

---

## Servicios cubiertos

---

Los cuadros en las páginas siguientes muestran qué servicios cubre NJ FamilyCare y pago por servicios (FFS) y qué servicios cubre el Plan. Si se encuentra en NJ FamilyCare C o D, es posible que deba abonar un copago en la consulta. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. Es posible que su proveedor deba solicitarnos una aprobación previa antes de que usted pueda recibir algunos servicios.

Los miembros deberán mostrar su identificación de miembro de Aetna Better Health of New Jersey y su tarjeta de Medicaid para recibir los servicios que figuran como FFS. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura o sobre cómo recibir servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-232-3596 (TTY: 711)**.

Puede recibir estos servicios a través del proveedor que usted elija dentro de nuestra red. Aetna Better Health of New Jersey o su PCP lo pueden ayudar a encontrar un proveedor si necesita obtener servicios.

	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Abortos</b>	<b>Con cobertura de FFS (pago por servicio)</b> Abortos y servicios relacionados, incluidos (entre otros) el procedimiento quirúrgico, la anestesia, el historial y examen físico, y los análisis de laboratorio.			
<b>Acupuntura</b>	<b>Con cobertura</b>			

	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Servicios para personas con autismo</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Solo están cubiertos para los miembros menores de 21 años con trastorno del espectro autista. Los servicios cubiertos incluyen tratamiento de análisis conductual aplicado (ABA), servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa, servicios de integración sensorial (SI), servicios de salud asociados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) y servicios basados en el desarrollo de las relaciones, incluidos, entre otros, DIR, DIR Floortime y la terapia de enfoque Greenspan.</p>			
<b>Sangre y derivados de la sangre</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>La sangre total y sus derivados, así como los costos necesarios para el procesamiento y la administración, están cubiertos. La cobertura es ilimitada (no hay límite para el volumen ni la cantidad de derivados de la sangre).</p> <p>La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre.</p>			
<b>Medición de la masa ósea</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubre una medición cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario), así como la interpretación de los resultados realizada por un médico.</p>			
<b>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Todas las personas de 20 años o más tienen una prueba de detección de enfermedades cardiovasculares anual cubierta. Cuando se determine que es médicamente necesario, se cubrirán pruebas con más frecuencia.</p>			
<b>Servicios de quiropráctica</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Cubre la manipulación de la columna.</p>			
<b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubre cualquier gasto en el que se incurra al realizar pruebas de detección de cáncer colorrectal en intervalos regulares para los beneficiarios de 45 años o más y para aquellos de cualquier edad que sean considerados personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enema de bario: con cobertura</b> Está cubierto una vez cada 48 meses cuando se utiliza esta prueba en lugar de una colonoscopia o sigmoidoscopia flexible.</li> <li>• <b>Colonoscopia: con cobertura</b> Está cubierta una vez cada 120 meses o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible como prueba de detección.</li> </ul>			

TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE					
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D	
<b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b> (Continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Análisis de sangre oculta en la materia fecal: con cobertura</b> Se cubren una vez cada 12 meses.</li> <li>• <b>Sigmoidoscopia flexible: con cobertura</b> Se cubre una vez cada 48 meses.</li> </ul>				
<b>Servicios dentales</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubren servicios de diagnóstico, preventivos, restaurativos, de endodoncia, periodontales, protésicos y de cirugía bucal y maxilofacial, al igual que otros servicios generales complementarios. Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica. Se permiten los servicios de ortodoncia para niños. Dichos servicios están restringidos por edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión que produce una discapacidad o de necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: evaluaciones (exámenes) bucales, radiografías y otras imágenes de diagnóstico, limpieza dental (profilaxis), tratamientos tópicos con flúor, empastes, coronas, tratamiento de conducto, raspado y pulido radicular, dentaduras completas y parciales, procedimientos quirúrgicos bucales (incluyen extracciones), sedación/anestesia intravenosa (cuando sea médicamente necesaria para procedimientos quirúrgicos bucales).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y las radiografías necesarias están cubiertos dos veces por año rotativo.</p>		<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubren servicios de diagnóstico, preventivos, restaurativos, de endodoncia, periodontales, protésicos y de cirugía bucal y maxilofacial, al igual que otros servicios generales complementarios. Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica. Se permiten los servicios de ortodoncia para niños. Dichos servicios están restringidos por edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión que produce una discapacidad o de necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos de los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: evaluaciones bucales (exámenes), radiografías y otras imágenes de diagnóstico, limpieza dental (profilaxis), tratamientos tópicos con flúor, empastes, coronas; tratamientos de conducto, raspados y pulidos radiculares, dentaduras postizas parciales</p>		

TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE				
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Servicios dentales</b> (Continuación)	<p>Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para los miembros con necesidades de atención médica especiales.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Los menores deben tener su primer examen dental cuando tienen un año o cuando les sale el primer diente, lo que ocurra primero. El programa NJ Smiles autoriza a proveedores no dentales a realizar pruebas de detección bucales, evaluaciones del riesgo de caries, aplicaciones con barniz de flúor y brindar orientación anticipada a menores hasta la edad de tres (3) años.</p>		<p>y completas, procedimientos quirúrgicos bucales (incluyen extracciones), anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesario para procedimientos quirúrgicos bucales).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y las radiografías necesarias están cubiertos dos veces por año rotativo.</p> <p>Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para los miembros con necesidades de atención médica especiales.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Los menores deben tener su primer examen dental cuando tienen un año o cuando les sale el primer diente, lo que ocurra primero. El programa NJ Smiles autoriza a proveedores no dentales a realizar pruebas de detección bucales, evaluaciones del riesgo de caries, aplicaciones con barniz de flúor y brindar orientación anticipada a menores hasta la edad de tres (3) años.</p>	

	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Servicios dentales</b> (Continuación)			<b>Los miembros de NJ FamilyCare C and D tienen un copago de \$5 por consulta dental (salvo para servicios preventivos y de diagnóstico).</b>	
<b>Pruebas de detección de diabetes</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubren las pruebas de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>			
<b>Suministros para la diabetes</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Están cubiertos los glucómetros, las tiras reactivas, la insulina, las lancetas, las jeringas, las bombas de insulina, los dispositivos de infusión de insulina y fármacos orales para controlar la glucosa. Están cubiertos el calzado terapéutico o las plantillas para aquellas personas con pie diabético. El calzado o las plantillas deben estar indicados por un podiatra (u otro médico calificado) y deben ser proporcionados por un podiatra, ortesista, protesista o pedortista.</p>			
<b>Pruebas y control de la diabetes</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubren exámenes de la vista anuales para la retinopatía diabética, así como exámenes de los pies cada seis meses para los miembros con neuropatía periférica y pérdida de la sensibilidad protectora.</p>			
<b>Radiología diagnóstica y terapéutica, y servicios de laboratorio</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubren, entre otros, tomografías computadas (CT), resonancias magnéticas (IRM), electrocardiogramas y radiografías.</p>			
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	<p><b>Con cobertura</b></p>			

TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE				
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Atención de emergencia</b>	<b>Con cobertura</b> Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias.		<b>Con cobertura</b> Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias.  <b>Copago de \$10</b>	<b>Con cobertura</b> Se cubren servicios médicos y del departamento de emergencias.  <b>Copago de \$35</b>
<b>EPSDT (detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos)</b>	<b>Con cobertura</b> La cobertura incluye, entre otros: cuidado para el bienestar infantil; exámenes de detección preventivos; exámenes médicos; exámenes y servicios dentales, de la vista y auditivos (así como cualquier tratamiento que se identifique como necesario a partir de un examen o una prueba de detección); inmunizaciones (incluido el calendario de inmunización infantil completo); pruebas de detección de plomo y servicios de atención de enfermería privada.	<b>Con cobertura</b> Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura incluye pruebas de detección tempranas y periódicas, exámenes médicos de diagnóstico y servicios dentales, de la vista, auditivos y de detección de plomo.  <b><i>La cobertura de los servicios de tratamiento identificados como necesarios a través de un examen se limita a los servicios disponibles en el paquete de beneficios del plan o a los servicios especificados en el programa de FFS.</i></b>		

	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>EPSDT (detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos)</b> (Continuación)	La atención de enfermería privada está cubierta para beneficiarios EPSDT elegibles menores de 21 años de edad que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.			
<b>Servicios y suministros de planificación familiar</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>El plan reembolsará los servicios de planificación familiar proporcionados por los proveedores no participantes de la red según la lista de honorarios de Medicaid.</p> <p>El beneficio de la planificación familiar ofrece cobertura de los servicios y suministros para prevenir o demorar el embarazo, y puede incluir lo siguiente: educación y asesoramiento sobre el método anticonceptivo deseado o utilizado actualmente por la persona, o una consulta médica para cambiar el método anticonceptivo. También incluye, entre otros, lo siguiente: esterilizaciones, definidas como cualquier procedimiento médico, tratamientos u operaciones a los fines de hacer que una persona no pueda reproducirse de manera permanente.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen la historia clínica y exámenes físicos (incluidos los de la pelvis y del pecho), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos (incluidos los kits de pruebas de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención y asesoramiento genético.</p> <p><b>Excepciones: los servicios relacionados principalmente con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad no están cubiertos (ya sea que los brinde un proveedor dentro de la red o fuera de la red).</b></p>			
<b>Centros de salud con calificación federal (FQHC)</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se incluyen los servicios de atención para pacientes externos y de atención primaria de parte de organizaciones comunitarias.</p>			

	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Servicios auditivos/ Audiología</b>	<p><b>Con cobertura</b> Se cubren los exámenes de audición de rutina, exámenes de audición de diagnóstico y pruebas de equilibrio, exámenes otológicos y para audífonos antes de recetar audífonos, pruebas para ajustar audífonos, exámenes y ajustes de seguimiento, y reparaciones pasada la fecha de garantía. Los audífonos, así como los accesorios y suministros relacionados, están cubiertos.</p>			
<b>Servicios de agencias de atención médica a domicilio</b>	<p><b>Con cobertura</b> Cubre servicios de enfermería y tratamiento proporcionados por un enfermero certificado, un enfermero auxiliar diplomado o un auxiliar de atención médica a domicilio.</p>			
<b>Servicios de atención de hospicio</b>	<p><b>Con cobertura</b> Se cubren los medicamentos para el alivio del dolor y el control de los síntomas, los servicios médicos, de enfermería y sociales, y determinados equipos médicos duraderos y otros servicios, incluido el asesoramiento espiritual y para el duelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubren tanto en la comunidad como en los entornos institucionales.</li> <li>• Se incluye habitación y comida solo cuando los servicios se brindan en entornos institucionales (no residenciales). La atención de hospicio para inscritos menores de 21 años cubrirá la atención paliativa y curativa.</li> </ul> <p><b>NOTA: Cualquier atención que no se relacione con la afección terminal del inscrito se cubre en la misma medida en que se cubriría en otras circunstancias.</b></p>			
<b>Inmunizaciones</b>	<p><b>Con cobertura</b> Se cubren las vacunas contra la gripe, contra la hepatitis B, contra el neumococo y otras vacunas recomendadas para adultos. El calendario de vacunación infantil completo está cubierto como parte de los servicios de EPSDT.</p>			
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	<p><b>Con cobertura</b> Se cubre la estadía en hospitales de acceso crítico; centros de rehabilitación para pacientes internados; atención de salud mental para pacientes internados; alojamiento en una habitación semiprivada; servicios de médicos y cirujanos; anestesia; laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico; drogas y medicamentos; servicios terapéuticos; enfermería general; y otros servicios y suministros que suele brindar el hospital.</p>			



	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b> (Continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cuidados agudos: con cobertura</b> Se incluye habitación y comida; enfermería y otros servicios relacionados; uso de las instalaciones del hospital/hospitales de cuidados agudos; drogas y productos biológicos; suministros, dispositivos y equipos; determinados servicios diagnósticos y terapéuticos; servicios médicos o quirúrgicos brindados por determinados practicantes o residentes en formación, y servicios de transporte (se incluye el traslado en ambulancia).</li> <li>• <b>Atención psiquiátrica: para obtener información sobre la cobertura, consulte la tabla de salud conductual.</b></li> </ul>			
<b>Mamografías</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubre una mamografía inicial para las mujeres de entre 35 y 39 años, y una mamografía por año para las de 40 años o más y para aquellas que tienen un historial familiar de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Hay pruebas de detección adicionales si existe necesidad médica.</p>			
<b>Servicios de salud para la madre y el bebé</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubren los servicios médicos para la atención perinatal y los servicios relacionados con la atención del recién nacido y los exámenes de detección auditivos, como la atención de partería, la atención de CenteringPregnancy, los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) en el período posparto inmediato y todos los servicios dentales (que incluyen, entre otros, la atención preventiva dental adicional y los servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).</p> <p>También se cubren la educación sobre el parto, el cuidado de una doula y el apoyo para la lactancia.</p> <p>El equipo de amamantamiento, incluidos los sacaleches y los accesorios, están cubiertos como un beneficio de DME.</p>			

TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE				
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Atención médica diurna (servicios de salud diurnos para adultos)</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Un programa que proporciona servicios preventivos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación bajo la supervisión de médicos y enfermeros en un entorno de atención ambulatoria (pacientes externos) y que se brinda para satisfacer las necesidades de las personas que tienen discapacidades físicas o cognitivas con el fin de apoyar la vida en la comunidad.</p>	<b>Sin cobertura</b>		
<b>Servicios de enfermeras parteras</b>	<b>Con cobertura</b>		<b>Con cobertura</b> <b>Copago de \$5 por consulta (salvo para consultas de atención prenatal)</b>	
<b>Servicios en centros de atención de enfermería</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Es posible que los miembros tengan responsabilidad de pago del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atención a largo plazo (cuidado asistencial): con cobertura.</b> Con cobertura para aquellos que necesitan un nivel de atención de cuidado asistencial</li> </ul>	<b>Sin cobertura</b>		

TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE				
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Servicios en centros de atención de enfermería</b> (Continuación)	<p>(MLTSS). Es posible que los miembros tengan responsabilidad de pago del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <b>Centro de atención de enfermería (hospicio): con cobertura.</b> La atención de hospicio puede estar cubierta en un centro de atención de enfermería.  <i>*Consulte la sección Servicios de atención de hospicio.</i> </li> <li> <b>Centro de atención de enfermería (especializada): con cobertura.</b> Incluye la cobertura de servicios de rehabilitación que se llevan a cabo en el entorno de un centro de atención de enfermería.           </li> <li> <b>Centro de atención de enfermería (atención especial): con cobertura.</b> Los servicios en un centro de atención de enfermería especial (SCNF) o en una unidad de un           </li> </ul>			

TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE				
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Servicios en centros de atención de enfermería</b> (Continuación)	SCNF separada y distinta, dentro de un centro de atención de enfermería convencional certificado por Medicaid, están cubiertos para los miembros para los que se haya determinado que requieren servicios intensivos en un centro de atención de enfermería, fuera del alcance de un centro de atención de enfermería convencional.			
<b>Trasplantes de órganos</b>	<b>Con cobertura</b> Se cubren los trasplantes de órganos médicamente necesarios; se incluyen, entre otros: de hígado, de pulmón, de corazón y pulmón, de páncreas, de riñón, de hígado, de córnea, de intestino y de médula ósea (incluidos los trasplantes de médula ósea autólogos). Se incluyen los costos del receptor y del donante.			
<b>Cirugía para pacientes externos</b>	<b>Con cobertura</b>			
<b>Consultas en hospitales o clínicas para pacientes externos</b>	<b>Con cobertura</b>		<b>Con cobertura</b>  <b>Copago de \$5 por consulta (no hay copago si la consulta es por servicios preventivos).</b>	

	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Rehabilitación para pacientes externos</b> <i>(terapia ocupacional, fisioterapia, patología del habla y del lenguaje)</i>	<b>Con cobertura</b> Se cubre la fisioterapia, la terapia ocupacional, la patología del habla y la terapia de rehabilitación cognitiva.	<b>Con cobertura</b> Se cubre la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla y del lenguaje. <b><i>La cobertura se limita a 60 días por terapia, por año calendario.</i></b>		
<b>Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos</b>	<b>Con cobertura</b> Se cubren las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos una vez cada 12 meses para todas las mujeres, independientemente del nivel de riesgo de cáncer de cuello de útero o vaginal determinado. Los exámenes clínicos de mamas para todas las mujeres están cubiertos una vez cada 12 meses. Todos los costos de laboratorio asociados con los exámenes indicados están cubiertos. Los exámenes se cubren con más frecuencia en los casos en los que se consideren necesarios por motivos de diagnóstico médico.			
<b>Asistente para la atención personal</b>	<b>Con cobertura</b> Se cubren tareas relacionadas con la salud realizadas en el domicilio del beneficiario por una persona calificada, bajo la supervisión de un profesional en enfermería certificado, según la certificación de un médico de acuerdo con el plan de atención por escrito del beneficiario.	<b>Sin cobertura</b>		

TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE				
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Podiatría</b>	<p><b>Con cobertura</b> Se cubren los exámenes de rutina y los servicios de podiatría médicamente necesarios, así como el calzado terapéutico o las plantillas para aquellas personas con casos graves de pie diabético, y los exámenes para adaptar dicho calzado o plantillas.</p> <p><b>Excepciones: La atención de rutina para la higiene de los pies, como el tratamiento de callos, el recorte de uñas y la atención para la limpieza o la inmersión de los pies solo se cubren en el tratamiento de una afección patológica asociada.</b></p>		<p><b>Con cobertura</b> Se cubren los exámenes de rutina y los servicios de podiatría médicamente necesarios, así como el calzado terapéutico o las plantillas para aquellas personas con casos graves de pie diabético y los exámenes para adaptar dicho calzado o dichas plantillas.</p> <p><b>Copago de \$5 por consulta</b></p> <p><b>Excepciones: La atención de rutina para la higiene de los pies, como el tratamiento de callos, el recorte de uñas y la atención para la limpieza o la inmersión de los pies solo se cubren en el tratamiento de una afección patológica asociada.</b></p>	
<b>Medicamentos con receta</b>	<p><b>Con cobertura</b> Se incluyen los medicamentos con receta (con leyenda y sin leyenda, incluidos los medicamentos administrados por un médico); las vitaminas y los productos minerales recetados (excepto las vitaminas prenatales y el flúor) que incluyen, entre otros, las vitaminas terapéuticas como las de alta potencia A, D, E, hierro, cinc y minerales, como el potasio y la niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.</p>		<p><b>Con cobertura</b> Se incluyen los medicamentos con receta (con leyenda y sin leyenda, incluidos los medicamentos administrados por un médico); las vitaminas y los productos minerales recetados (excepto las vitaminas prenatales y el flúor) que incluyen, entre otros, las vitaminas terapéuticas, como las de alta potencia A, D, E, hierro, cinc y minerales, como el potasio y la niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.</p>	

	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Medicamentos con receta</b> (Continuación)			<b>Copago de \$1 para los medicamentos genéricos</b> <b>Copago de \$5 para los medicamentos de marca</b>	
<b>Servicios médicos: atención primaria y de especialidad</b>	<b>Con cobertura</b> Se cubren los servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes externos.		<b>Con cobertura</b> Se cubren los servicios médicamente necesarios y determinados servicios preventivos en entornos para pacientes externos.  <b>Copago de \$5 por consulta (salvo consultas de bienestar infantil de acuerdo con el cronograma recomendado de la Academia Estadounidense de Pediatría; tratamientos y pruebas de detección de plomo; inmunizaciones correspondientes a la edad; atención prenatal; y pruebas de Papanicolaou cuando sean necesarias).</b>	
<b>Atención de enfermería privada</b>	<b>Con cobertura</b> La atención de enfermería privada está cubierta para los miembros que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.  <b>La atención de enfermería privada solo está disponible para los beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para los miembros con MLTSS (de cualquier edad).</b>			
<b>Examen de detección de cáncer de próstata</b>	<b>Con cobertura</b> Se cubre un examen de diagnóstico anual, que incluye el tacto rectal y el análisis del antígeno prostático específico (PSA) para los hombres de 50 años o más que sean asintomáticos y para los hombres de 40 años o más que tengan un historial familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo para el cáncer de próstata.			

	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Prótesis y dispositivos ortésicos</b>	<b>Con cobertura</b> La cobertura incluye, entre otros, dispositivos ortopédicos para piernas, brazos y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales y reemplazos; determinadas prótesis mamarias luego de la mastectomía; y prótesis para reemplazar una función o parte interna del cuerpo. También se cubre la reparación certificada de calzado, audífonos y dentaduras.			
<b>Diálisis renal</b>	<b>Con cobertura</b>			
<b>Exámenes físicos anuales de rutina</b>	<b>Con cobertura</b>		<b>Con cobertura Sin copago</b>	
<b>Servicios para dejar de fumar/vapear</b>	<b>Con cobertura</b> La cobertura incluye el asesoramiento para ayudarlo a dejar de fumar o vapear, medicamentos como bupropión, vareniclina, inhaladores orales de nicotina y espráis nasales de nicotina, así como productos de venta sin receta, entre ellos, los parches transdérmicos de nicotina, la goma de mascar de nicotina y las pastillas de nicotina.  El siguiente recurso está disponible para ayudarlo a dejar de fumar o vapear: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Línea para dejar de fumar de New Jersey:</b> diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y reciba apoyo de los asesores. Llame sin cargo al <b>1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY 711)</b>, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 09:00 p. m. (excepto feriados), los sábados de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y los domingos de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., hora del este. El programa está disponible en 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en <b>njquitline.org</b>.</li> </ul>			
<b>Transporte (emergencia)</b> <i>(ambulancia, unidad móvil de cuidados intensivos)</i>	<b>Con cobertura</b> La cobertura de atención de emergencia incluye, entre otros, ambulancia y unidad de terapia intensiva móvil.			



TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE				
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Transporte (no de emergencia)</b> <i>(ambulancia que no sea de emergencia, vehículos de asistencia médica/MAV, servicio de vehículos de alquiler, clínica)</i>	<p><b>Con cobertura de FFS (pago por servicio)</b></p> <p>El plan de pago por servicio de Medicaid cubre todo el transporte que no sea de emergencia, como los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), y la ambulancia de soporte vital básico (SVB) que no sea de emergencia (camilla). Los servicios de alquiler de vehículos, como pasajes o pases de autobús y tren, servicios de vehículos y reembolso de millas, también están cubiertos.</p> <p>Para los servicios relacionados con la COVID-19, se cubren los servicios de transporte en auto/alquiler de vehículos, los servicios ambulatorios o ambulatorios con asistencia, las sillas de ruedas, las camillas, el transporte público o los pases de autobús y el reembolso de millas. Es posible que se requieran órdenes médicas u otra coordinación por parte del plan de salud, del PCP o de los proveedores.</p> <p><b>Los servicios de transporte de ModivCare están cubiertos para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D. Todo el transporte, incluido el servicio de alquiler de vehículos, está disponible para todos los miembros, incluso los de B, C y D.</b></p>			
<b>Atención médica de urgencia</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubre para tratar una enfermedad o lesión repentina que no sea una emergencia médica pero que es potencialmente dañina para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de las 24 horas para evitar que empeore su afección).</p>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Se cubre para tratar una enfermedad o lesión repentina que no sea una emergencia médica pero que es potencialmente dañina para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de las 24 horas para evitar que empeore su afección).</p> <p><b>NOTA: Es posible que haya un copago de \$5 para recibir atención médica de urgencia de parte de un médico, optometrista, dentista o profesional en enfermería.</b></p>		

TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE				
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Servicios de atención de la vista</b>	<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Los servicios de atención de la vista médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido un examen completo de la vista al año, están cubiertos. Los servicios de optometristas y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para visión reducida, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares, están cubiertos.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para los miembros con diabetes.</p> <p>Se cubre un examen de la vista para el glaucoma cada cinco años para las personas de 35 años o más, y cada 12 meses para quienes tienen alto riesgo de padecer glaucoma.</p> <p>Determinados exámenes de diagnóstico adicionales están cubiertos para los miembros con degeneración macular asociada a la edad.</p>		<p><b>Con cobertura</b></p> <p>Los servicios de atención de la vista médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido un examen completo de la vista al año, están cubiertos. Los servicios de optometristas y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para visión reducida, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares, están cubiertos.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para los miembros con diabetes.</p> <p>Se cubre un examen de la vista para el glaucoma cada cinco años para las personas de 35 años o más, y cada 12 meses para quienes tienen alto riesgo de padecer glaucoma.</p> <p>Determinados exámenes de diagnóstico adicionales están cubiertos para los miembros con degeneración macular asociada a la edad.</p> <p><b>Copago de \$5 por consulta para los servicios de un optometrista.</b></p>	

	TIPO DE PLAN DE NJ FAMILYCARE			
SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	PLAN A/ABP	PLAN B	PLAN C	PLAN D
<b>Servicios de atención de la vista</b> (Continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lentes correctivos: con cobertura</b></li> </ul> <p>Se cubre 1 par de lentes y marcos, o lentes de contacto, cada 24 meses para los beneficiarios de 19 a 59 años, y una vez al año para aquellos de 18 años o menos y de 60 años o más. Se cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular.</p>			

### Programa de teléfonos celulares

Los miembros elegibles pueden obtener servicios de teléfonos móviles de Lifeline MÁS un teléfono inteligente Android™ SIN CARGO.

Los clientes del servicio Assurance Wireless de Lifeline obtienen lo siguiente:

- Datos sin cargo todos los meses
- Mensajes de texto ilimitados todos los meses
- Minutos sin cargo todos los meses
- ¡MÁS un teléfono inteligente Android!

Los beneficios EXTRA de Aetna Better Health of New Jersey incluyen:

- Consejos de salud y recordatorios por mensaje de texto.
- Llamadas al Departamento de Servicios para miembros que no le costarán minutos de su paquete mensual.
- Comunicación personal por mensaje de texto con el equipo de atención médica.

¿Ya tiene Lifeline? Cambiar por Assurance Wireless hoy es muy simple. Obtenga el servicio Assurance Wireless de Lifeline + extras de salud de Aetna sin cargo.

Obtenga más información en [AetnaBetterHealth.com/NewJersey/whats-covered.html](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey/whats-covered.html).

---

## Servicios de salud conductual

---

Aetna Better Health of New Jersey cubre una gran cantidad de beneficios de salud conductual para usted. La salud conductual incluye los servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias. Aetna Better Health of New Jersey cubre algunos de estos servicios, mientras que el plan de pago por servicio de Medicaid (FSS) paga directamente otros. En la tabla a continuación, encontrará la información.

Al solicitar autorización previa o coordinar de otra manera para recibir servicios de salud conductual, los miembros y proveedores deben llamar a la Entidad de gestión interina (IME) para obtener información sobre los servicios cubiertos por el FSS al **(1-844-276-2777)**.

Los miembros y proveedores deben llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre los servicios cubiertos por ABH NJ al **(1-855-232-3596)**.

Departamento de Servicios para Miembros **1-855-232-3596 (TTY: 711) |**

**AetnaBetterHealth.com/NJ**

SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	MIEMBROS EN LA DDD, LOS MLTSS O EL PLAN FIDE SNP	NJ FAMILYCARE PLAN A/ABP	NJ FAMILYCARE PLAN B	NJ FAMILYCARE PLAN C	NJ FAMILYCARE PLAN D
<b>SALUD MENTAL</b>					
<b>Rehabilitación de salud mental para adultos</b> (departamentos y hogares grupales supervisados)	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Sin cobertura</b>		
<b>Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura</b> La cobertura incluye los servicios brindados en un <b>hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo (STCF)</b> o un hospital de acceso crítico.			
<b>Red de practicantes independientes o IPN</b> (psiquiatras, psicólogos o enfermeros de prácticas avanzadas [APN])	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b>			
<b>Servicios de salud mental para pacientes externos</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b> La cobertura incluye los servicios recibidos en un entorno de <b>hospital general para pacientes externos</b> , servicios de una <b>clínica/un hospital de salud mental para pacientes externos</b> y servicios para pacientes externos recibidos en un <b>hospital psiquiátrico privado</b> . Los servicios en estos entornos están cubiertos para los miembros de todas las edades.			
<b>Atención parcial (salud mental)</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b> <i>Límite de 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días por semana).</i> <i>Se requiere autorización previa.</i>			

SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	MIEMBROS EN LA DDD, LOS MLTSS O EL PLAN FIDE SNP	NJ FAMILYCARE PLAN A/ABP	NJ FAMILYCARE PLAN B	NJ FAMILYCARE PLAN C	NJ FAMILYCARE PLAN D
Hospitalización parcial aguda de salud mental/ hospitalización parcial psiquiátrica	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b>  <i>La admisión solo puede realizarse mediante un centro de detección de emergencias psiquiátricas o luego de un alta de paciente por internación psiquiátrica.</i>  <i>Se requiere autorización previa para la hospitalización parcial aguda.</i>			
Servicios de emergencia psiquiátrica (PES)/ Servicios de emergencia afiliados (AES)	<b>Con cobertura de FFS</b>				
<b>TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	La Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (ASAM) ofrece pautas que se utilizan para determinar qué clase de tratamiento por trastorno por abuso de sustancias (SUD) es adecuado para las personas que necesitan servicios de SUD. Algunos de los servicios de esta tabla muestran el nivel de ASAM asociado con ellos (se incluye el acrónimo ASAM, seguido de un número).				
Manejo ambulatorio de la abstinencia con controles extendidos en el lugar/ desintoxicación ambulatoria <b>ASAM 2 – WM</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b>			
Desintoxicación médica para pacientes internados/ manejo de la abstinencia en pacientes internados médicamente administrada (en el hospital) <b>ASAM 4 - WM</b>	<b>Con cobertura</b>				

SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO	MIEMBROS EN LA DDD, LOS MLTSS O EL PLAN FIDE SNP	NJ FAMILYCARE PLAN A/ABP	NJ FAMILYCARE PLAN B	NJ FAMILYCARE PLAN C	NJ FAMILYCARE PLAN D
<b>Residencial a largo plazo (LTR)</b>  <b>ASAM 3.1</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b>			
<b>Tratamiento por adicciones en el consultorio (OBAT)</b>	<b>Con cobertura</b> Se cubre la coordinación de los servicios para pacientes en función de la necesidad para crear y mantener un plan de atención por SUD integral e individualizado y para hacer remisiones a programas de apoyo comunitarios según sea necesario.				
<b>Desintoxicación no médica/manejo de la abstinencia no basado en un hospital</b>  <b>ASAM 3.7 – WM</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b>			
<b>Servicios de tratamiento con opioides</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b> Se incluye la cobertura del <b>tratamiento asistido con medicación con metadona (MAT)</b> y del <b>tratamiento asistido con medicación sin metadona</b> .  La cobertura del <b>tratamiento asistido con medicación sin metadona</b> incluye, entre otros, el tratamiento con medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y el suministro y la administración de dichos medicamentos; el asesoramiento por trastorno por el abuso de sustancias; la terapia individual o grupal; y las pruebas toxicológicas.			
<b>Cuidados intensivos como paciente externo para trastornos por el abuso de sustancias (IOP)</b>  <b>ASAM 2.1</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b>			

<b>SERVICIO/BENEFICIO CUBIERTO</b>	<b>MIEMBROS EN LA DDD, LOS MLTSS O EL PLAN FIDE SNP</b>	<b>NJ FAMILYCARE PLAN A/ABP</b>	<b>NJ FAMILYCARE PLAN B</b>	<b>NJ FAMILYCARE PLAN C</b>	<b>NJ FAMILYCARE PLAN D</b>
<b>Atención como paciente externo para trastornos por el abuso de sustancias (OP)</b> <b>ASAM 1</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b>			
<b>Atención parcial para trastornos por el abuso de sustancias (PC)</b> <b>ASAM 2.5</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b>			
<b>Servicios residenciales de asesoramiento a corto plazo para trastornos por el abuso de sustancias (STR)</b> <b>ASAM 3.7</b>	<b>Con cobertura</b>	<b>Con cobertura de FFS</b>			

La mayoría de los miembros de NJ FamilyCare pueden recibir servicios de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias de cualquier proveedor aprobado por Medicaid; para ello, deben usar su tarjeta de HBID emitida por el estado. Los miembros que son clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y MLTSS también recibirán la mayoría de los servicios de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias del Plan.

El servicio cubierto tendrá que estar coordinado entre el proveedor autorizado de NJ FamilyCare y el Plan. Esto incluye ciertos medicamentos para los cuales su proveedor puede tener que recibir autorización previa antes de que se obtenga el medicamento con receta. Primero, su proveedor debe llamarnos para solicitar una aprobación para que usted pueda obtener los medicamentos que requieren autorización previa.