica de calidad a nuestros miembros. Esta lista se llama Directorio de proveedores. Figuran todos los tipos de proveedores, incluidos médicos, hospitales, servicios de laboratorio, farmacias, dentistas generales, especialistas dentales y más. Existen tres formas diferentes de consultar el Directorio de proveedores:

1. **En línea en horizonNJhealth.com:** nuestra herramienta *Buscador de médicos y hospitales* se actualiza a diario y le permite buscar proveedores según la ubicación, la especialidad, el nombre y otros campos. Figuran todos los tipos de proveedores, incluidos médicos, hospitales, servicios de laboratorio, farmacias, dentistas generales, especialistas dentales y más.
2. **Directorio de proveedores de un condado en particular:** se actualiza mensualmente y se envía por correo a los miembros nuevos. Enumera los PCP, dentistas generales y

especialistas dentales, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores que se necesitan con frecuencia, que se encuentran en el condado del miembro o en sus alrededores.

3. **Directorio de proveedores impreso:** se actualiza dos veces al año y enumera todos los especialistas, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores.

Si necesita buscar a un dentista que trate a niños desde los 0 hasta los 6 años, el "Directorio de NJ Smiles" figura en **horizonNJhealth.com**, o puede preguntar a un representante de Servicios a los miembros al **1-844-444-4410** (TTY **711**).

Todas las versiones del Directorio de proveedores incluyen información como horarios de atención, idiomas que se hablan y servicios locales de transporte público. Para obtener una copia impresa del directorio, llame a Servicios a los miembros.

La información sobre su proveedor, incluidos su PCP y especialista, estará disponible cuando busque en nuestro *Buscador en línea de médicos y hospitales* en **horizonNJhealth.com/findadoctor**. Allí podrá ver:

- Nombre del proveedor, ubicación del consultorio y número de teléfono
- Especialidad
- Calificaciones profesionales
- Idiomas que habla

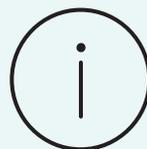
Para obtener información adicional sobre un proveedor, incluida la facultad de medicina a la que asistió y si completó la residencia, visite uno de los siguientes sitios web:

División de Asuntos del Consumidor de NJ:  
**njconsumeraffairs.gov**

Consejo Estadounidense de Especialidades Médicas: **abms.org**

## Términos importantes

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





## La función de su PCP

Siempre que necesite atención médica, llame primero al consultorio de su médico, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su médico sabrá cómo ayudar. La mayoría de los servicios de atención médica que no sean de emergencia debe planificarse a través de su PCP de Horizon NJ Health.

Usted cuenta con cobertura para servicios de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Horizon NJ Health cubre los servicios prestados por PCP, **especialistas**, dentistas, especialistas dentales, enfermeros parteros certificados, enfermeros con práctica médica certificados, especialistas en enfermería clínica, asistentes de médicos y clínicas independientes dentro de la red de Horizon NJ Health. En ocasiones, su PCP puede solicitarle ayuda a otros proveedores de atención médica para que le brinden atención a usted de manera oportuna.

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



Puede suceder en ocasiones, a lo mejor por la noche o durante los fines de semana, que su médico o dentista no se encuentren en el consultorio. Debe llamar al consultorio de su médico o dentista de todos modos. Su médico o dentista ha realizado los arreglos para ayudarlo a usted incluso si el consultorio se encuentra cerrado.

\*A menos que el panel esté completo o usted esté en un Programa de asignación cerrada de proveedores.

## Preguntas y respuestas sobre su médico y su dentista

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

R. Para la mayoría de los servicios de salud, usted puede consultar a sus médicos de Medicare siempre que ellos acepten pacientes que tengan Original Medicare.

Existen servicios de salud que Medicare no cubre, pero que sí cubre NJ FamilyCare. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

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

Los miembros de MLTSS también pueden ser elegibles para ciertos servicios de MLTSS. Estos servicios pueden incluir, entre otros, los siguientes:

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

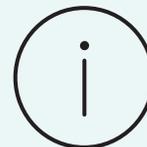
### P. ¿Qué sucede si quiero cambiar de médico o dentista?

R. Puede cambiar de PCP en cualquier momento\*. Servicios a los miembros puede ayudarlo a elegir un médico nuevo y le enviará una tarjeta de identificación de miembro de Horizon NJ Health nueva con el nombre y el número de teléfono del médico nuevo. También puede pedir cambiar su PCP a través de **horizonNJhealth.com**.

## Términos importantes

**Administrador de atención médica:** Su Administrador de atención médica será su contacto principal en el programa MLTSS. Trabaja con usted, su PCP y con la información obtenida a través de su cuidador para desarrollar un plan de atención a fin de recibir los servicios de MLTSS que usted necesita.

**Especialista:** Médico o dentista que ha sido especialmente capacitado en determinado campo de la medicina, como un cardiólogo, un obstetra/ginecólogo o un ortodoncista.



# Cómo funcionan sus beneficios *(continuación)*

Si quiere cambiar de dentista, puede seleccionar uno de nuestra lista de proveedores participantes en **horizonNJhealth.com**. Simplemente haga clic en *Need a Doctor* (Necesito un médico) y seleccione *Dentist* (Dentista), o llame a Servicios a los miembros al **1-844-444-4410** (TTY **711**).

En ocasiones, Horizon NJ Health se reserva el derecho de denegar una solicitud de cambio para un médico nuevo. Entre las situaciones en las que Horizon NJ Health puede denegarle una solicitud, se encuentran las siguientes:

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

Es importante tener una relación positiva y saludable con su médico. Si el PCP cree que no puede seguir trabajando con un determinado miembro, puede solicitar que lo pasen a otro PCP. Entre otras situaciones en las que un PCP puede solicitar que cambien a un miembro a otro médico se incluyen las siguientes:

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

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

R. El tratamiento dental normalmente incluye servicios que se realizan sobre los dientes o para arreglar o reemplazar dientes, como empastes, tratamientos de conducto, extracciones (remoción de dientes), dentaduras postizas y coronas (recubrimientos).

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

Si no está seguro, también puede llamar a Servicios a los miembros para solicitar ayuda al **1-844-444-4410** (TTY **711**).

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

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

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

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

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

R. Puede pedir la opinión de otro médico con respecto a cualquier diagnóstico médico, dental, de salud mental, de trastorno por abuso de sustancias o quirúrgico. Hable con su PCP o dentista sobre la posibilidad de obtener una segunda opinión. Él o ella se encargarán de hacer todos los arreglos. O puede llamar a Servicios a los miembros para obtener ayuda para encontrar otro médico.



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

R. Puede llamar a nuestro equipo multilingüe de Servicios a los miembros en cualquier momento al **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Su Administrador de atención médica está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este (ET). En otros horarios, un Administrador de atención médica estará de guardia y disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar y dejar un mensaje para su Administrador de atención médica, si lo prefiere. Cuando deje un mensaje, asegúrese de dar suficientes detalles para que podamos comprender el motivo de su llamada. Le devolveremos la llamada en el plazo de un día hábil.

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

R. Si tiene preguntas sobre cómo obtener autorización para los servicios cubiertos o si no está seguro de que un servicio esté cubierto, Servicios a los miembros está disponible para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana en **1-844-444-4410 (TTY 711)**. El plan de servicios de atención (Service Plan of Care, SPOC) se desarrolla entre los miembros y su Administrador de atención médica, y los servicios necesarios se autorizan en función del SPOC del miembro.

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

R. La elegibilidad para los servicios del programa MLTSS se basa en diversos datos, incluida su situación económica y la forma en que una persona puede realizar las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), como bañarse, vestirse e ir al baño. Nuestro personal multilingüe de Servicios a los miembros de MLTSS está disponible para ayudar a las personas que desean saber si podrían ser elegibles para estos servicios y comenzar el proceso de derivación para una evaluación en persona. Puede llamar en cualquier momento al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

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

**Programe una cita de inmediato**

Poco después de que se convierta en miembro, debe consultar a su PCP. Un examen físico inicial le permitirá a su médico determinar el estado de su salud, revisar su historia clínica y ayudarlo a prevenir problemas de salud futuros. También es importante que complete todo el tratamiento que le recomiende su dentista. Le pediremos al personal del consultorio de su PCP que se comunique con usted para programar una cita si es que usted no lo hace. El consultorio de su PCP debe programar citas para las visitas de rutina dentro de los 28 días de su solicitud.

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

Si necesita consultar a su PCP antes de obtener su tarjeta de identificación de miembro, llame a Servicios a los miembros. Un representante lo ayudará a programar una cita para que vea a su PCP.

**Los controles regulares son importantes**



Las pruebas y los exámenes médicos, de salud conductual y dentales regulares pueden ayudarlo a detectar problemas antes de que estos comiencen. También pueden ayudarlo a detectar problemas de forma temprana. La edad, la historia clínica y los antecedentes familiares, las elecciones de estilo de vida (como la alimentación, la actividad física y el tabaquismo) y otros factores afectan el tipo de servicios y exámenes de detección que usted necesita y la frecuencia con la que los necesita.



## Muy importante: ¡Cumpla con sus citas!

Cuando esté enfermo o lesionado y necesite atención, llame a su médico de inmediato para concertar una cita. En ocasiones, puede tomar un tiempo conseguir una cita, por lo que le recomendamos que no se retrase en llamar para programar una.

Acudir a todas las citas es la única forma en la que su médico y su dentista pueden asegurarse de que usted esté recibiendo la atención de calidad que se merece. El médico ha reservado tiempo para atenderlo. Si no puede acudir a una cita, llame a su médico o dentista de inmediato o con 24 horas de anticipación como mínimo para informárselo. De este modo, su médico puede utilizar ese tiempo para ayudar a otro paciente. Usted debe hacer todo lo posible para llegar a su cita con puntualidad.

Cuando esté enfermo o lesionado y necesite atención, llame a su médico o dentista de inmediato para concertar una cita. En ocasiones, puede tomar un tiempo conseguir una cita, por lo que le recomendamos que no se retrase en llamar para programar una.

## Disponibilidad para citas

- **Servicios de emergencia:** Cuando se presente en un centro de atención de emergencia, lo atenderán de inmediato.
- **Atención de urgencia:** Su médico lo atenderá dentro de las 24 horas de haber llamado. La atención de urgencia es cuando usted necesita atención médica de inmediato, pero la situación no representa un riesgo para su vida.
- **Atención de enfermedades agudas sintomáticas:** Un médico lo atenderá dentro de las 72 horas. Tener gripe es un ejemplo de este tipo de atención.
- **Atención de rutina:** Los controles para detectar enfermedades, como diabetes o presión arterial alta, están disponibles dentro de los 28 días.
- **Atención de un especialista:** Puede recibir la atención dentro de cuatro semanas, si se trata de atención de rutina, o dentro de 24 horas, si se trata de una emergencia.

- **Exámenes físicos para miembros nuevos:** Para los niños, las citas se tienen que concertar dentro de los 90 días de la inscripción inicial, y para los adultos, dentro de los 180 días de la inscripción inicial.
- **Exámenes médicos de rutina:** Los exámenes físicos requeridos para la escuela, un campamento, el trabajo, etc. se tienen que programar dentro de las cuatro semanas.
- **Atención prenatal:** Si obtuvo un resultado positivo en una prueba de embarazo, su primera cita se programará dentro de las tres semanas. Su cita se debe programar dentro de su primer trimestre. Si se determina que tiene un embarazo de "alto riesgo", su cita se programará dentro de los tres días. Durante el primer y segundo trimestre de una mujer, las citas están disponibles dentro de los siete días de la solicitud. Las citas están disponibles dentro de los tres días durante el tercer trimestre de embarazo.

- **Servicios de laboratorio y radiología:** Las citas están disponibles dentro de las tres semanas para la atención de rutina, y dentro de las 48 horas para la atención de urgencia. Los resultados estarán disponibles dentro de los 10 días hábiles de su recepción, o dentro de las 24 horas para la atención de urgencia.
- **Atención dental:** La atención de rutina está disponible dentro de los 30 días, la atención de urgencia dentro de los tres días y la atención de emergencia dentro de las 48 horas.
- **Atención de salud conductual:** Las citas están disponibles dentro de los 10 días para la atención de rutina y dentro de las 24 horas para la atención de urgencia. Si tiene una emergencia, será atendido de inmediato cuando llegue al consultorio o centro de salud conductual.

Cuando usted llega al consultorio de su médico de forma puntual para su cita, no debería esperar más de 45 minutos.

## Recuerde:

- Si usted o su hijo están enfermos, su médico los verá en el mismo día, en la mayoría de los casos.





¿Cuándo debe ir a la sala de emergencias de un hospital? SOLO vaya cuando se trate de una emergencia. Una afección médica de emergencia es una enfermedad o lesión grave que, si no recibe atención médica de inmediato, puede poner la salud de la persona (y, en el caso de una mujer embarazada, la salud del bebé por nacer) en serio peligro. Las emergencias implican lesiones graves a funciones corporales o a cualquier parte del cuerpo.

Si se produce una emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al **911**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No necesita una aprobación por parte de Horizon NJ Health o de su médico para dirigirse a la sala de emergencias. Si tiene una necesidad urgente, llame a su Administrador de atención médica de Horizon NJ Health. Para acceder a los servicios de salud conductual de emergencia, llame al número gratuito **1-877-695-5612** (TTY **711**).

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

- Dolor en el pecho.
- Fracturas de huesos.
- Dificultad para respirar, moverse o hablar.
- Envenenamiento.
- Hemorragia intensa.
- Sobredosis de drogas.
- Accidente automovilístico.
- Piensa en hacerse daño a usted mismo o a otras personas.
- Si está en trabajo de parto durante el embarazo, siga las instrucciones de su obstetra/ginecólogo sobre lo que debe hacer.

Diríjase al hospital más cercano para recibir la atención de emergencia, incluso si el hospital o el médico no participan en Horizon NJ Health. Todos los hospitales deben proporcionar atención de emergencia.

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

## Emergencia de salud conductual

Si corre peligro de hacerse daño a usted mismo o a otras personas, debe hacer una de las siguientes cosas de inmediato:

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

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

## Emergencias dentales

Una emergencia dental se produce cuando una lesión en la boca, o en el área alrededor de esta, puede poner su vida o salud en peligro si no recibe tratamiento de forma rápida. Las emergencias dentales pueden incluir las siguientes afecciones:

- Mandíbula fracturada o dislocada
- Hemorragia intensa incontrolable
- Infección o hinchazón que afecten el rostro o la mandíbula
- Dolor causado por lesiones en la boca o la mandíbula
- Diente caído por golpe o accidente

Estas afecciones pueden ser peligrosas para su salud. Diríjase a una sala de emergencias (ER) o llame al **911**. Para tratar otros tipos de emergencias dentales, llame primero a su dentista.



## En la sala de emergencias

Una vez que se encuentre en la sala de emergencias, el personal del hospital le realizará un examen de detección de sala de emergencias. Este es un beneficio cubierto para todos los miembros para determinar si la afección puede considerarse de manera razonable como una emergencia. Una afección médica de emergencia es un problema médico grave, que incluye dolor y que podría causar una lesión corporal permanente o la muerte si no se trata de manera rápida. Esto incluye daño en las funciones corporales, heridas graves o, con respecto a una mujer embarazada, poner en riesgo la salud de su bebé por nacer. En el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones, una emergencia ocurre cuando no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto o si el traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del bebé por nacer.

Si se sospecha que un niño es víctima de abuso infantil/físico o negligencia, se lo examinará en una sala de emergencias.

Usted cuenta con cobertura para emergencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto incluye atención de seguimiento dentro y fuera del hospital. Si un niño ingresa en un hogar de acogida fuera del horario de atención, se lo examinará en la sala de emergencias.

Dentro de las 24 horas de una visita a una sala de emergencias, llame a su PCP o dentista para comunicarles sobre su visita a la sala de emergencias. Si usted no puede llamar, pídale a un amigo o a un miembro de su familia que lo haga. Para recibir atención de seguimiento, debe visitar a su PCP o dentista, no asistir a la sala de emergencias. Esta atención de seguimiento algunas veces se denomina "atención posterior a la estabilización". Su PCP o dentista coordinarán su atención luego de la emergencia.

## Atención de urgencia

Si no está seguro si su enfermedad o lesión es una emergencia, llame primero a su médico o dentista. Algunos ejemplos de enfermedades o lesiones que pueden esperar hasta que hable con su médico o dentista son:

- Resfrío, tos o dolor de garganta
- Dolor de oído
- Calambres
- Hematomas, cortes pequeños o quemaduras menores
- Erupciones o inflamaciones menores
- Dolores de espalda provocados por un músculo dislocado
- Dolores de muelas y dientes
- Inflamación de las encías alrededor de un diente
- Molestias en los dientes
- Dientes naturales rotos o pérdida de empastes o coronas

Si su situación no es una emergencia, pero es médicamente necesario que reciba un tratamiento de manera rápida, llame a su médico. Esto se conoce como atención de urgencia. Su médico o dentista pueden hacer los arreglos para que usted pueda acudir rápidamente al consultorio para recibir atención.

## ¿Se encuentra fuera de la ciudad?

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

Si necesita atención médica que no sea de emergencia, llame de inmediato a su PCP a fin de obtener ayuda para recibir la atención médica de un médico de la zona. Horizon NJ Health coordinará su atención entre su PCP y el proveedor fuera de la red. Las emergencias dentales también están cubiertas y no requieren aprobación previa. Comuníquese con su dentista o con Servicios a los miembros de Horizon NJ Health para obtener asistencia.

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



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

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

Asegúrese de conocer cómo funciona Horizon NJ Health, en especial, cuando se trata de obtener

atención de emergencia, visitar a su médico y cuando necesita una autorización. De otra manera, es posible que le facturen los servicios obtenidos que no estén cubiertos por Horizon NJ Health o que no estén autorizados por su PCP. Antes de que se le brinde la atención, su médico debe comunicarle si un servicio no está cubierto y si se le facturarán los servicios.

Si no está seguro de si un servicio está cubierto, llame a Servicios a los miembros al número gratuito **1-844-444-4410** (TTY **711**).

## Usted tiene acceso a beneficios de NJ FamilyCare

Lo que cubre Horizon NJ Health		*Pago por servicio
Beneficio de NJ FamilyCare	Descripción	
Abortos	Cubiertos por 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	Con cobertura	
Servicios relacionados con el autismo	Con cobertura. Solo cubiertos para miembros de hasta 21 años con trastorno del espectro autista. Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y del habla; dispositivos y servicios de comunicación aumentativa y alternativa; servicios de integración sensorial; y tratamiento del análisis conductual aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA).	
Sangre y productos sanguíneos	Con cobertura. 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.	
Medición de la masa ósea	Con cobertura. 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	Con cobertura. 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	Con cobertura. Se cubre la manipulación de la columna vertebral.	

# Sus beneficios (continuación)

## Usted tiene acceso a beneficios de NJ FamilyCare

Lo que cubre Horizon NJ Health

\*Pago por servicio

Beneficio de NJ FamilyCare	Descripción
<p><b>Examen colorrectal</b></p>	<p>Con cobertura. Se cubre cualquier gasto en el que se incurra al realizar pruebas de detección de cáncer colorrectal a intervalos regulares para miembros a partir de los 50 años y para aquellas personas de cualquier edad que se consideren en riesgo alto de tener cáncer colorrectal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enema de bario: con cobertura.</b> Cuando se utiliza en lugar de la sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, con cobertura una vez cada 48 meses.</li> <li>• <b>Colonoscopia: con cobertura.</b> Se cubre una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible de detección.</li> <li>• <b>Prueba de sangre oculta en la materia fecal: con cobertura.</b> Está cubierta una vez cada 12 meses.</li> <li>• <b>Sigmoidoscopia flexible: con cobertura.</b> Está cubierta una vez cada 48 meses.</li> </ul>
<p><b>Servicios dentales</b></p>	<p>Con cobertura. Cubre servicios de diagnóstico, prevención, restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis, cirugías bucales y maxilofaciales, además de servicios complementarios.</p> <p>Los ejemplos de servicios cubiertos incluyen (entre otros): exámenes de rutina, empastes, coronas, alisado radicular y eliminación del sarro, radiografías y otros diagnósticos por imágenes, extracciones, limpiezas/profilaxis, tratamientos tópicos con flúor, apicectomía, dentaduras postizas y prostodoncia fija.</p> <p>También está cubierta la ortodoncia (con restricciones de edad y documentación de necesidad médica) hasta los 21 años.</p>
<p><b>Pruebas de detección de diabetes</b></p>	<p>Con cobertura. 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). Las pruebas también pueden tener cobertura si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>
<p><b>Suministros para diabetes</b></p>	<p>Con cobertura. Cubre 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. Cubre 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>
<p><b>Control y pruebas de diabetes</b></p>	<p>Con cobertura. Cubre 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>



## Usted tiene acceso a beneficios de NJ FamilyCare

### Lo que cubre Horizon NJ Health

\*Pago por servicio

Beneficio de NJ FamilyCare	Descripción
<b>Servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico, y de laboratorio</b>	Con cobertura. Incluidas (entre otras) resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, electrocardiogramas y radiografías.
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	Con cobertura
<b>Atención de emergencia</b>	Con cobertura. Cubre servicios médicos y del Departamento de Emergencias.
<b>EPSDT (evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos)</b>	Con cobertura. La cobertura incluye (entre otros) atención de bienestar infantil, exámenes preventivos, exámenes médicos, servicios y pruebas de la vista y 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 están cubiertos 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.
<b>Suministros y servicios de planificación familiar</b>	<p>Con cobertura. Los servicios cubiertos incluyen 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>Los servicios prestados por proveedores fuera de la red están cubiertos por el pago por servicio de Medicaid.</p> <p><b>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).</b></p>
<b>Centros de salud federalmente calificados (FQHC)</b>	Con cobertura. Incluye servicios de atención primaria y para pacientes ambulatorios de organizaciones de la comunidad.
<b>Servicios para la audición/audiología</b>	<p>Con cobertura. Cubre 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>
<b>Servicios de agencia de atención médica domiciliaria</b>	Con cobertura. Cubre servicios de enfermería y de terapia prestados por un enfermero matriculado, auxiliar de enfermería con licencia o servicio de asistencia médica domiciliaria.

# Sus beneficios (continuación)

## Usted tiene acceso a beneficios de NJ FamilyCare

Lo que cubre Horizon NJ Health

\*Pago por servicio

Beneficio de NJ FamilyCare	Descripción
<p><b>Servicios de atención en un centro de cuidados paliativos</b></p>	<p>Con cobertura. Cubre medicamentos para aliviar el dolor y controlar los síntomas; servicios sociales, médicos y de enfermería; y determinados equipos médicos duraderos y otros servicios, incluida la orientación espiritual y durante el duelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con cobertura en la comunidad así como también en ámbitos institucionales.</li> <li>• Los servicios de habitación y comida se incluyen únicamente cuando se ofrecen en el ámbito institucional (no en una residencia). La atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) para miembros menores de 21 años cubrirá tanto los cuidados paliativos como los curativos.</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> Cualquier atención que no esté relacionada con la afección terminal del miembro se cubre de la misma manera que se cubriría en otras circunstancias.</p>
<p><b>Vacunas</b></p>	<p>Con cobertura. Se cubren vacunas para la gripe, hepatitis B, neumocócicas y otras vacunas recomendadas para adultos.</p> <p>El calendario de vacunación infantil completo se cubre como parte del programa de EPSDT.</p>
<p><b>Atención de pacientes hospitalizados</b></p>	<p>Con cobertura. Cubre 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; fármacos y medicamentos; servicios terapéuticos; enfermería general; y otros servicios y suministros que por lo general proporciona el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atención de enfermedades agudas: con cobertura.</b> Incluye habitación y comida; servicios de enfermería y otros servicios relacionados; uso de instalaciones hospitalarias/de hospitales 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).</li> <li>• <b>Servicios de psiquiatría: <i>Para conocer los detalles sobre la cobertura, consulte el cuadro de salud conductual.</i></b></li> </ul>
<p><b>Mamografías</b></p>	<p>Con cobertura. Cubre una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 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>
<p><b>Servicios de salud infantil y maternidad</b></p>	<p>Con cobertura. Cubre servicios médicos, incluida la atención de recién nacidos y pruebas de la audición relacionadas.</p> <p>También cubre la preparación para el parto, además de suministros de lactancia (amamantamiento) y servicios de apoyo.</p>



## Usted tiene acceso a beneficios de NJ FamilyCare

### Lo que cubre Horizon NJ Health

\*Pago por servicio

Beneficio de NJ FamilyCare	Descripción
<b>Atención médica de día</b> (servicios de salud diurnos para adultos)	Con cobertura. 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.
<b>Servicios de un enfermero partero</b>	Con cobertura
<b>Servicios en centros de enfermería</b>	Con cobertura. Es posible que los miembros sean responsables del pago del paciente. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Atención a largo plazo (atención de custodia): con cobertura.</b> 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.</li><li>• <b>Centro de enfermería (atención en un centro de cuidados paliativos para enfermos terminales): con cobertura.</b> La atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) se puede cubrir en un entorno de centro de enfermería. *Consulte los servicios de atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales).</li><li>• <b>Centro de enfermería (especializado): con cobertura.</b> Incluye cobertura para servicios de rehabilitación que se realizan en un entorno de centro de enfermería.</li><li>• <b>Centro de enfermería (atención especializada): con cobertura.</b> 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.</li></ul>
<b>Trasplante de órganos</b>	Con cobertura. Cubre 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). Incluye costos del donante y el receptor.
<b>Cirugía ambulatoria</b>	Con cobertura
<b>Visitas clínicas/en un hospital para pacientes ambulatorios</b>	Con cobertura

# Sus beneficios (continuación)

## Usted tiene acceso a beneficios de NJ FamilyCare

Lo que cubre Horizon NJ Health

\*Pago por servicio

Beneficio de NJ FamilyCare	Descripción
<b>Rehabilitación ambulatoria</b> (terapia ocupacional, fisioterapia, patologías del habla y el lenguaje)	Con cobertura. Cubre fisioterapia, terapia ocupacional, patologías del habla y terapia de rehabilitación cognitiva.
<b>Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos</b>	Con cobertura. 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.
<b>Asistencia de atención personal</b>	Con cobertura. Cubre tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el hogar de un 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.
<b>Podólogo</b>	Con cobertura. Cubre 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. <b>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.</b>
<b>Medicamentos con receta médica</b>	Con cobertura. 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.
<b>Servicios médicos: atención primaria y especializada</b>	Con cobertura. Cubre servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes ambulatorios.
<b>Enfermería privada</b>	Con cobertura. Los servicios de enfermería privada están cubiertos para miembros que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad de obtener estos servicios. Los servicios de enfermería privada solo están disponibles para beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para miembros con MLTSS (de cualquier edad).



## Usted tiene acceso a beneficios de NJ FamilyCare

### Lo que cubre Horizon NJ Health

\*Pago por servicio

Beneficio de NJ FamilyCare	Descripción
Prueba de detección de cáncer de próstata	Con cobertura. Cubre 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.
Prótesis y ortopedia	Con cobertura. 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 cubre reparación de calzado, audífonos y dentaduras postizas con certificación.
Diálisis renal	Con cobertura
Exámenes físicos anuales de rutina	Con cobertura
Ayuda para dejar de fumar/vapear	<p>Con cobertura. La cobertura incluye asesoramiento para ayudarlo 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"><li>• <b>NJ Quitline:</b> Diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y obtenga apoyo de los asesores. Llame al número gratuito <b>1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677)</b> (TTY <b>711</b>), 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 <a href="http://njquitline.org">njquitline.org</a>.</li><li>• <b>NJ QuitNet:</b> Asesores capacitados y apoyo de pares sin cargo, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana en <a href="http://quitnet.com">quitnet.com</a>.</li><li>• <b>NJ Quitcenters:</b> Reciba asesoramiento profesional en persona, en sesiones individuales o grupales. Encuentre un centro llamando al <b>1-866-657-8677</b> (TTY <b>711</b>) o visite <a href="http://quitnet.com">quitnet.com</a>.</li></ul>
Traslado (emergencia) (ambulancia, unidad móvil de cuidados intensivos)	Con cobertura. Cobertura para atención de emergencia, incluido (entre otros) ambulancia y unidad móvil de cuidados intensivos.

# Sus beneficios (continuación)

## Usted tiene acceso a beneficios de NJ FamilyCare

Lo que cubre Horizon NJ Health

\*Pago por servicio

Beneficio de NJ FamilyCare	Descripción
<p><b>Traslado (no de emergencia)</b> <i>(ambulancia para casos que no son de emergencia, vehículos de asistencia médica/MAV, servicio de transporte público, clínica)</i></p>	<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 (mobile assistance vehicles, 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>Es posible que se requieran órdenes médicas u otra coordinación por parte del plan de salud, el PCP o los proveedores.</p>
<p><b>Atención médica de urgencia</b></p>	<p>Con cobertura. 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><b>Servicios para el cuidado de la vista</b></p>	<p>Con cobertura. Cubre 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. Cubre servicios de un optometrista y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para la vista reducida, dispositivos para el entrenamiento de la vista y lentes intraoculares.</p> <p>Se cubren exámenes anuales de retinopatía diabética para miembros con diabetes.</p> <p>Las pruebas de glaucoma se cubren cada cinco años para personas de 35 años o más y cada 12 meses para las personas con un alto riesgo de glaucoma.</p> <p>Se cubren determinadas pruebas de diagnóstico adicionales para miembros con degeneración macular relacionada con la edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lentes de corrección: con cobertura.</b> Se cubre 1 par de lentes/marco o lentes de contacto cada 24 meses para los beneficiarios 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.</li> </ul>



## Beneficios de la salud conductual

Horizon NJ Health cubre diversos beneficios de salud conductual para usted. La salud conductual 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.

<b>BENEFICIOS DE LA SALUD CONDUCTUAL</b>	
<b>SALUD MENTAL</b>	
<b>Rehabilitación de salud mental de adultos</b> (departamentos y hogares de grupos supervisados)	Con cobertura
<b>Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados</b>	Con cobertura
<b>Red de médicos independientes o IPN</b> (psiquiatra, psicólogo o APN)	Con cobertura
<b>Salud mental para pacientes ambulatorios</b>	Con cobertura
<b>Atención parcial</b> (salud mental)	Con cobertura
<b>Salud mental con hospitalización parcial para cuidados agudos/ hospitalización parcial psiquiátrica</b>	Con cobertura
<b>Servicios de emergencia psiquiátrica (PES)/servicios de emergencia afiliados (AES)</b>	Cubiertos por FFS.
<b>TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	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).
<b>Control ambulatorio de la abstinencia con monitoreo extendido en el sitio/ desintoxicación ambulatoria ASAM 2 - WM</b>	Con cobertura

# Sus beneficios (continuación)

## BENEFICIOS DE LA SALUD CONDUCTUAL

### TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS(continuación)

<p><b>Desintoxicación médica para pacientes hospitalizados/control de la abstinencia para pacientes hospitalizados controlada médicamente</b> (en el hospital) <b>ASAM 4 - WM</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Centro residencial a largo plazo (LTR)</b> <b>ASAM 3.1</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Tratamiento de adicciones en el consultorio (OBAT)</b></p>	<p>Con cobertura</p> <p>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.</p>
<p><b>Desintoxicación no médica/control no hospitalario de la abstinencia</b> <b>ASAM 3.7 - WM</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Servicios de tratamiento opiáceo</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Tratamiento intensivo ambulatorio para el trastorno por abuso de sustancias (IOP)</b> <b>ASAM 2.1</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Tratamiento ambulatorio para el trastorno por abuso de sustancias (OP)</b> <b>ASAM 1</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Atención parcial para el trastorno por abuso de sustancias (PC)</b> <b>ASAM 2.5</b></p>	<p>Con cobertura</p>
<p><b>Atención residencial de corto plazo para el trastorno por abuso de sustancias</b> (Short Term Residential, STR) <b>ASAM 3.7</b></p>	<p>Con cobertura</p>



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

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>
<b>Hospitalización parcial para enfermedades agudas</b> (salud mental)	Servicios que brindan un programa de rehabilitación psiquiátrica no residencial para miembros con una enfermedad mental grave
<b>Atención en el hogar para adultos</b>	Vivir en la casa o el departamento de un cuidador capacitado que brinda apoyo y servicios al miembro
<b>Rehabilitación de salud mental para adultos</b> (Adult Mental Health Rehabilitation, AMHR)	Un hogar de grupo residencial supervisado que brinda servicios de salud mental
<b>Servicios de vivienda asistida</b>	Un centro autorizado por el Departamento de Salud para brindar alojamiento similar a un apartamento
<b>Programa de vivienda asistida</b>	Servicio de vivienda asistida para residentes de ciertos edificios de viviendas para mayores subsidiadas públicamente
<b>Administración de atención de la salud conductual: lesión cerebral traumática (TBI)</b> (grupal e individual)	Programa que se brinda dentro o fuera del hogar y que está diseñado para tratar al miembro y a los cuidadores cuando se haya diagnosticado TBI al miembro
<b>Administración de la atención médica</b>	Conjunto de medidas lógicas centradas en el miembro y orientadas a objetivos, para garantizar que el miembro reciba los servicios que necesita de manera solidaria, eficaz y oportuna.
<b>Capacitación del cuidador/participante</b>	Capacitación para cuidadores
<b>Servicios de tareas</b>	Servicios que se necesitan para mantener el hogar limpio y seguro; <i>no</i> son las tareas domésticas de todos los días.
<b>Terapia cognitiva</b> (grupal e individual)	Servicios para ayudar a brindar apoyo ante la pérdida de una función
<b>Servicios residenciales comunitarios</b>	Servicios que ayudan a brindar apoyo y supervisión a los miembros que hayan recibido un diagnóstico de TBI.
<b>Servicios de transición a la comunidad</b>	Servicios que se prestan para ayudar a una persona a trasladarse de un ámbito institucional a su hogar en la comunidad
<b>Atención de apoyo en el hogar</b>	Servicios que ayudan con las necesidades del hogar (p. ej., preparación de comidas, lavado de ropa)
<b>Servicio de comidas a domicilio</b>	Comidas preparadas que se entregan en su hogar
<b>Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados</b>	Servicios de atención de la salud mental que recibe en un hospital que requiere que sea admitido como paciente hospitalizado
<b>Dispositivo de suministro de medicamentos</b>	Dispositivo que ayuda a administrar los medicamentos y proporciona recordatorios de medicamentos
<b>Transporte que no es médico</b>	Transporte para acceder a servicios y actividades de la comunidad

# Sus beneficios *(continuación)*

**Es posible que los siguientes servicios estén a su disposición cuando sean evaluados como una necesidad e identificados en su plan de atención: *(continuación)***

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>
<b>Servicios en centros de enfermería (de apoyo)</b>	Atención en un centro con supervisión médica las 24 horas y atención de enfermería permanente
<b>Terapia ocupacional</b> (grupal e individual)	Servicios para ayudar a prevenir la pérdida de una función
<b>Servicios de tratamiento opiáceo</b>	Medicamentos para el mantenimiento y/o la desintoxicación en combinación con asesoramiento psicológico para trastornos por consumo de sustancias en un centro de tratamiento autorizado
<b>Servicios hospitalarios/clínicos de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	Servicios de salud mental proporcionados en un entorno comunitario a miembros con un diagnóstico psiquiátrico
<b>Servicios de atención de tiempo parcial</b>	Servicios clínicos y de recuperación no residenciales para ayudar a que las personas con enfermedades mentales graves vuelvan a incorporarse a la comunidad y a evitar la hospitalización y las recidivas (p. ej., asesoramiento, servicios prevocacionales)
<b>Sistemas de respuesta para emergencias personales</b>	Dispositivo que permite que un miembro llame para pedir ayuda en caso de emergencia
<b>Fisioterapia</b> (grupal e individual)	Servicios para ayudar a prevenir la pérdida de una función
<b>Atención de enfermería privada</b> (adultos)	Servicios de enfermería necesarios desde el punto de vista médico
<b>Modificaciones en la vivienda</b>	Adaptaciones físicas en la vivienda principal privada de un miembro que son necesarias para garantizar su salud y seguridad (p. ej., rampa para silla de ruedas)
<b>Relevo</b> (diario y por hora)	Beneficio para darles un descanso a los cuidadores
<b>Asistencia social para adultos de día</b>	Programa grupal comunitario que ofrece servicios de salud, sociales y de apoyo relacionado en un ámbito de protección
<b>Centro de enfermería de atención especializada</b> (SCNF)	Centro con supervisión médica las 24 horas del día y atención de enfermería permanente para las personas que necesitan servicios intensivos más allá de los que se prestan en un centro de enfermería normal.
<b>Terapia del habla, el lenguaje y la audición</b> (grupal e individual)	Servicios para ayudar a prevenir la pérdida de una función
<b>Programa estructurado de día</b>	Programa estructurado de día para brindar asistencia en el desarrollo, la independencia y las habilidades para vivir en la comunidad de los miembros
<b>Servicios de apoyo de día</b>	Actividades dirigidas al desarrollo de patrones de actividades productivas para los miembros
<b>Modificaciones de vehículos</b>	Modificaciones en el vehículo familiar o de un miembro para permitir una mayor independencia



## Servicios no cubiertos por el programa de pago por servicio de Medicaid 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 Medicaid 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 cubierto por cualquier otra póliza de seguro de salud u otro sistema de beneficios de salud privado o gubernamental o responsabilidad de terceros.
- Cualquier servicio cubierto por cualquier otra póliza de seguro u otro sistema de beneficios de salud privado o gubernamental o responsabilidad de terceros.
- Servicios o cirugías de carácter estético, excepto cuando sean médicamente necesarias y estén aprobadas.
- Procedimientos experimentales o procedimientos que no estén aprobados como eficaces, incluidos los trasplantes de órganos experimentales.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento de 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).
- Atención de relevo durante más de 30 días por año.
- Curas de reposo, artículos y servicios de comodidad personal y conveniencia, y suministros que no estén directamente relacionados con la atención del paciente. Entre los ejemplos se incluyen comidas para acompañantes y cargos telefónicos.
- Servicios en los cuales los registros de atención médica no reflejen los requisitos del procedimiento descrito o el código de procedimiento utilizado por el proveedor.
- Servicios que involucren el uso de equipos en centros en los que la compra, el alquiler o la construcción de dichos equipos no ha sido aprobada por el estado de Nueva Jersey.

- 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 NJ FamilyCare.
- Servicios prestados por un familiar inmediato o un miembro del grupo familiar, a menos que se proporcionen en virtud del Programa Autodirigido.
- Servicios prestados por o en una institución dirigida por el gobierno federal, como la Administración de la Salud de los Veteranos (Veterans Health Administration).
- Servicios prestados mientras la persona se encuentra en servicio militar activo o que comenzaron mientras la persona prestaba dichos servicios.
- Servicios prestados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Servicios prestados sin cargo. Los programas que se ofrecen de forma gratuita por medio de entidades públicas o voluntarias deben utilizarse en la mayor medida posible.
- Servicios que resulten de una afección relacionada con el trabajo o una lesión accidental cuando los beneficios estén disponibles por medio de una ley de compensación de los trabajadores, ley de beneficios por discapacidad temporal, ley de enfermedad ocupacional u otra ley similar.

## Servicios dentales

Una buena salud bucal es importante para la salud general de su cuerpo. Debe visitar a su dentista, al menos, dos veces al año para un examen oral y una limpieza. Los niños deben tener su primera visita al dentista al año de edad o poco después de la erupción del primer diente. Asegúrese de completar todo el tratamiento recomendado. Todos los miembros de NJ FamilyCare tienen beneficios dentales integrales. Los controles dentales dos veces al año son un beneficio cubierto para todos los miembros. Los miembros con necesidades de atención médica especiales tienen cobertura para realizar visitas con mayor frecuencia. Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).

# Sus beneficios (continuación)

No necesita una autorización previa de Horizon NJ Health para obtener atención dental de rutina, como limpiezas regulares, empastes y radiografías. Los miembros pueden seleccionar su dentista o especialista dental del *Buscador en línea de médicos y hospitales*, que incluye una lista especial de dentistas generales y dentistas pediátricos (dentistas de niños) participantes para miembros desde los 0 hasta los 6 años de edad. Para obtener una lista de dentistas, visite [horizonNJhealth.com/findadoctor](http://horizonNJhealth.com/findadoctor) y seleccione *Dentist* (Dentista) del menú desplegable. También puede llamar a Servicios a los miembros al **1-800-682-9090** (TTY **711**).

## Servicios para la vista

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

Los miembros que sean diabéticos deben realizarse un examen de la vista cada año, incluido un examen de la vista con dilatación de retina (dilated retinal eye, DRE).

Los servicios para la vista están disponibles solo cuando se obtienen de oftalmólogos participantes de Horizon NJ Health. Para obtener una lista de oftalmólogos, visite [horizonNJhealth.com/findadoctor](http://horizonNJhealth.com/findadoctor). También puede llamar a Servicios a los miembros al **1-844-444-4410** (TTY **711**).

## Servicios de laboratorio

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

Puede utilizar el Directorio de proveedores de Horizon NJ Health para encontrar un centro de LabCorp cercano a su domicilio. Además, LabCorp ofrece la programación de citas en línea en todos los Centros de Servicios a Pacientes de Nueva Jersey. Visite el sitio web [LabCorp.com/PSC](http://LabCorp.com/PSC) para encontrar un centro. También atienden a pacientes sin cita previa.

Su médico le dará los resultados de sus pruebas de laboratorio. O bien, puede utilizar *LabCorp Patient*, un servicio en línea con el que puede descargar e imprimir los resultados de sus pruebas usted mismo. Para registrarse, visite el sitio web [Patient.labcorp.com](http://Patient.labcorp.com). LabCorp le entregará los resultados de sus pruebas a su médico antes de publicarlos en su cuenta en línea.

## Servicios de recetas médicas

Horizon NJ Health cubre muchos medicamentos que se le ofrecen a usted a bajo costo. Estos medicamentos aprobados conforman nuestra **lista de medicamentos aprobados**. Si su médico quiere recetar un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos aprobados, él o ella deberán llamarnos para obtener una autorización previa o una aprobación anticipada. Es importante que los medicamentos que tome sean seguros y eficaces. Es por eso que Horizon NJ Health tiene un comité compuesto por médicos y farmacéuticos en ejercicio que revisan y aprueban nuestra lista de medicamentos aprobados. Algunos medicamentos no están cubiertos en virtud de su beneficio de farmacia, incluidos, entre otros: agentes de fertilidad, medicamentos para la pérdida de peso y medicamentos para la disfunción eréctil. Determinados productos de venta libre (over-the-counter, OTC) están cubiertos con una receta médica por escrito (por ejemplo, loratadina, Alaway, Zaditor OTC, omeprazol, lansoprazol, productos para dejar de fumar).

## Términos importantes

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

**Receta médica:** Pedido escrito por un médico para que obtenga un medicamento, para que se le realice una prueba u obtenga otro servicio de salud.

**Lista de medicamentos aprobados:** Lista de medicamentos aprobados y cubiertos por Horizon NJ Health.





En el caso de los miembros que residen en un centro de atención de largo plazo, los medicamentos OTC, por lo general, son proporcionados por la institución, y no por Horizon NJ Health.

Horizon NJ Health solicita que se utilicen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Si su médico decide que debe tomar un medicamento que no está en la lista de medicamentos aprobados, incluso los medicamentos de marca exceptuados, el médico puede solicitar un permiso especial para que usted pueda obtener el medicamento. Mientras usted espera una respuesta, la farmacia puede proporcionar un suministro del medicamento para 72 horas. El Departamento de farmacias de Horizon NJ Health trabajará con su médico para satisfacer sus necesidades de medicamentos con receta médica. Si tiene preguntas, llame al número gratuito **1-844-444-4410** (TTY **711**).

Sus recetas médicas pueden ser surtidas en cualquier farmacia participante. Para obtener una lista de farmacias o para encontrar la farmacia más cercana a su domicilio, llame a Servicios a los miembros. Las farmacias participantes también se encuentran enumeradas en el Directorio de proveedores y en el *Buscador de médicos y hospitales* en **horizonNJhealth.com**.

La lista de medicamentos aprobados se actualiza en forma anual y a medida que se implementan cambios o se aprueban nuevos medicamentos. La lista de medicamentos aprobados se actualiza a partir de la fecha en que entran en vigencia los cambios en la lista. Los cambios a esta lista se incluyen en el boletín informativo para los miembros, que se envía por correo a todos los miembros. Los productos farmacéuticos cubiertos, incluidos aquellos que requieren autorización previa, se incluyen en nuestro sitio web en **horizonNJhealth.com**. No hay copagos por sus medicamentos con receta médica.

En general, Horizon NJ Health permite un suministro de hasta 30 días de medicamentos. Si actualmente se encuentra en un centro de atención a largo plazo, por lo general, hay una elegibilidad de suministro de medicamentos de 14 días como máximo. Se permite un suministro mayor a 14 días para ciertas unidades de medicamentos (por ejemplo, gotas oftálmicas). Si vive en un centro de atención de largo plazo, los

productos farmacéuticos en formatos establecidos por la institución, por ejemplo, insulina, se utilizarán cuando estén disponibles.

Además, el sitio web cuenta con información sobre los procedimientos de administración de farmacias, incluida la lista de medicamentos aprobados del formulario, las políticas y las limitaciones. Las limitaciones incluyen cantidad, plan, suministro/surtido, terapia de pasos y edad. Para obtener copias impresas de los procedimientos de administración de farmacias, comuníquese con el Departamento de farmacias al **1-844-444-4410** (TTY **711**).

Si toma medicamentos con receta médica para controlar una enfermedad crónica, como la diabetes o el asma, debe implementar las medidas necesarias para asegurarse de manejar sus medicamentos correctamente. Cuando se toman varios medicamentos diarios, a veces puede ser difícil recordar tomarlos según lo indicado o asegurarse de tener todos los medicamentos disponibles cuando los necesite. Tomar los medicamentos correctamente es fundamental para controlar su enfermedad.

### **Lo que puede hacer para manejar sus medicamentos**

- **Hable con su médico:** revise todos los medicamentos que toma (con receta y de venta libre) y comuníquese a su médico si experimenta algún efecto secundario, como mareos.
- **Hable con su farmacéutico:** asegúrese de que comprende las instrucciones para tomar sus medicamentos.
- **Resurta sus recetas médicas a tiempo:** resurta dichas recetas antes de que se le acabe un medicamento. También puede consultar en la farmacia acerca de los resurtidos automáticos para asegurarse de contar siempre con sus medicamentos.
- **Llene todas las recetas médicas en la misma farmacia:** de esta forma, el farmacéutico podrá saber todos los medicamentos que toma y ayudarlo a administrar su atención.

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



## Programa de asignación cerrada de farmacia

Es posible que a los miembros que visitan a médicos diferentes se les receten varios tipos de medicamentos. Esto puede resultar peligroso. El Programa de asignación cerrada de farmacia coordina la atención de los miembros entre las farmacias y los médicos. Para garantizar que su farmacia esté coordinada, debe utilizar una sola farmacia para que surta sus recetas médicas. Esto le permitirá al farmacéutico saber sobre su salud y estar más preparado para ayudarlo con sus necesidades de medicamentos. Es posible que los miembros que acuden a varias farmacias o médicos sean revisados cada mes para garantizar que estén recibiendo la atención apropiada. Si se decide que el uso de una sola farmacia ayudará al miembro a obtener una mejor atención, es posible que el miembro reciba la "asignación cerrada" para una sola farmacia. Los miembros de Horizon NJ Health deben utilizar farmacias contratadas dentro de la red en el estado de Nueva Jersey para recibir sus recetas médicas resurtidas. Enviaremos cartas al miembro, a la farmacia y al médico cuando se necesite un Programa de asignación cerrada de farmacia.

## Transporte médico

Horizon NJ Health proporcionará transporte de emergencia por tierra o aire a los miembros de MLTSS.

LogistiCare proporcionará todos los servicios de transporte médico que no sean de emergencia. Si necesita servicios especiales o transporte para su atención médica, puede llamar a LogistiCare al **1-866-527-9933** (TTY **1-866-288-3133**). También puede reservar su transporte en línea en **member.logisticare.com**. Para recibir servicios de transporte, como servicio de automóvil para una cita médica, etc., también puede llamar a LogistiCare para hacer reservas. Existe un límite de 20 millas para el traslado hacia su proveedor, a menos que se proporcione una autorización para consultorios fuera de este radio. Debe llamar antes del mediodía, como mínimo, dos días antes del día en que necesita obtener el transporte. Una vez que haya finalizado su cita, si no ha programado una hora para que le recojan, usted o alguna persona del consultorio de su médico pueden llamar al número telefónico de *Where's My Ride* (Dónde está mi transporte), al **1-866-527-9934** (TTY **711**),

para solicitar que se envíe el transporte para que pase a recogerlo. El proveedor de transporte pasará a recogerlo en un plazo de 90 minutos.

Para informar a LogistiCare sobre algún problema relacionado con su transporte, llame al **1-866-333-1735**. Visite el sitio web de LogistiCare en **wecare.logisticare.com**, donde puede completar un formulario en línea. LogistiCare responderá a su problema.

**Recuerde: no llame a una ambulancia para el transporte de rutina.**

## Servicios de salud conductual

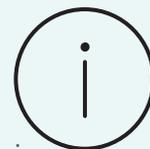
Horizon Behavioral Health brinda beneficios para la salud conductual para los miembros. Puede consultar a un proveedor de servicios para la salud mental o trastornos por abuso de sustancias si lo necesita. Si necesita medicamentos para tratamientos de salud mental o de trastornos por abuso de sustancias, su proveedor de servicios para la salud mental o trastornos por abuso de sustancias puede recetarle los medicamentos. Comuníquese con un proveedor de salud conductual o informe a su Administrador de atención médica si experimenta lo siguiente:

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

## Administración de la utilización

Horizon NJ Health desea asegurarse de que reciba la atención correcta, en el entorno apropiado. Para lograr esto, contamos con el equipo de Administración de la utilización (Utilization Management, UM), que trabaja junto con su Administrador de atención médica de MLTSS para garantizar que los médicos, hospitales, dentistas y otros proveedores le brinden servicios oportunos, eficientes y de calidad.

## Términos importantes



### Centro de cirugía ambulatoria:

Sitio que proporciona atención quirúrgica, pero no proporciona atención con estadía nocturna.



Horizon NJ Health brinda ayuda con las admisiones, las altas y los asuntos relacionados con la duración de la estadía cuando un miembro es admitido en un hospital o **centro de cirugía ambulatoria**. Cuando es necesario, proporcionamos a los médicos información sobre nuestra atención y los programas de control de enfermedades.

Principalmente, trabajamos con su PCP o especialista para garantizar que usted reciba la atención constante que necesita. Horizon NJ Health cuenta con un personal especial que lo puede ayudar con las preguntas que tenga sobre la UM. Si tiene preguntas relacionadas con nuestro proceso de UM, comuníquese con su Administrador de atención médica o con Servicios a los miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

Horizon NJ Health ayuda a sus miembros a administrar diversos problemas de salud. Hable con su Administrador de atención médica para obtener información sobre lo siguiente:

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

Si usted está inscrito en alguno de nuestros programas de control de enfermedades y ya no desea ser parte de ellos, llame al número gratuito de Servicios a los miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

## Servicios de planificación familiar

Si está interesado en los servicios de anticoncepción y de planificación familiar, incluidos el asesoramiento y las pruebas genéticas, Horizon NJ Health puede ayudarlo a encontrar los servicios que necesita y le dirá cuáles son las clínicas y los médicos cercanos a su domicilio. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de miembro de Horizon NJ Health cuando vaya a su cita. También puede obtener servicios de anticoncepción y planificación familiar de otras clínicas y médicos que acepten el programa NJ FamilyCare, pero que no se encuentren en la red de Horizon NJ Health. Use su tarjeta de identificación para beneficios médicos (HBID) si los visita.

## Horizon *Healthy Journey*

Horizon NJ Health comprende que puede resultar difícil recordar todas sus recomendaciones y citas de atención médica. El programa Horizon *Healthy Journey* (Recorrido saludable de Horizon) está diseñado para ayudarlo a realizar un seguimiento mediante recordatorios y materiales educativos relevantes para sus necesidades de atención médica. Nos comunicaremos con usted por teléfono con llamadas en vivo y automatizadas. También recibirá materiales por correo. Horizon NJ Health trabajará con sus médicos para garantizar que conozcan los servicios recomendados para usted.

## Servicios para mujeres

Si necesita obtener servicios de salud para mujeres o si va a tener un bebé, llame a un obstetra/ginecólogo o a un enfermero partero certificado (Certified Nurse Midwife, CNM) que participen en la red de Horizon NJ Health y solicite una cita.

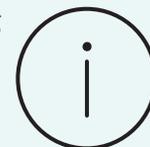
Es importante que las mujeres visiten a un obstetra/ginecólogo para la atención regular. Las mujeres que tienen entre 21 y 65 años deben realizarse una prueba de Papanicolaou cada tres años. Las mujeres que tienen entre 30 y 65 años deben realizarse exámenes cada cinco años si se trata de una prueba de Papanicolaou combinada con una prueba del virus del papiloma humano.

Una **prueba de Papanicolaou** es la mejor manera de detectar células precancerosas que pueden causar cáncer de cuello uterino. Las evaluaciones de rutina para detectar cáncer de cuello uterino se encuentran incluidas en sus beneficios sin costo.

Se recomiendan las mamografías anuales para mujeres de 40 años o más, y se encuentran incluidas en sus beneficios sin costo. Una mamografía puede ayudarlo a su médico a detectar cáncer de mama de manera temprana, a menudo entre un año y medio y dos años antes de que el bulto sea lo suficientemente grande como para sentirlo al tacto.

## Términos importantes

**Prueba de Papanicolaou:** Una prueba de detección de cáncer de cuello uterino.



# Programas para usted (continuación)

## Ayuda para mujeres embarazadas:

### Programa GEMS para la mamá

Si cree estar embarazada, llame a su Administrador de atención médica de inmediato para programar una cita. GEMS para la mamá fue diseñado para ayudarla a obtener una buena **atención prenatal**, controles regulares, asesoramiento sobre nutrición e información **posparto** después de que nazca su bebé.

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

Cuando está embarazada, debe visitar a su obstetra/ginecólogo:

- Al menos una vez durante los primeros dos meses o una vez que sepa que está embarazada
- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses
- Cada dos semanas durante el séptimo y octavo mes
- Todas las semanas durante el último mes
- Entre tres semanas y dos meses después del nacimiento de su bebé para una visita de posparto

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

Horizon NJ Health también puede ayudarla con los servicios de lactancia, como asesoramiento/clases sobre lactancia y cómo obtener un sacaleches y suministros.

## Aplicación BabyGEMS

Descargue la aplicación gratuita BabyGEMS para obtener información personalizada sobre su embarazo. Puede realizar un seguimiento de la salud de su bebé durante cada etapa, consultar los recursos de Horizon NJ Health, como el programa prenatal GEMS para la mamá, ver los hitos de salud para usted y su bebé, buscar respuestas a preguntas comunes sobre su embarazo y mucho más. Puede continuar utilizando la aplicación después de que nazca su bebé para registrar su crecimiento y buscar información sobre la atención posparto.

Envíe un mensaje de texto con la palabra **GEMS** al **1-855-553-0461** para descargar la aplicación sin cargo.

## Mantener a los niños saludables

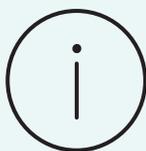
El programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, **EPSDT**) es una exigencia gubernamental que ayuda a mantener saludables a los niños. Horizon NJ Health cuenta con diversos programas para garantizar que los niños reciban todos los beneficios del EPSDT hasta los 21 años.

El programa de EPSDT ayuda a mantener un seguimiento de las vacunas y las visitas de control para niños sanos, y recuerda a los padres que soliciten al PCP de sus hijos realizar pruebas de diagnóstico temprano de problemas médicos y continuar con los controles a medida que el niño crece.

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

- Recién nacidos: 3 días después del alta hospitalaria
- Antes de las 6 semanas
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- Y una vez al año hasta los 20 años de edad

## Términos importantes



**Atención prenatal:** Atención para mujeres embarazadas.

**Posparto:** Atención para una mujer luego de que da a luz a un bebé.



Durante las visitas de control para niños sanos, el médico revisará la vista, la dentadura, la audición, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de su hijo, además de tratar cualquier problema y derivar a su hijo a un especialista, si es necesario. Además, el médico realizará exámenes para saber si su hijo ha estado expuesto a niveles peligrosos de plomo provenientes de pintura u otras fuentes. Estas visitas son también un buen momento para hacer preguntas y conversar sobre los problemas o inquietudes que tenga. Horizon NJ Health brinda la cobertura de todos estos servicios para miembros de hasta 21 años.

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

Tenga presente que las vacunas son seguras y efectivas. Al asegurarse de que su hijo esté vacunado, puede protegerlo de enfermedades graves, por ejemplo:

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

Los niños deben recibir estas importantes vacunas antes de que cumplan los dos años de edad.

Su hijo debe visitar a un dentista para que le realice un primer examen dental al año de vida o poco después de que aparezca el primer diente, lo que ocurra primero, y luego para exámenes y limpiezas dentales dos veces al año como mínimo. Cuando su hijo es muy pequeño, estas visitas incluirán un examen bucal, una aplicación de barniz con flúor en los dientes para prevenir caries, una evaluación de riesgo de caries y orientación de previsión para ayudarlo a mantener sanos los dientes de su hijo. Asegúrese de completar todo el tratamiento dental recomendado.

## Realice a sus hijos pruebas para detectar envenenamiento por plomo

Según las leyes estatales de Nueva Jersey, los niños deben realizarse pruebas para detectar envenenamiento por plomo, por primera vez, entre los 9 y 18 meses (preferentemente a los 12 meses), y nuevamente entre los 18 y 26 meses (preferentemente a los 24 meses). Debe realizarse de inmediato un examen para detectar plomo a cualquier niño a partir de los 6 meses de edad que se encuentre expuesto a un peligro conocido o sospechado de plomo. Se debe realizar una prueba a los niños que tengan entre 27 meses y 6 años si nunca antes se les ha realizado. Se proporciona administración de atención médica en relación con el plomo a todos los miembros de Horizon NJ Health de hasta 6 años que tienen niveles altos de plomo en sangre. El programa de detección de plomo le brinda información sobre cómo mantener su hogar seguro y libre de plomo. Recibirá información sobre los niveles de plomo en sangre y medidas de prevención, incluidas tareas domésticas, higiene, nutrición apropiada y por qué es tan importante que respete las instrucciones de su médico al tratar problemas relacionados con el plomo.

El plomo se puede encontrar en lugares inesperados. Ciertos utensilios de cocina, juguetes y dulces importados de otros países pueden contener plomo.

Su Administrador de atención médica de Horizon NJ Health trabajará con el PCP de su hijo, el Departamento de Salud, el WIC y

los laboratorios para garantizar que se reduzcan todos los niveles altos de plomo en sangre que se encuentren en su hijo para que este pueda estar saludable.





## Dejar de fumar

No fumar es una de las mejores cosas que puede hacer para mejorar su salud. Al dejar de fumar, puede mejorar su función pulmonar y su circulación. También puede reducir la posibilidad de desarrollar determinados tipos de cáncer y enfermedades cardíacas, entre muchos otros beneficios. Puede ayudarlo a sumar años a su vida.

Nueva Jersey tiene varias opciones de soporte para ayudarlo a dejar de fumar:

- **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 los sábados de 11 a.m. a 5 p.m. El programa es compatible con 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en [njquitline.org](http://njquitline.org).
- **NJ QuitNet:** Asesores capacitados y apoyo de pares sin cargo, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana en [quitnet.com](http://quitnet.com).
- **NJ Quitcenters:** Reciba asesoramiento profesional en persona, en sesiones individuales o grupales. Encuentre un centro llamando al **1-866-657-8677 (TTY 711)** o visite [quitnet.com](http://quitnet.com).

Los medicamentos detallados a continuación están disponibles para los miembros de Horizon NJ Health y pueden ayudarlo a dejar de fumar. Pregunte a su médico si alguno de estos medicamentos es adecuado para usted:

- Bupropión (Zyban)
- Parches transdérmicos de nicotina (Nicoderm)
- Goma de mascar de nicotina polacrilex (Nicorette)
- Pastillas de nicotina polacrilex (Commit)

## Horizon Neighbors in Health: Education Works

Como miembro de Horizon NJ Health, puede obtener un diploma de escuela secundaria a través de nuestro programa **Horizon Neighbors in Health: Education Works** sin costo para usted. El programa hará lo siguiente:

- **Lo conectará** con grupos de su zona para ayudarlo a estudiar.
- **Le brindará asesoramiento telefónico** durante todo el proceso para ayudarlo a mantenerse encaminado.
- **Trabjará con usted de forma individual** para comprender su situación y eliminar los obstáculos que le impiden obtener su diploma de escuela secundaria, como transporte hasta el centro de evaluación o guardería infantil durante la prueba\*.
- **Pagará** los cargos previos a la prueba y de la prueba\*\*.

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

\*Los servicios se prestarán cuando sea necesario. No todos los miembros recibirán estos servicios.

\*\*Se limitará a tres intentos.



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

- Recibir servicios independientemente de su edad, raza, religión, color, credo, género, nacionalidad, ascendencia, creencias políticas, orientación o preferencia sexual o afectiva, estado de salud, estado civil o discapacidad.
- Ser tratado con respeto y dignidad, y tiene derecho a la privacidad en todo momento.
- Tener acceso a una atención que no tiene límites de comunicación ni de acceso, lo cual incluye la asistencia de un traductor si es necesario.
- Recibir atención médica de manera oportuna y tener acceso a un médico de atención primaria o médico que le brindará ayuda. El PCP es el médico al que verá la mayor parte del tiempo y que coordinará su atención. Este médico estará disponible para usted las 24 horas del día, los 365 días del año, en caso de que necesite atención de urgencia. Esto incluye los siguientes derechos:
  1. Elegir su propio médico de la lista de médicos de Horizon NJ Health.
  2. Recibir una lista actualizada de los médicos que pueden atenderlo dentro de la red de Horizon NJ Health.
  3. Aceptar que un médico tome la decisión si sus servicios como miembro deben ser limitados o no deben prestarse en absoluto.
  4. No tener “leyes de silencio” en Horizon NJ Health. Esto quiere decir que los médicos pueden analizar con usted libremente todas las opciones de tratamientos médicos aunque los servicios no estén cubiertos por Horizon NJ Health.
  5. Saber de qué manera Horizon NJ Health les paga a sus médicos. Esto le ayudará a saber si existen razones económicas vinculadas con las decisiones médicas.
  6. No recibir facturas adicionales de parte de los médicos. Su seguro de salud les paga a los médicos un monto de dinero. El médico no puede cobrarle más de lo que permite su plan, incluso si ese monto no es el que el médico elige cobrar.

7. Formar parte de las conversaciones con su médico para tomar decisiones sobre su atención médica.
8. Información y conversaciones abiertas sobre su afección médica y las maneras de tratar dicha afección.
9. Elegir entre diferentes maneras de tratar su afección que sean presentadas de forma clara y comprensible, independientemente del costo y de lo que cubran sus beneficios.
10. Explicar su afección médica a un miembro de su familia o a un tutor en caso de que usted no pueda comprenderlo y que se escriba en sus registros médicos.
11. Denegar el tratamiento médico con el conocimiento de los resultados si elige no recibir tratamiento médico.
12. Denegar la atención de un médico específico.
13. Recibir atención que respalde una calidad de vida significativa y que no incluya procedimientos perjudiciales, entre ellos, restricciones físicas o aislamiento innecesarios, medicamentos excesivos, abuso físico o psicológico y negligencia.

## Usted tiene los siguientes derechos:

- Elegir a los especialistas. Los especialistas son médicos que tratan enfermedades o problemas especiales. Esto incluye los siguientes derechos:
  1. Obtener ayuda para encontrar a un especialista si necesita uno.
  2. Visitar a un médico para tener una segunda opinión u obtener otro punto de vista en ciertos casos.
  3. Ver a un especialista que tenga experiencia en tratar su discapacidad o afección de salud.
  4. Recibir atención de un médico que no trabaje con Horizon NJ Health cuando un médico de Horizon NJ Health no esté disponible.

# Sus derechos y responsabilidades *(continuación)*

## **Usted tiene los siguientes derechos:**

- Llamar al **911** por una situación que pueda poner en riesgo su vida sin avisar a Horizon NJ Health antes de hacerlo. Si usted va a la sala de emergencias, esto incluye el derecho a:

1. Que Horizon NJ Health pague un examen médico en la sala de emergencias para saber si existe una afección médica de emergencia.

## **Usted tiene los siguientes derechos:**

- Ciertos beneficios de cobertura después del nacimiento de un hijo. Esto incluye los siguientes derechos:

1. Estadías en el hospital, después de haber tenido un bebé, de 48 horas como mínimo por un parto vaginal normal y de 96 horas, como mínimo, después de una cesárea.

2. Recibir hasta 120 días de continuación de su cobertura, en caso de que sea médicamente necesario, con un médico que ya no esté en la red de Horizon NJ Health, lo que incluye:

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

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

## **Usted tiene los siguientes derechos:**

- Dar instrucciones sobre su atención médica y designar a otra persona para que tome por usted decisiones respecto de su atención médica. Esto incluye los siguientes derechos:

1. Realizar una directiva anticipada sobre la atención médica. La directiva anticipada también se conoce como testamento en vida.

## **Usted tiene los siguientes derechos:**

- Realizar preguntas para recibir respuestas e información sobre su plan de salud y sobre cualquier cosa que no comprenda. También puede hacer sugerencias. Esto incluye los siguientes derechos:

1. Recibir, en forma oportuna, avisos de las modificaciones en sus beneficios o el estado de su médico.
2. Ofrecer sugerencias de modificaciones en las políticas, los procedimientos y los servicios. Esto puede incluir sus propios derechos y responsabilidades.
3. Consultar sus registros médicos sin cargo.
4. Ser informado por escrito si Horizon NJ Health decide cancelar su membresía.
5. Comunicar a Horizon NJ Health cuando ya no desee ser miembro.

## **Usted tiene los siguientes derechos:**

- Apelar una decisión, en función de una necesidad médica, por la cual se niegue o limite la cobertura que recomienda su médico, primero dentro de Horizon NJ Health y luego a través de una organización independiente que pueda tomar una decisión. Una apelación es una solicitud que usted presenta a Horizon NJ Health sobre decisiones que se tomaron respecto de su atención. Esto incluye los siguientes derechos:

1. Presentar, en su lengua materna, un reclamo sobre la organización o la atención brindada.
2. Saber que ni usted ni su médico pueden ser sancionados por presentar un reclamo o una apelación en contra de Horizon NJ Health. Además, no se puede cancelar su inscripción como miembro por presentar un reclamo o una apelación en contra de Horizon NJ Health.
3. Comunicarse con el Departamento de Banca y Seguros o el Departamento de Servicios Humanos si no está conforme con la decisión de Horizon NJ Health respecto de un reclamo o una apelación.
4. Utilizar el proceso de Audiencia imparcial de Medicaid si es elegible para hacerlo.



## Tratamiento de menores

Horizon NJ Health brindará atención a los miembros menores de 18 años de acuerdo con todas las leyes. El tratamiento se proporcionará a solicitud del (de los) padre(s) del menor u otra(s) persona(s) que tenga(n) la responsabilidad legal de la atención médica del menor. Tiene el derecho de tomar decisiones informadas y permitir que se realicen tratamientos a sus dependientes menores o menores de 18 años.

En ciertos casos, las leyes de Nueva Jersey permiten que los menores tomen ellos mismos decisiones respecto de su atención médica. Horizon NJ Health permitirá que se realicen tratamientos en menores cuando no sea(n) uno o ambos padres o tutor(es) quien(es) toma(n) las decisiones en los siguientes casos:

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

## Sus responsabilidades como miembro

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

- Tratar a los médicos y a todos los proveedores de atención médica con respeto y amabilidad.
- Hablar abierta y honestamente con su PCP o especialista cuando le dé información sobre su salud.
- Buscar regularmente la atención de un médico para proteger su salud. Esto incluye programar citas para controles de rutina y vacunas.

- Respetar las reglas de atención médica de Horizon NJ Health.
- Brindar la información necesaria a un médico y a Horizon NJ Health de manera que se le pueda proporcionar atención.
- Realizar preguntas a su médico para poder comprender sus problemas de salud y la atención que está recibiendo.
- Ser parte del desarrollo de los objetivos de tratamiento acordados entre usted y su médico.
- Cumplir con las recomendaciones de su médico y considerar los resultados que puede implicar no cumplir con estas recomendaciones.
- Respetar las citas y llamar con anticipación si necesita cancelar una cita.
- Leer todos los materiales para miembros de Horizon NJ Health y respetar las reglas de membresía.
- Seguir los pasos apropiados al presentar reclamos sobre la atención.
- Obtener información sobre los problemas de salud mediante programas educativos cuando estos se ofrecen.
- Pagar los copagos o las primas (el monto que, de acuerdo con su plan de salud, debe pagar al recibir la atención) cuando debe hacerlo.
- Comunicar al Coordinador de beneficios de salud y a Horizon NJ Health qué médicos lo atienden cuando se inscribe en Horizon NJ Health.

Horizon NJ Health evalúa y aprueba nuevas tecnologías, incluso la revisión de pautas de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., la dirección de obras médicas y pautas clínicas publicadas, y las conversaciones con expertos de áreas específicas, incluidos los médicos en ejercicio. Hacemos todo esto para asegurarnos de que esté recibiendo la mejor atención médica posible.

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

## Valoramos su opinión

Cada varios meses, Horizon NJ Health realiza una reunión comunitaria de asesoramiento de la salud con los miembros, los defensores comunitarios de la salud y los líderes de la comunidad para conversar sobre las maneras de mejorar los servicios a los miembros, la educación sobre la salud y las actividades de ayuda social para los miembros. Si desea participar con nosotros en esta reunión, envíe un correo electrónico al Departamento de Comercialización de Horizon NJ Health a **HNJHAnswers@horizonNJhealth.com**.

## Resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros

Cada año, se pregunta a los miembros de Horizon NJ Health sobre su satisfacción con el plan de salud y los proveedores. Esto recibe el nombre de Encuesta para la evaluación del consumidor sobre los sistemas y proveedores de atención médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS). Las respuestas a estas preguntas nos ayudan a mejorar los servicios que prestamos. Los resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros más reciente se encuentran disponibles en **horizonNJhealth.com**, o puede recibirlos por correo llamando a Servicios a los miembros.

## Cómo se le paga a su médico

Horizon NJ Health paga a los médicos de nuestra red de diferentes maneras. Su médico puede recibir un pago cada vez que lo atiende (pago por servicio) o puede recibir un honorario fijo cada mes por cada miembro independientemente de si el miembro realmente recibe o no los servicios (capitación). Su médico también puede cobrar un salario.

Estos métodos de pago pueden incluir acuerdos de recompensas financieras por los cuales se paga más a algunos médicos (bonificaciones) de acuerdo con diversos factores, como la satisfacción de los miembros, la calidad de la atención, el control de los costos y el uso de los servicios. Los incentivos financieros no promueven decisiones que tienen como resultado la prestación de menos servicios. Horizon NJ Health no recompensa a los proveedores por denegar coberturas.

## Toma de decisiones médicas

Las decisiones de la UM se toman en función de las necesidades médicas y los beneficios del miembro. Horizon NJ Health no les ofrece recompensas ni pagos a aquellos que toman decisiones de la UM. Horizon NJ Health no le ofrece recompensas ni pagos al personal que toma las decisiones de la UM por las denegaciones de cobertura o servicios que se necesitan para una buena salud. Horizon NJ Health no impide que los médicos analicen con sus pacientes todas las opciones de tratamiento, incluso si el/los servicio(s) no es/son un beneficio cubierto/beneficios cubiertos.



## Cuando tiene Medicaid y otro seguro médico

Si usted tiene cobertura a través de otro plan de seguros, incluido Medicare, además de Horizon NJ Health, su médico debe utilizar el otro plan de seguros para el pago antes de facturar a Horizon NJ Health por su atención. Para asegurarse de que el médico facture al plan correcto, cuando visite a su médico presente TODAS sus tarjetas de identificación de miembro de seguros. Para obtener más información, comuníquese con Servicios a los miembros, con su Administrador de atención médica o visite el sitio web de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de Nueva Jersey en [state.nj.us/humanservices/dmahs/home/Medicaid\\_TPL\\_Coverage\\_Guide.pdf](http://state.nj.us/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf)

Cuando utilice los beneficios que cubre el otro plan de seguros, respete los requisitos de ese plan. Esto incluye utilizar médicos de la red.

## Cuando tiene Medicare y NJ FamilyCare/Medicaid

Si el servicio es:	Acuda a este tipo de médico:
Un beneficio aprobado y cubierto por Medicare (por ejemplo: atención primaria, análisis de laboratorio, especialistas, servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, radiología)	Acuda a un médico de Medicare (no es necesario que esté dentro de la red de Horizon NJ Health).
Atención de pacientes hospitalizados	Acuda a un hospital de Medicare. De ser posible, acuda a un hospital que también se encuentre dentro de la red de Horizon NJ Health.
Atención de emergencia recibida en el departamento de emergencias de un hospital	Diríjase al hospital más cercano.
Un servicio médicamente necesario que no tenga la cobertura de Medicare, pero sí la de Horizon NJ Health (por ejemplo: servicios dentales, audífonos, servicios de asistencia de atención personal)	Acuda a un médico de la red de Horizon NJ Health.
Proporcionado por un proveedor que haya optado por quedar excluido de Medicare para los miembros de la Parte A y Parte B de Medicare y que no esté dentro de la red de Horizon NJ Health	Acuda a proveedores que participan en Medicare para evitar hacerse cargo de las facturas médicas.
Proporcionado para un miembro del plan de salud de Medicare Advantage por parte de un proveedor fuera de la red no aprobado y sin cobertura	Acuda a proveedores que están en la red de proveedores del plan de salud de Medicare Advantage para evitar hacerse cargo de las facturas médicas.
Un medicamento con receta médica cubierto por la Parte D de Medicare	Acuda a una farmacia participante de Medicare.
Para la atención en un centro de enfermería, incluidos entornos de rehabilitación a corto plazo para pacientes hospitalizados	Para obtener asesoramiento, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-792-8820 (TTY 711), con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) o con Servicios a los miembros de Horizon NJ Health al 1-844-444-4410 (TTY 711).



## Cuando tiene otro seguro y NJ FamilyCare/Medicaid

Si el servicio es:	Acuda a este tipo de médico:
Un beneficio aprobado y cubierto del otro seguro, incluidos medicamentos con receta médica y hospitalizaciones	Acuda a un médico de la red de ese seguro (no es necesario que esté dentro de la red de Horizon NJ Health).
Un servicio necesario desde el punto de vista médico que puede no tener la cobertura del otro seguro pero sí la de Horizon NJ Health (por ejemplo: servicios de asistencia de atención personal, servicios de planificación familiar)	Acuda a un médico de la red de Horizon NJ Health.
Proporcionado por un proveedor que no es parte de su red de proveedores de su otro seguro médico y no pertenece a la red de proveedores de Horizon NJ Health, y su otro seguro médico no lo autorizó	Acuda a proveedores que están en la red de proveedores de su otro seguro para evitar hacerse cargo de las facturas médicas.
Un medicamento con receta médica cubierto por su otro seguro médico	Acuda a una farmacia que participa en su otro seguro médico para recibir sus medicamentos con receta médica.
Un medicamento con receta médica que no está cubierto por su otro seguro médico, pero sí está cubierto por Horizon NJ Health	Acuda a un hospital que sea parte de la red de proveedores de su otro seguro médico. De ser posible, acuda a un hospital que también esté en la red de Horizon NJ Health.
Atención de emergencia recibida en el departamento de emergencias de un hospital	Diríjase al hospital más cercano.
Para la atención en un centro de enfermería	Acuda a un centro que sea parte de la red de proveedores de Horizon NJ Health y de su otro seguro médico.



El programa MLTSS de Horizon NJ Health ofrece servicios y apoyos a adultos y niños para ayudarlos a realizar actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer e ir al baño, y también actividades de apoyo, por ejemplo, preparar comidas, hacer las compras, limpiar y lavar ropa. La elegibilidad para estos servicios se basa en diversos datos, incluida la forma en que una persona puede realizar estas tareas de vida básicas. La Oficina de Opciones Comunitarias (Office of Community Choice Options, OCCO), División de Servicios para las Personas Mayores del estado de Nueva Jersey toma todas las decisiones de elegibilidad clínica finales.

Se asignará un Administrador de atención médica especializado a los miembros de Horizon NJ Health que sean elegibles para participar en el programa MLTSS. El Administrador de atención médica creará un plan de atención en función de sus necesidades de atención junto con usted y considerando las opiniones de su cuidador, y trabajando con su PCP. Una vez completado el plan de atención, el Administrador de atención médica coordinará con los proveedores de servicios. El Administrador de atención médica realizará un seguimiento con usted para asegurarse de que los servicios continúen cubriendo sus necesidades de atención.

Horizon NJ Health desea brindar un programa MLTSS de calidad para promover la independencia, la dignidad y la elección. Horizon NJ Health entiende que muchas personas desean estar en sus hogares a medida que envejecen o necesitan ayuda con las tareas de todos los días para poder estar solos; algunos no tienen los recursos para pagar de manera privada por esta ayuda y reciben gran parte de la ayuda de su familia, amigos y vecinos.

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

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

## **Ayuda de Servicios a los miembros (1-844-444-4410)**

Nuestro personal plurilingüe de Servicios a los miembros puede ayudarle a aprovechar al máximo su membresía en Horizon NJ Health. Puede llamarnos en cualquier momento al **1-844-444-4410 (TTY 711)**. Su Administrador de atención médica estará disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este (ET). En otros horarios, puede llamar y dejar un mensaje para su Administrador de atención médica, o hablar con el personal de administración de atención médica de guardia que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuando deje un mensaje, asegúrese de dar suficientes detalles para que podamos comprender el motivo de su llamada. Le devolveremos la llamada en el plazo de un día hábil.

## **Servicios de traducción e información audiovisual**

Los miembros de nuestro personal pueden hablar varios idiomas. Si habla otro idioma, nuestro representante del servicio de atención al cliente puede usar un servicio de línea de idiomas, el cual cuenta con más de 100 idiomas y dialectos.

También podemos coordinar para que un traductor hable por teléfono con usted y su médico para ayudarlo durante la consulta con dicho médico. Horizon NJ Health puede coordinar para que un intérprete de lenguaje de señas esté con usted en el consultorio del médico. Los traductores se asegurarán de que su médico sepa qué es lo que usted está diciendo y que usted sepa lo que el médico está diciendo. Con la ayuda del traductor, usted puede obtener las respuestas para todas sus preguntas.

# Programa Servicios y apoyo a largo plazo administrados *(continuación)*

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

Toda la información de Horizon NJ Health para los miembros está disponible en español. Llame a Servicios a los miembros si necesita información impresa en otro idioma. Servicios a los miembros también tiene materiales para las personas con discapacidades visuales y auditivas.

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

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

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

Para inscribirse en el programa MLTSS, comuníquese con la Agencia de asistencia social del condado local (Junta de servicios sociales) o la Agencia del área sobre el envejecimiento (Area Agency on Aging, AAA) de su condado, Conexión de recursos para envejecimiento y discapacidad (Aging and Disability Resource Connection, ADRC). La OCCO toma la decisión final con respecto a la inscripción en el programa MLTSS. Horizon NJ Health se encargará de la evaluación y la elegibilidad para el programa MLTSS en el caso de los miembros actuales de Horizon NJ Health.

## Continuación de la membresía

El programa MLTSS puede abordar las reglas del programa y sus necesidades y su salud y bienestar general.

Para ser un miembro de Horizon NJ Health, tiene que mantener su elegibilidad para NJ FamilyCare. Debe completar una solicitud de renovación al menos **UNA VEZ** al año. Llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** (TTY **1-800-701-0720**) para saber cuál es su fecha de renovación o para solicitar un formulario de renovación.

### Lo que debe saber:

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

### Lo que debe hacer:

- Abra y responda todos los correos que le envíen por parte de la CWA o de su agencia determinada de elegibilidad.



- Puede contactar al trabajador social de su CWA o llame a NJ FamilyCare al número **1-800-701-0710** (TTY **1-800-701-0720**). Si necesita la información de su CWA local, llame a la línea directa de atención administrada al **1-800-356-1561** (TTY **711**) o visite **[state.nj.us/humanservices/dfd/programs/njsnap/cbss/index.html](http://state.nj.us/humanservices/dfd/programs/njsnap/cbss/index.html)**.
- Pague sus primas a tiempo, en caso de tener alguna.

## Derechos y responsabilidades de los miembros del programa MLTSS

Usted merece la mejor atención médica. Como miembro de Horizon NJ Health, usted tiene un socio que le ayudará a recibir la atención que necesita. Horizon NJ Health lo tratará con respeto, y existen ciertos derechos que puede esperar de Horizon NJ Health. También hay responsabilidades que Horizon NJ Health espera que usted cumpla.

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

### Usted tiene los siguientes derechos:

1. Solicitar y recibir información sobre las opciones de servicios y proveedores disponibles para usted.
2. Tener acceso y poder elegir proveedores de servicios calificados.
3. Ser informado acerca de sus derechos antes de recibir los servicios elegidos y aprobados.
4. Recibir servicios independientemente de su raza, religión, color, credo, sexo, nacionalidad, creencias políticas, orientación sexual, estado civil o discapacidad.
5. Tener acceso a todos los servicios que sean los mejores para su salud y bienestar.
6. Tomar sus propias decisiones después de que le ayuden a comprender los riesgos y posibles efectos de las decisiones tomadas.
7. Tomar decisiones sobre sus propias necesidades de atención.
8. Ayudar a desarrollar y cambiar su plan de atención.
9. Solicitar cambios en los servicios en cualquier momento, incluido agregar, ampliar, reducir o interrumpirlos.
10. Solicitar a su Administrador de atención médica y recibir una lista de nombres y obligaciones de cualquier persona que sea asignada a brindarle servicios según el plan de atención.
11. Recibir apoyo e indicaciones de su Administrador de atención médica para resolver inquietudes sobre sus necesidades de atención y/o reclamos sobre los servicios o proveedores.
12. Ser informado acerca de una lista de derechos del residente, y recibir una copia por escrito, al ser admitido en un ámbito institucional o residencial comunitario.
13. Ser informado acerca de todos los servicios cubiertos/obligatorios a los que tenga derecho, exigidos y/u ofrecidos por el ámbito institucional o residencial, y acerca de cualquier cargo que no esté cubierto por Horizon NJ Health durante su estancia en el centro.
14. No ser dado de alta o ser trasladado de un centro, a menos que sea médicamente necesario; a proteger su bienestar y seguridad así como también el bienestar y la seguridad de otros residentes; o como consecuencia del incumplimiento, después de recibir un aviso razonable y correspondiente, a pagar al centro con los ingresos disponibles según lo declarado en el estado de cuenta de los ingresos disponibles para el pago de NJ FamilyCare.
15. Hacer que Horizon NJ Health defienda y promueva todos sus derechos que se detallan en este documento.
16. Hacer que se compartan todos sus derechos y responsabilidades que se detallan aquí con su representante autorizado o tutor legal designado por un tribunal.

# Programa Servicios y apoyo a largo plazo administrados *(continuación)*

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

1. Brindar al Administrador de atención médica toda la información sobre salud y relacionada con el tratamiento, que incluye, entre otros, medicamentos, circunstancias, vivienda y apoyo formal e informal, con el fin de identificar las necesidades de atención y desarrollar un plan de atención.
2. Comprender sus necesidades de atención médica y trabajar con su Administrador de atención médica para desarrollar o cambiar los objetivos y los servicios.
3. Trabajar con su Administrador de atención médica para desarrollar o revisar su plan de atención con el fin de facilitar la autorización y la prestación oportunas de los servicios.
4. Hacer preguntas cuando necesite más información.
5. Comprender los riesgos que conllevan las decisiones que tome sobre su atención.
6. Desarrollar con su Administrador de atención médica un plan alternativo de emergencia para recibir atención y servicios.
7. Informar al Administrador de atención médica cualquier cambio importante sobre su enfermedad, medicamentos, circunstancias, vivienda, apoyo informal y formal.
8. Notificar a su Administrador de atención médica si surge algún problema o si no está conforme con los servicios prestados.
9. Pagar su habitación y comida en un centro de enfermería o ámbito de servicios residenciales alternativos comunitarios (CARS), así como su participación en los costos a tiempo todos los meses (si corresponde).
10. Tratar con dignidad y respeto a los trabajadores que brindan servicios y a los proveedores de atención.
11. Conservar como constancia y para futuras consultas todos sus documentos de Horizon NJ Health, como su plan de atención, plan alternativo de emergencia, etc.
12. Cumplir las reglas de Horizon NJ Health y/o las reglas de los ámbitos institucionales o residenciales comunitarios.

## **Administración de atención médica del programa MLTSS**

Horizon NJ Health ofrece a cada miembro del programa MLTSS un Administrador de atención médica y un equipo de administración de atención médica. El Administrador de atención médica dirige el equipo. Su Administrador de atención médica es un profesional de atención médica, por lo general un enfermero o un trabajador social. El equipo de administración de atención médica incluye enfermeros, trabajadores sociales y un coordinador de apoyo clínico que lo ayudan con sus necesidades diarias.

El Administrador de atención médica del programa MLTSS lo visitará en su hogar y hablará con usted sobre sus necesidades. Juntos, desarrollarán su plan de atención. Su plan de atención se desarrolla en función de su estado de salud y sus necesidades de atención médica. Horizon NJ Health también obtendrá las opiniones de su familia, cuidadores y otras personas con las que usted considere que debemos hablar. El plan de atención detallará los servicios que usted recibirá de Horizon NJ Health y describirá los servicios que Horizon NJ Health programará para usted. Su plan de atención es importante. Muestra que todos hemos trabajado en forma conjunta para decidir de qué manera lo ayudaremos. El objetivo del plan de atención es ayudarlo a ponerse y mantenerse lo más saludable posible para mantener su independencia y permanecer en su comunidad.



Una vez que se desarrolle su plan de atención, el equipo de atención médica lo ayudará a recibir toda la atención y los servicios que usted necesita. El equipo de administración de atención médica trabajará con usted para programar las citas. Su Administrador de atención médica lo llamará periódicamente y también irá a su casa para evaluar sus necesidades y servicios, y para revisar y actualizar su plan de atención. Siempre tendrá el número de teléfono de su Administrador de atención médica. Si deja un mensaje para su Administrador de atención médica, dicho Administrador le devolverá la llamada el próximo día hábil. Si su Administrador de atención médica no está disponible, puede llamar para hablar con el coordinador de atención clínica para solicitar ayuda en cualquier momento. Si necesita ayuda después del horario de atención o los fines de semana, su llamada será transferida a alguien que pueda ayudarlo de inmediato. Por ejemplo, si necesita saber dónde acudir para recibir atención de urgencia, su llamada será transferida al personal de guardia. Si eso sucede, su Administrador de atención médica recibirá información sobre su llamada para asegurarse de que usted recibió lo que necesitaba.

Usted recibirá los servicios dentro de los 45 días calendario de su inscripción, excepto el cambio de residencia y vehículo. Su equipo de administración de atención médica ayudará a coordinar su atención, como visitas al médico, medicamentos con receta médica, atención de salud conductual, solicitar servicios y coordinar otros proveedores de salud. Para participar en su atención, puede compartir sus necesidades e inquietudes con su equipo de administración de atención médica para que pueda continuar viviendo de manera independiente en su comunidad.

Usted y su equipo de administración de atención médica revisarán su plan de atención cada 90 días calendario como mínimo si vive en la comunidad o en un centro de enfermería de atención especializada (Specialty Care Nursing Facility, SCNF) pediátrico. Usted y su equipo de administración de atención médica revisarán su plan de atención 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). El equipo de atención médica también puede revisar su plan de atención si su afección cambia. Los miembros de Horizon NJ Health deben consultar con los proveedores contratados dentro de la red para recibir los servicios cubiertos del programa MLTSS.

Horizon NJ Health se asegura de que sus Administradores de atención médica trabajen en un ambiente sin conflictos. Esto significa que los Administradores de atención médica no pueden trabajar de manera directa con miembros de la familia que sean familiares de sangre o cónyuges. Tampoco pueden ser cuidadores a los que se les pague de manera directa, o ser responsables financieramente o tener la facultad de tomar decisiones financieras o relacionadas con la salud en nombre de un miembro para el que sean designados.

Su Administrador de atención médica lo llamará para presentarse cuando usted se incorpore al programa. Usted tiene derecho a cambiar su Administrador de atención médica. Para poder hacerlo, debe informárselo a su Administrador de atención médica o llamar a Servicios a los miembros al **1-844-444-4410** (TTY **711**).

# Su plan de atención

El plan de atención se desarrolla en función de sus necesidades de atención evaluadas. Detalla qué servicios y apoyos se necesitan para ayudarlo. Su plan de atención es personalizado para usted.

El formulario del plan de atención y las herramientas y los métodos utilizados para respaldarlo y desarrollarlo ayudan a garantizar que la prestación de los servicios sea integral y rentable. El plan de atención es revisado con frecuencia y actualizado al menos una vez al año para garantizar que usted reciba los servicios que necesita.

El plan de atención será desarrollado con usted y/o su representante autorizado, en función de sus necesidades. El plan incluirá las necesidades que no se cubrieron, los objetivos personales, los factores de riesgo y los planes alternativos.

Usted y/o su representante autorizado firmarán y fecharán el plan de atención, y usted recibirá una copia dentro de los 45 días. 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.
- Entiendo que puedo apelar o solicitar una audiencia imparcial de Medicaid por la reducción o la denegación de servicios después de que reciba la carta de decisión de Horizon NJ Health de la apelación interna.

Si no está de acuerdo con ninguna de estas afirmaciones, se redactarán sus inquietudes en el plan antes de que lo firme. Usted debe revisar y aprobar mediante su firma cualquier cambio que se realice en su plan de atención.

Su Administrador de atención médica también explicará y en ocasiones le recordará 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.

## Dirección del participante y Programa de preferencias personales

El Programa de preferencias personales (Personal Preference Program, PPP) se diseñó con el objetivo de que usted tenga 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.

Los cuidadores o proveedores de servicios pasan a ser responsables ante usted. Para aquellos miembros que pueden y eligen dirigir su propia atención, pueden hacerlo según el PPP.

Los miembros que participen en la Dirección del participante de los servicios comunitarios y domiciliarios eligen desempeñarse como el empleador oficial de sus trabajadores o designar a un representante que se desempeñe como empleador oficial en su nombre.



Como el empleador oficial, usted y/o su representante son responsables de lo siguiente:

1. Seleccionar, contratar y despedir trabajadores
2. Establecer las obligaciones de los trabajadores y crear descripciones de los trabajos
3. Realizar los cronogramas de los trabajadores
4. Supervisar a los trabajadores
5. Evaluar el desempeño de los trabajadores y abordar cualquier falla o inquietud
6. Establecer el salario que se le pagará a cada trabajador dentro de los límites de los fondos del plan de atención
7. Capacitar a los trabajadores para que brinden una atención personalizada en función de las necesidades y preferencias que usted tenga
8. Garantizar que los trabajadores presten solo los servicios autorizados, y revisar y aprobar las horas de los trabajadores
9. Revisar y garantizar la documentación de los servicios prestados
10. Desarrollar e implementar según sea necesario un plan alternativo para abordar los casos en que un trabajador programado no esté disponible o no se presente a trabajar según lo programado

Usted o su tutor pueden designar a un representante para que asuma las responsabilidades de la dirección del participante en su nombre. El representante debe cumplir con lo siguiente:

1. Debe tener al menos 18 años de edad
2. Comprender sus necesidades de apoyo
3. Conocer su cronograma diario y rutina, estado médico y funcional, régimen de medicamentos, lo que le gusta y lo que no, y las fortalezas y debilidades
4. Acudir a su residencia con regularidad o al menos lo suficiente como para supervisar y evaluar a cada trabajador

Es posible que su representante no cobre por cumplir este rol y no pueda desempeñarse como su trabajador para ningún servicio dirigido por el participante.

Usted puede cambiar su representante en cualquier momento. Contáctese con el Administrador de atención médica designado y la

agencia del Programa dirigido por el participante de inmediato si desea cambiar de representante. Si está interesado en la Dirección de participación, su administrador de atención médica puede brindarle más información sobre el programa.

### Citas de atención médica

Informe a su equipo de administración de atención médica sobre sus citas médicas. Debe informar a su Administrador de atención médica sobre lo que sucedió en la cita. Incluya información sobre cualquier cambio en sus medicamentos o servicios. Si no está seguro de lo que sucedió, infórmeselo a su equipo de administración de atención médica. Su Administrador de atención médica lo ayudará a comprender lo que sucedió. Su Administrador de atención médica también lo ayudará a incluir la información nueva en su plan de atención.

### Facturas

No debe 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 niegue el pago. Si no pagamos la totalidad o parte de un servicio cubierto, el proveedor NO tiene permitido facturarle a usted por lo que no pagamos.

La única vez en la que debe recibir una factura de un médico es cuando:

- Ha sido tratado por un servicio no cubierto por Horizon NJ Health.
- Ha buscado la atención de un médico no participante sin una autorización de Horizon NJ Health.
- Ha recibido 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 directamente con el médico o proveedor.

### ***Si recibe una factura***

No la ignore; llame a Servicios a los miembros para recibir instrucciones y lo ayudaremos.



# Su plan de atención (continuación)

Si recibe una factura por cualquier servicio médico cubierto, llame a su Administrador de atención médica o a Servicios a los miembros para informar sobre la factura. Es posible que en Servicios a los miembros le soliciten que envíe la factura a:

**Horizon NJ Health**  
**Member/Provider Correspondence**  
**PO Box 24077**  
**Newark NJ, 07101-0406**

Es posible que los beneficios de Medicaid que se reciben después de los 55 años deban reembolsarse al estado de Nueva Jersey de los bienes del miembro. La recuperación puede incluir los pagos de primas realizados a nombre del beneficiario.

## 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, así como su frecuencia y duración, 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. Podremos pedirle a su PCP una orden o autorización. Esto se hace para garantizar que reciba la atención adecuada en el lugar adecuado cuando la necesite.

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. Posiblemente siempre pueda solicitar un servicio que considere que podría ayudarlo a cuidarse mejor.

Los miembros deben necesitar y recibir servicios MLTSS para poder permanecer en el programa, y deben cumplir con el resto de los requisitos que se detallan en la sección Elegibilidad, *¿Qué personas reúnen los requisitos para participar en el programa MLTSS?*, en la página 42.

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:

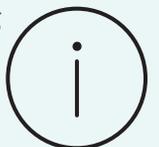
- Los servicios deben ser rentables y a la vez cubrir sus necesidades de atención.
- Los servicios están diseñados para complementar, no reemplazar, la asistencia que ya brinden los familiares, amigos y vecinos.
- Los servicios están destinados a los miembros del programa MLTSS, NO a otros miembros de 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 en sus beneficios, Horizon NJ Health o el estado de Nueva Jersey le notificarán las modificaciones en un plazo de 30 días.

## Términos importantes

### Asistente de atención personal:

Personal que asiste a los miembros con actividades de participación activa de la vida diaria (p. ej., bañarse, vestirse).





## ¿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 charla y con su consentimiento, podríamos cambiar 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, estar aprobados por el gobierno federal (si corresponde), y acreditados por Horizon NJ Health.

## Denuncia de abuso, negligencia o explotación

Usted tiene derecho a no ser explotado (cuando otra persona se beneficia de su desgracia), estafado ni maltratado. Los profesionales, incluidos los cuidadores, deben denunciar las sospechas de abuso, negligencia o explotación:

- De niños o adultos que residen en un ámbito comunitario.
- De personas mayores que vivan en residencias con servicios de enfermería u otros centros de atención de largo plazo.

Si usted considera que es sometido a abuso, negligencia o explotación, infórmelo de inmediato a su Administrador de atención médica y a las autoridades correspondientes que se detallan a continuación:

## Servicios de protección de adultos

El programa Servicios de protección de adultos (Adult Protective Services, APS) de Nueva Jersey tiene oficinas en los 21 condados. Se pueden realizar denuncias en las oficinas de APS de esos condados o al siguiente establecimiento:

Unidad pública de concientización, información, asistencia y ayuda social, línea directa gratuita las 24 horas: **1-800-792-8820 (TTY 711)**

## Servicios de protección infantil

La División de Protección al Niño y Permanencia (Division of Child Protection and Permanency, DCP) de Nueva Jersey administra todas las denuncias de abuso y negligencia infantiles, incluidos aquellos episodios que se producen en ámbitos institucionales, como centros de atención infantil, escuelas, hogares temporales y centros de tratamiento residenciales. Estos episodios se deben denunciar al Registro Central Estatal (State Central Registry, SCR).

Línea directa de maltrato infantil (SCR)

Línea directa gratuita las 24 horas:

**1-877-NJ-ABUSE (1-877-652-2873)**  
(TTY **1-800-835-5510**)

## Investigación y quejas en el centro

La New Jersey Office of the State Long-Term Care Ombudsman (Oficina del Defensor de Atención de Largo Plazo del Estado de Nueva Jersey) investiga las reclamaciones de maltrato y negligencia de personas de 60 años o más que viven en residencias con servicios de enfermería y otros centros de atención médica de largo plazo, como centros de vivienda asistida.

Línea directa gratuita las 24 horas:

**1-877-582-6995**

Correo electrónico: **ombudsman@ltco.nj.gov**

Escriba a: **The Office of the State Long-Term Care Ombudsman**  
**PO Box 852**  
**Trenton, NJ 08625-0852**

Fax: **1-609-943-3479**

# Su plan de atención *(continuación)*

La División de Evaluación y Permisos para los Centros Médicos de Nueva Jersey investiga todas las quejas contra centros de atención médica, residencias con servicios de enfermería, residencias de vivienda asistida, hogares de atención personal integral, centros de atención médica para adultos de día, y otros centros autorizados de atención a largo plazo y de enfermedades agudas.

Línea directa gratuita las 24 horas: **1-800-792-9770**

Escriba a: **New Jersey Department of Human Services  
Division of Health Facilities Evaluation and Licensing  
PO Box 367  
Trenton, NJ 08625-0367**

## Directiva anticipada

Es recomendable realizar una directiva anticipada. Una directiva anticipada es un documento legal en el que usted define las instrucciones de cómo desea que lo atiendan durante las últimas etapas de su vida. Algunas veces se denomina testamento en vida. Este documento puede ayudar a su familia y a los médicos a saber cómo tratarle en caso de que usted esté demasiado enfermo para decírselo.

Existen en Nueva Jersey tres tipos de directivas anticipadas:

- Directiva por poder: significa que usted puede designar a una persona (de 18 años o más) para que tome decisiones sobre su atención médica cuando usted ya no pueda hacerlo.
- Directiva de instrucción: manifiesta sus deseos/instrucciones de atención.
- Directiva combinada: designa a una persona y proporciona las instrucciones de atención.

Su directiva anticipada solo entra en vigencia si su médico lo evalúa y determina que usted no puede comprender su diagnóstico, las opciones de tratamiento o los posibles beneficios y daños de las opciones de tratamiento.

Puede encontrar más información sobre las directivas anticipadas y los formularios en [state.nj.us/health/advancedirective](http://state.nj.us/health/advancedirective).

## Directiva por poder (poder notarial permanente para la atención médica)

Una directiva por poder es un documento que usted utiliza para designar a una persona para que tome decisiones sobre atención médica en su nombre en caso de que usted no pueda tomarlas por sí solo. Este documento entra en vigencia ya sea que su incapacidad para tomar decisiones sobre atención médica sea temporal como consecuencia de un accidente o permanente como consecuencia de una enfermedad. La persona que usted designe se conoce como "representante de atención médica" y es responsable de tomar las mismas decisiones que usted tomaría en esas circunstancias. Si no puede determinar lo que usted desearía en una situación específica, deberá basar su decisión en lo que considere mejor para usted.

## Directiva de instrucción (testamento en vida)

Una directiva de instrucción es un documento que usted utiliza para informarles a su médico y a su familia sobre los tipos de situaciones en las que usted querría o no someterse a un tratamiento de soporte vital en caso de que no pueda tomar decisiones con respecto a su atención médica. También puede incluir una descripción de sus creencias, valores, y preferencias de atención general y tratamiento. Esta información orientará a su médico y a su familia cuando tengan que tomar decisiones sobre su atención médica en situaciones que no estén cubiertas de manera específica por su directiva anticipada.

## Planificar con anticipación para los casos de emergencia

La primera línea de defensa contra los efectos de un desastre es asegurarse de que esté preparado. Durante una emergencia de estado 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 Manejo de Emergencias (Office of Emergency Management, OEM) de Nueva Jersey tiene un sitio web para que se inscriban los 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>. Si necesita ayuda para registrarse, su Administrador de atención médica puede asistirlo.

## NJ 2-1-1

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

## Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)

La Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) trabaja con los gobiernos locales para prepararse para desastres y recuperarse de dichos sucesos. Esto incluye trabajar con el personal de servicios de emergencia durante los desastres y ayudar en la reconstrucción posterior. Nueva Jersey forma parte de la Región II de la FEMA. Para obtener más información, visite [fema.gov](http://fema.gov).

## Privacidad y confidencialidad

La política de Horizon NJ Health es proteger su confidencialidad y la de su familia. Para proteger esta confidencialidad:

- 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.

- El encargado de cumplimiento de Horizon NJ Health revisará todas las solicitudes de información 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 permitirá que solo los representantes legalmente autorizados de Horizon NJ Health inspeccionen y soliciten copias de su registro médico y otros registros de los servicios cubiertos que se le brindan a usted de acuerdo con el consentimiento escrito que se le habrá pedido que celebre y en el cual autoriza 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, incluidas 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

Es muy importante que usted asuma la responsabilidad personal de su atención médica y de los costos de su atención. Asegúrese de conocer lo más que pueda sobre los médicos que lo atienden y los tratamientos que proporcionan.

Cada año, se pierden mil millones de dólares a causa de fraudes, usos innecesarios y abusos en la atención médica. Lo que significa que se paga dinero por servicios que, quizás, nunca se han prestado. También podría significar que el servicio que se facturó no fue el que se prestó. El fraude, uso innecesario y abuso por parte de los médicos y los miembros ponen en peligro nuestro sistema de atención médica y pueden victimizar a los consumidores.

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

El fraude y el abuso ocurren cuando una persona intencionalmente brinda información falsa que permite que alguien reciba un beneficio al que no tiene derecho.

### Ejemplos de fraude, uso innecesario y abuso por parte de los médicos

- Falsificar o modificar las facturas o los recibos.
- Facturar servicios que no se prestaron.
- Dar un diagnóstico falso a un paciente para justificar pruebas, cirugías u otros procedimientos que no son de necesidad médica.
- Facturar el mismo servicio más de una vez.

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

- Mentir intencionalmente de manera que usted u otra persona reciban beneficios a los cuales ni usted ni la otra persona tienen derecho.
- Prestar o vender a otra persona su tarjeta de identificación de miembro de Horizon NJ Health o la información de la tarjeta.
- Falsificar o modificar recetas médicas.

Un uso indebido de su tarjeta de identificación de Horizon NJ Health puede hacer que usted pierda su elegibilidad para los servicios de atención médica. El fraude y el abuso son también delitos que pueden dar lugar al inicio de acciones legales y, posiblemente, encarcelamiento.

Si usted o alguien que usted conoce está al tanto de la existencia de fraude, uso innecesario y abuso en la atención médica, deben informarlo de inmediato a la Línea directa de fraude de Horizon NJ Health al **1-855-FRAUD20 (1-855-372-8320, TTY 711)** o a la División de Fraude de Medicaid de Nueva Jersey al **1-888-937-2835 (TTY 1-877-294-4356)**.

Al informarlo, sea específico respecto de quién cree que está cometiendo el fraude, comunique las fechas de servicio o artículos en cuestión, y describa lo más detalladamente posible por qué cree que puede haberse cometido fraude. De ser posible, incluya su nombre, número de teléfono y dirección para que podamos contactarlo en caso de que tengamos preguntas durante la investigación.

Toda la información que nos brinde será tratada con estricta confidencialidad y no se divulgará ninguna información médica sin autorización legal. Al informar presuntos fraudes de seguros, no es necesario que proporcione su información de contacto. Si usted decide proporcionar esta información, intentaremos mantenerla como confidencial dentro de lo que es legalmente posible.



## Recuperación de bienes

Esto es para recordarle que la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services, DMAHS) tiene la autoridad de presentar una reclamación y ejercer el derecho de retención de bienes del cliente de Medicaid que haya fallecido o excliente de Medicaid, 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 algún servicio por parte de una persona o una entidad que recibió un reembolso de la organización de atención administrada o del agente de transporte. 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 se le proporcionó anteriormente cuando solicitó 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](https://state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/The_NJ_Medicaid_Program_and_Estate_Recovery_What_You_Should_Know.pdf).

## Cambio de información

Es muy importante que la información que tengamos sobre usted sea correcta. De lo contrario, es posible que su Administrador de atención médica de Horizon NJ Health o el coordinador de atención clínica no puedan contactarse con usted. Si cambia su dirección o número de teléfono, deberá llamar a Servicios a los miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**, a su Administrador de atención médica o al coordinador de atención clínica.

También debe comunicarse con la Agencia de asistencia social del condado (CWA) para informarle sobre el cambio. De lo contrario, es

posible que no reciba notificaciones importantes con respecto a su cobertura de NJ FamilyCare y la renovación anual.

## Cancelación de su membresía

Los siguientes son motivos por los cuales se puede cancelar su inscripción en el programa MLTSS de Horizon NJ Health:

- Ya no está inscrito 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.
- Es encarcelado.
- Fue transferido 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 lo inscribió en alguno de ellos.
- Se niega a pagar su habitación y comida, o la obligación de pago del paciente.
- Ya no necesita los servicios que se ofrecen en el programa MLTSS.
- No ha recibido servicios o no puede ser contactado o localizado en la última dirección conocida.
- Se niega a recibir los servicios que se detallan en su plan de atención y se niega a retirarse de manera voluntaria.
- No cumple con las reglas que rigen la participación en el programa.

Si se da de baja a su inscripción en el programa, se le informará el motivo y acerca de cualquier derecho que pueda tener para apelar la cancelación de la inscripción. Si no está conforme con la determinación tomada por una agencia estatal de que no hay una causa justificada para la cancelación de la inscripción, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

# Su plan de atención *(continuación)*

## Puede elegir finalizar su membresía

Usted decide si desea ser miembro de Horizon NJ Health.

Los miembros de NJ FamilyCare pueden cancelar su membresía sin causa durante los primeros 90 días posteriores a la fecha de la inscripción o del aviso de inscripción (lo que sea posterior), y luego cada 12 meses durante el período de inscripción abierta. El Período de inscripción abierta del estado se extiende desde el **1.º de octubre** hasta el **15 de noviembre** de cada año.

Los miembros pueden abandonar Horizon NJ Health por una causa justificada en cualquier momento.

Como miembro del programa MLTSS de NJ FamilyCare, debe elegir otro plan de salud antes de que finalice su membresía. Una vez que solicite que se cancele la inscripción, su inscripción en el nuevo plan de salud que seleccione 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 renunciar voluntariamente al programa MLTSS, su Administrador de atención médica tendrá una reunión personal con usted para analizar sus opciones de atención. Se le entregará un Formulario de renuncia voluntaria que deberá firmar. Esta decisión de dejar el programa MTLSS no significa que ya no tendrá los beneficios de NJ FamilyCare. La OCCO trabajará con usted si la decisión de dejar 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 60 días, se le inscribirá nuevamente en Horizon NJ Health. Si vuelve a ser elegible en un plazo de más de 60 días, es posible que se lo inscriba en una MCO diferente si usted no selecciona Horizon NJ Health o si Horizon NJ Health no puede aceptar más miembros de su condado.

## Cuando abandona Horizon NJ Health:

- Será necesario que firme su solicitud de inscripción para su nuevo plan de salud a fin de permitirnos que le enviemos sus registros médicos.
- Una vez que finalice su inscripción, destruya su tarjeta de identificación de miembro 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 o sus beneficios.
- La finalización de su inscripción en Horizon NJ Health tardará entre 30 y 45 días a partir del momento en que solicita la baja. Horizon NJ Health o el estado continuarán proporcionando los servicios hasta la fecha de la baja.
- Si decide cancelar la inscripción en Horizon NJ Health voluntariamente, puede enumerar por escrito las razones por las cuales abandona su plan.
- Las inscripciones y las cancelaciones de la inscripción están siempre sujetas a la verificación y aprobación de 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 ocurra un cambio en el plan de tratamiento por parte del dentista que le trata. Esta autorización previa se respetará siempre que esté activa, o durante un período de seis meses, el plazo que sea mayor. Si la autorización previa ha vencido, se requerirá una nueva solicitud de autorización previa.



## Defensor del miembro de MLTSS

A Horizon NJ Health le interesa garantizar que los miembros del programa MLTSS cuenten con la información que necesitan para tomar decisiones informadas y que tengan a alguien con quien puedan hablar si surge algún problema o pregunta. Cada miembro del programa MLTSS tendrá su Administrador de atención médica, y también hay un defensor del miembro del programa MLTSS disponible para usted.

El defensor del miembro del programa MLTSS es responsable de lo siguiente:

- Participar en las reuniones del equipo interdisciplinario (Interdisciplinary Team, IDT) y revisar junto con el miembro, según sea necesario, el proceso del IDT.
- Interactuar con los miembros para ofrecerles apoyo, información y aclaraciones adicionales con respecto al programa MLTSS y a los servicios que están disponibles.
- Alentar a los miembros a que estén completamente informados sobre sus derechos y responsabilidades.
- Brindarles a los miembros la información necesaria para presentar reclamos y apelaciones, según se justifique.
- Ayudar a los miembros a navegar por el programa MLTSS de Horizon NJ Health.

Puede comunicarse con el defensor del miembro de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m., llamando al **1-844-444-4410** (TTY **711**).

## Opciones de residencia

El programa MLTSS ayuda a los miembros calificados a recibir atención en el ámbito más rentable, integrado y menos restrictivo que permita cubrir sus necesidades y que a la vez se sientan seguros y confiados con su vida, lo que incluye su salud y bienestar. Puede recibir los servicios en diversos ámbitos en función de sus deseos, el costo de los servicios y el ambiente más seguro.

Los miembros que cumplan con los requisitos del programa tienen derecho a elegir entre vivir en un centro de enfermería, o en un hogar y un ámbito comunitario. No puede ser trasladado de un centro de enfermería a la comunidad, a

menos que usted acepte ser trasladado. Si decide vivir en un hogar y en un ámbito comunitario, sus necesidades se deben cubrir de manera segura y rentable en la comunidad. Su Administrador de atención médica designado evaluará la rentabilidad del plan de atención si recibe servicios domiciliarios y comunitarios en su hogar. El costo de su plan de atención es limitado y no debe exceder la tarifa establecida por el estado.

## Obligación de pago del paciente

Es posible que los miembros que viven o son alojados en un centro de enfermería tengan que pagar una obligación de pago del paciente. La obligación de pago del paciente por el costo de la atención es la parte del costo 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.

Los miembros pagan 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 viven en un ámbito residencial comunitario (Community Residential Setting, CRS), también conocido como hogar de grupo para lesiones cerebrales traumáticas (Traumatic Brain Injury, TBI), acerca del monto que deberán pagar. Normalmente, este monto es igual al 75% de los ingresos del miembro.

Las personas que viven o son alojadas en una residencia de vivienda asistida deben pagar habitación y comida, y es posible que también deban pagar la obligación de pago del paciente. Estos pagos se realizan 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.



## Transición del centro de enfermería a la comunidad

Si usted vive en un centro de enfermería, es posible que pueda mudarse del centro a la comunidad. Su Administrador de atención médica designado trabajará con usted para evaluar la capacidad de trasladarlo del centro de enfermería de regreso al ámbito comunitario. Su Administrador de atención médica creará un plan de atención necesario para sus servicios previstos para que viva 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 determina que se puede trasladar de manera segura y rentable desde el centro de enfermería de regreso a la comunidad, es posible que pueda usar el beneficio de los servicios de transición a la comunidad. Este servicio ayuda en 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 se necesitan para que una persona establezca un hogar básico que no constituya habitación y comida y puede incluir, entre otros:

- Depósitos de garantía necesarios para poder alquilar un apartamento o una casa
- Mobiliario necesario para el hogar, incluidos muebles, elementos de la cocina, utensilios para la preparación de alimentos y artículos de blanco

Los servicios de transición a la comunidad NO incluyen artículos como los siguientes:

- Pago por habitación y comida
- Gastos mensuales de renta o hipoteca
- Gastos recurrentes como alimentos y cargos de servicios públicos regulares

Los servicios deben ser razonables y necesarios según se determine a través del proceso del plan de atención desarrollado por usted y su Administrador de atención médica. Los servicios también deben determinarse en función de la necesidad. No debe tener otra forma de obtener estos servicios por usted mismo o por ningún otro medio, incluidos los recursos comunitarios.

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

## I Choose Home NJ

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

- Han vivido en una residencia con servicios de enfermería o en un centro de desarrollo durante al menos 90 días.
- Están interesados en formar parte de la comunidad nuevamente.
- Son elegibles para Medicaid al menos un día antes de dejar el 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](http://ichoosehome.nj.gov) o hable con su Administrador de atención médica.



Horizon NJ Health cuenta con un procedimiento de reclamos para resolver desacuerdos entre miembros, proveedores y/o Horizon NJ Health respecto del funcionamiento de Horizon NJ Health o cualquier causa de disconformidad del miembro. Los asuntos relacionados con la atención de emergencia se abordarán de inmediato. Los asuntos relacionados con la atención de urgencia se abordarán en un plazo de 48 horas en su idioma materno. Horizon NJ Health no discriminará a un miembro ni tratará de cancelar su inscripción por presentar un reclamo o una apelación.

## Procedimiento de reclamos

Un reclamo realizado por teléfono o por escrito generalmente puede resolverse comunicándose con Servicios a los miembros.

Si tiene un reclamo, llame al **1-844-444-4410** (TTY **711**) para hablar sobre ello con uno de nuestros representantes de Servicios a los miembros. Si desea, puede enviar un reclamo por escrito a:

**Horizon NJ Health**  
**Attn: Member Grievances**  
**1700 American Blvd.**  
**Pennington, NJ 08534**

Se puede presentar un reclamo dental llamando al **1-855-878-5371** (TTY **1-800-508-6975**). El equipo de Operaciones dentales se ocupará de todos los reclamos dentales y le enviará una carta con el resultado.

## Al recibir su llamado o carta, ocurrirá lo siguiente:

1. Un representante de Servicios a los miembros estará disponible para analizar y resolver su reclamo. Si usted presenta un reclamo por correo, un representante de Servicios a los miembros intentará comunicarse con usted por teléfono en un plazo de 24 horas a partir de la recepción del reclamo para analizarlo y resolverlo. El representante documentará en formato electrónico toda la información que analice con usted.
2. Si no está satisfecho con la resolución que le brindó el representante de Servicios a los miembros, comuníquese al representante y el reclamo se enviará al coordinador de reclamos de Horizon NJ Health para que se continúe investigando.
3. El coordinador de reclamos investigará el reclamo, y usted recibirá una notificación por escrito sobre el resultado en el plazo de 30 días a partir de la recepción del reclamo.

# Procedimientos de reclamos y apelaciones

## Proceso de apelación a la Administración de la utilización:

Denegación del servicio/limitación/reducción/finalización por necesidad médica

Usted y su proveedor deben recibir una carta de notificación en el plazo de dos días hábiles a partir de la decisión de Horizon NJ Health de denegar, reducir o finalizar un servicio o beneficio. Si no está de acuerdo con la decisión de Horizon NJ Health, usted (o su proveedor, con su permiso por escrito) pueden cuestionarla al solicitar una apelación. Consulte el resumen a continuación para conocer los plazos para solicitar una apelación.

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



## Determinación adversa inicial

Si Horizon NJ Health decide denegarle su solicitud inicial para un servicio, o bien reducir o interrumpir un servicio continuo que ha estado recibiendo durante un tiempo, esta decisión también se conoce como *determinación adversa*. Les avisaremos a usted y a su proveedor sobre esta decisión lo antes posible, por lo general por teléfono. Recibirá una carta por escrito explicando nuestra decisión en el plazo de dos días hábiles.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, usted o su proveedor (con su permiso por escrito) pueden cuestionarla al solicitar una *apelación*. Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación ya sea de manera verbal (por teléfono) o por escrito. Para solicitar una apelación de manera verbal, puede llamar a Horizon NJ Health al **1-844-444-4410** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Recuerde que si su apelación se solicita de manera verbal, deberá realizar un seguimiento al enviar lo antes posible una carta firmada por escrito que confirme su solicitud de apelación. Las solicitudes de apelación por escrito se deben enviar por correo a la siguiente dirección:

### Horizon Medical Appeals

PO Box 10194

Newark, NJ 07101

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

## Apelación interna

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

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

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

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

En estos casos, use el proceso de audiencia imparcial de Medicaid que se explica en la página 61. Tenga en cuenta que estos tipos de apelaciones no pueden continuar en el proceso de apelaciones externas de la IURO.

# Procedimientos de reclamos y apelaciones (continuación)

## Apelaciones aceleradas (rápidas)

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

## Apelaciones internas dentales

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

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

**Y**

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

**Si llama primero, debe dar seguimiento a su solicitud telefónica al escribir a SKYGEN USA Dental a la dirección detallada en el punto 2 mencionado anteriormente.**

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

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

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

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

## Apelación (de la IURO) externa

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

**New Jersey Department of Banking and Insurance  
Consumer Protection Services  
Office of Managed Care  
PO Box 329 Trenton  
NJ 08625-0329**

También puede enviar por fax el formulario completado al **1-609-633-0807** o enviarlo por **correo electrónico** a [ihcap@dobi.nj.gov](mailto:ihcap@dobi.nj.gov).

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

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



También puede solicitar una apelación (de la IURO) externa, rápida o acelerada, al igual que con las apelaciones internas. Para solicitar una apelación acelerada, usted o su proveedor deben enviar una copia completa del formulario de *Solicitud de apelación externa* por fax al Departamento de Banca y Seguros al **1-609-633-0807** y solicitar una apelación acelerada en el formulario en la **sección V, Resumen de apelación**. En el caso de una apelación (de la IURO) externa acelerada, la IURO debe tomar una decisión sobre su apelación en el *plazo de 48 horas*.

Si tiene preguntas sobre su proceso de apelación (de la IURO) externa, o si desea solicitar asistencia para su solicitud, también puede llamar al Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey al número gratuito **1-888-393-1062** (seleccione la **opción 3**).

**Nota:** Hay algunos servicios que la IURO no revisará. Si la carta que recibe sobre el resultado de su apelación no incluye información sobre su opción de solicitar una revisión (de la IURO) externa, probablemente ese sea el motivo. Sin embargo, si tiene preguntas sobre sus opciones, puede llamar a Servicios a los miembros al **1-844-444-4410 (TTY 711)**.

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

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

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado de Medicaid sin solicitar una apelación (de la IURO) externa.

## Audiencia imparcial del estado de Medicaid

Tiene la opción de solicitar una audiencia imparcial del estado de Medicaid después de que haya finalizado su apelación interna (y Horizon N Health haya tomado una decisión). El personal de la Oficina de Ley Administrativa de Nueva Jersey administra las audiencias imparciales del estado de Medicaid. Tiene hasta **120 días calendario** a partir de la fecha en su **carta de resultado de apelación interna** para solicitar una audiencia imparcial del estado de Medicaid. Puede solicitar una audiencia imparcial del estado de Medicaid escribiendo a la siguiente dirección:

**Fair Hearing Section  
Division of Medical Assistance and Health Services**

**Fair Hearing Section  
PO Box 712**

**Trenton, NJ 08625-0712**

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

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



## Continuación de los beneficios

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

- La apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un curso de tratamiento autorizado previamente.
- Un proveedor autorizado solicitó los servicios.
- Usted (o su proveedor, que actúa en su nombre con su consentimiento por escrito) presenta la apelación en el plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta de determinación adversa inicial o, a más tardar, en el último día de la autorización original, **lo que ocurra después**.

Sus servicios se *interrumpirán* automáticamente durante una audiencia imparcial del estado de Medicaid. Si desea que sus servicios continúen durante una audiencia imparcial del estado de Medicaid, debe solicitarla **por escrito** cuando solicite una audiencia imparcial y debe solicitarla en los siguientes plazos:

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

**Nota: Si solicita que sus servicios continúen durante una audiencia imparcial del estado de Medicaid y la decisión final no es en su favor, es posible que se le solicite pagar el costo por la continuación de sus servicios.**

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación, puede comunicarse con Servicios a los miembros de Horizon NJ Health al **1-844-444-4410** (TTY **711**).



Horizon NJ Health tiene la responsabilidad de convocar reuniones del equipo interdisciplinario (IDT) cuando su plan de atención cambie, o cuando usted solicite un cambio en su plan de atención, y se presente una de las siguientes situaciones:

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

En los casos en que se aplique una de las situaciones mencionadas anteriormente, su Administrador de atención médica del programa MLTSS coordinará una reunión del IDT vía conferencia/llamada telefónica para analizar su atención. Su Administrador de atención médica explicará el proceso de IDT y qué puede esperar. Su Administrador de atención médica explicará quiénes serán los participantes, qué se analizará sobre sus necesidades de atención y el límite de costo anual, y también se asegurará de que usted conozca sus derechos para reclamar y apelar.

El IDT está compuesto por su Administrador de atención médica, el supervisor del Administrador de atención médica, un director médico de Horizon NJ Health, un defensor del miembro del programa MLTSS, un representante de la División de Servicios para las Personas Mayores, Oficina de Opciones Comunitarias (OCCO), usted o un familiar o un representante personal autorizado, y el administrador de salud conductual de Horizon NJ Health (si se reciben servicios de salud conductual). Usted tiene derecho a solicitar una reunión del IDT si cree que es necesario y puede invitar a cualquier persona a participar en su IDT, incluido su PCP. A menudo, su Administrador de atención médica y, posiblemente, el defensor del miembro estarán con usted en su hogar para la reunión del IDT, pero todos los demás participantes se comunicarán por teléfono.

Durante la reunión del IDT, se analizarán las limitaciones de rentabilidad del programa, así como también las diferentes opciones disponibles en cuanto a servicios y ámbitos, como ámbitos de centros de enfermería y servicios prestados en ámbitos domiciliarios y comunitarios. Durante la reunión, se le informará la decisión verbalmente. Usted o sus representantes pueden hacer preguntas en cualquier momento durante la reunión del IDT.

Si, al finalizar la reunión del IDT, usted no está satisfecho con el resultado, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid. El Departamento de MLTSS le enviará una carta con el resultado del IDT. La carta con el resultado del IDT incluirá sus derechos de una Audiencia imparcial de Medicaid y el formulario de solicitud.

# Aviso de privacidad

## Aviso de prácticas de privacidad

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

Este Aviso ha estado en vigencia desde el 23 de septiembre de 2013.

La última fecha de revisión fue el 24 de mayo de 2020.

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

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

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

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

## Recopilación y protección

### Qué información privada recopilamos

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

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

## Cómo protegemos la información privada

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

## Sus derechos

### Cuando se trata de su información privada, tiene ciertos derechos

A fin de ejercer estos derechos, llame a Servicios a los miembros al número de teléfono que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de miembro. Usted tiene los siguientes derechos:

- **Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos**  
Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos, y otra información privada que tenemos en nuestro poder. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos, generalmente en el plazo de 30 días después de la solicitud. Es posible que cobremos un cargo razonable en función del costo.
- **Solicitamos corregir los registros médicos y de reclamaciones**  
Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Es posible que respondamos "no" a su solicitud, pero le explicaremos la razón por escrito en el plazo de 60 días y le informaremos sobre su derecho a presentar una declaración de impugnación.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales**  
Puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su hogar o de la oficina) o que le enviemos un correo electrónico a una dirección diferente. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables y debemos responder "sí" en el caso de que nos informe que usted estaría en peligro si no lo hacemos. Podríamos considerar una solicitud verbal, pero debe ir acompañada de una solicitud por escrito.
- **Solicitamos limitar lo que utilizamos o compartimos**  
Puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información privada sobre tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y es posible que respondamos "no" si pudiera afectar su atención.
- **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información privada**  
Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información privada durante los seis años previos a la fecha de solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas acerca de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como divulgaciones a usted o autorizadas por usted). Le proporcionaremos un informe gratuito por año, pero le cobraremos un cargo razonable en función del costo si nos solicita otro en el plazo de 12 meses.

- **Obtener una copia de este Aviso**

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

- **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

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

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

Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos llamando al número de teléfono de Servicios a los miembros que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de miembro. No será víctima de represalias por presentar una queja.

o Puede presentar una queja ante nuestra Oficina de Privacidad al enviar una carta a la siguiente dirección:

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

o Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al enviar una carta a la siguiente dirección:

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

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

También puede visitar

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)**

### Sus elecciones

Para cierta información privada, puede hacernos saber sus elecciones acerca de qué compartimos

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

- **En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de indicarnos lo siguiente:**

o Compartir información con el miembro, su familia, amigos cercanos u otras personas que estén involucradas en el pago de su atención.

o Compartir información en una situación de asistencia en desastres.

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

- **En estos casos no podremos compartir nunca su información privada, a menos que usted nos proporcione un permiso por escrito:**

o Fines de comercialización

o Venta de su información privada

o Notas de psicoterapia

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

### ¿Cómo utilizamos o compartimos habitualmente su información privada?

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

- **Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe**

Podemos utilizar su información privada y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

**Ejemplo:** Un médico nos envía información privada acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

- **Manejar nuestra organización**

Podemos utilizar y divulgar su información privada para manejar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.

Utilizamos la información privada para administración de casos y coordinación de atención, revisión de utilización, evaluación y mejora de la calidad, acreditación de los proveedores de la red, investigación basada en la población para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, y comunicaciones con proveedores y miembros para proporcionarles información acerca de alternativas de tratamientos.

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

# Aviso de privacidad (continuación)

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

## • Administrar su plan

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

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

## • Operaciones de tratamiento, pago y atención médica

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

## • Divulgaciones a personas que participan en la atención o el pago

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

## • Motivos adicionales para la divulgación

Es posible que también utilicemos o divulguemos información privada:

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

- o Para entablar comunicaciones de comercialización en persona.
- o Para distribuir obsequios promocionales de valor nominal.

## Otras formas en las que utilizamos o compartimos su información privada

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

### • Ayudar con la salud pública y problemas de seguridad

Podemos compartir información privada acerca de usted para determinadas situaciones, como las siguientes:

- o Prevención de enfermedades
- o Ayuda con retiros de productos
- o Informes de reacciones adversas a medicamentos
- o Informes de casos de posible abuso, negligencia o violencia doméstica
- o Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

### • Investigación

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

### • Cumplir con la ley

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

### • Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un examinador médico o director de funeraria

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

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

### • Tratar la compensación de los trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno

Podemos utilizar o compartir información privada acerca de usted:

- o Para reclamaciones de compensación de los trabajadores
- o Para el cumplimiento de la ley o con un funcionario de cumplimiento de la ley
- o Con organismos de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley
- o Para funciones especiales del gobierno, como militares, de seguridad nacional y de servicios de protección presidencial

- **Responder ante demandas y acciones legales**

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

- **Para que la utilicen socios comerciales**

Podemos compartir información privada acerca de usted con nuestros socios comerciales (Business Associates, BA) que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información privada es necesaria para tales funciones o servicios.

Nuestros BA tienen la obligación legal y contractual de proteger la privacidad de su información, y solo se les permite utilizar y divulgar dicha información según se establece en nuestro contrato y conforme a lo autorizado por la ley federal.

- **Otros usos**

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

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

Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información privada.
- Le informaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información privada.
- Debemos seguir las responsabilidades y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y brindarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información privada para otros fines que no sean los descritos aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos. Si usted nos indica que

podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. En dicho caso, infórmenos por escrito.

Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

#### Cambios de los términos de este Aviso

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

Este Aviso ha estado en vigencia desde el 23 de septiembre de 2013.

La última fecha de revisión fue el 24 de mayo de 2020.

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

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

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

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

Horizon Healthcare Dental, Inc.

Horizon Casualty Services, Inc.<sup>1</sup>

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

<sup>1</sup>Esta compañía afiliada no es una entidad cubierta sujeta a las reglas federales de privacidad.

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

English: For help in English, please call **1-855-477-AZUL (2985)**.

Chino (中文): 如需中文協助, 請致電 **1-800-355-BLUE (2583)**.

Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey.

© 2020 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105.

Privacy Office, Three Penn Plaza East, PP-16F Newark, NJ 07105-2200.

# Aviso de no discriminación

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

## Comunicarse con Servicios a los miembros

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

## Presentar un reclamo de la Sección 1557

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

**Horizon NJ Health  
Civil Rights Coordinator  
PO Box 10194  
Newark, NJ 07101**

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles de Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; por correo a **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201** or by phone at **1-800-368-1019** or **1-800-537-7697 (TDD)**. Los formularios para quejas de la Oficina de Derechos Civiles están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Asistencia con el idioma

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-844-498-9393 (TTY 711)**。

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

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

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

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરી **1-844-498-9393 (TTY 711)**.

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

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-844-498-9393 (TTY 711)**.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-844-498-9393** (رقم هاتف الصم والبكم 711).

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

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

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

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

**1-844-498-9393 (TTY 711)** पर कॉल करें।

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

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le

**1-844-498-9393 (ATS 711)**.

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

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



1700 American Blvd.  
Pennington, NJ 08534  
**1-800-682-9090 (TTY 711)**  
[horizonNJhealth.com](http://horizonNJhealth.com)



Los productos son proporcionados por Horizon NJ Health. Las comunicaciones son emitidas por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey en calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías. Ambas son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey.

© 2020 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105.  
086-19-151

ECN0072S (0620)