



Manual del miembro

Amerigroup Community Care

800-600-4441 (TTY 711)
myamerigroup.com/NJ





Manual del miembro
Amerigroup Community Care

800-600-4441 (TTY 711)
myamerigroup.com/NJ

1024289NJMSPAGP 04/21
OMHC #078-21-87
Vigente desde 10/10/2022

Estimado/a miembro:

Le damos la bienvenida a Amerigroup Community Care. Nos complace que nos haya elegido para que los ayudemos a usted o a sus familiares a obtener los servicios de médico como parte de NJ FamilyCare.

El Manual del miembro le explica de qué manera funciona Amerigroup y cómo mantener a su familia saludable. En él se indica cómo recibir cuidado de salud o atención de emergencia cuando lo necesita, y se incluye información sobre cómo acudir a su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP (médico) es el proveedor al que acudirá para la mayoría de sus necesidades médicas. Su manual también le indica cómo seleccionar un dentista y le explica los beneficios adicionales de Amerigroup.

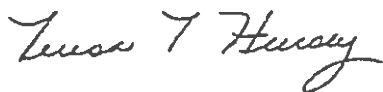
Es posible que ya haya recibido la tarjeta de identificación (ID) del miembro de Amerigroup y otra información de parte nuestra. En su tarjeta de identificación se le indicará cuándo comienzan sus beneficios de Amerigroup, así como el nombre de su PCP (médico). Revise su tarjeta de identificación apenas la reciba. Si no recibe una tarjeta de identificación de parte nuestra en el plazo de una semana luego de recibir este paquete o si algún dato de la tarjeta no es correcto y debe modificarse, llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)**. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de inmediato.

Estamos aquí para escucharlo: queremos saber qué es importante para usted para que podamos orientarlo y para que reciba beneficios útiles. Cuando tenga preguntas o necesite ayuda, nuestro personal de Servicios para Miembros estará a su disposición con herramientas y recursos. Puede llamarnos al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Podemos ayudarlo a seleccionar un nuevo PCP, responder preguntas sobre sus beneficios, reemplazar su tarjeta de identificación del miembro y mucho más. Fuera del horario normal, puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)**. Nuestros enfermeros están disponibles para contestar sus preguntas en cualquier momento, de día y de noche. También puede buscar proveedores del plan y obtener más información sobre sus beneficios en línea en myamerigroup.com/NJ.

Si el inglés no es su idioma principal, podemos ayudar en muchos idiomas y dialectos distintos. La comunicación es una parte fundamental del cuidado de salud, por lo que ofrecemos servicios de interpretación de idiomas sin costo para usted. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener más información.

Gracias por ser parte de Amerigroup.

Un saludo cordial,



Teresa Hursey
Presidente
Amerigroup Community Care

¿CÓMO PODEMOS AYUDARLO?

Estamos aquí para ayudarlos a usted y a sus familiares a recibir el cuidado correcto cerca de su hogar. Le enviaremos otros materiales durante el año para mantenerlo informado sobre muchos temas de salud. Encontrará información sobre lo que hacemos para ayudarlo a recibir servicios y atención de calidad. Cada año, compartiremos los resultados de nuestra encuesta de satisfacción del miembro e información sobre nuestro programa de mejora de la calidad, además de algunos planes que tenemos para realizar cambios. También puede obtener más información en nuestro sitio web en myamerigroup.com/NJ. Si desea obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad, llámenos al **877-453-4080 (TTY 711)**, opción 1.

CONSEJOS DE SALUD

Tenemos las respuestas a sus preguntas. Nuestros consejos de salud son ideas y sugerencias fáciles de seguir que lo ayudarán a manejar su salud.

ES IMPORTANTE QUE CONSULTE A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (médico)

¿CUÁNDO ES MOMENTO PARA REALIZAR UNA VISITA DE BIENESTAR?

Todos los miembros de Amerigroup Community Care deben tener visitas de bienestar regulares. De esta manera, su proveedor de atención primaria (PCP) puede determinar si tiene un problema de salud que requiera tratamiento médico o seguimiento. Cuando se convierta en miembro de Amerigroup, llame a su PCP y programe la primera cita para usted y su hijo antes de que transcurran los 90 días calendario desde su inscripción.

Siempre puede cambiar de PCP. Es sencillo cambiar su PCP. Para hacerlo, solo debe llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este.

También debe programar un chequeo/examen dental apenas se convierta en miembro y dos veces por año de ahí en adelante. Su hijo debe tener un chequeo dental antes del primer año o tan pronto aparezca su primer diente. Asegúrese de completar todo el tratamiento recomendado. Llame a la línea gratuita de LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 800-662-1220)** o visite su sitio web en libertydentalplan.com para solicitar una lista de dentistas que trabajen en su área. O bien, puede visitarnos en línea en myamerigroup.com/NJ o llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener asistencia para seleccionar a su dentista de atención primaria. Existen directorios de proveedores diferentes disponibles para los miembros con necesidades específicas, como es el caso de los niños pequeños (el Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de NJFC), los individuos con discapacidades intelectuales y del desarrollo, y los proveedores que brindan servicios a miembros que residen en centros de cuidado a largo plazo.

ATENCIÓN DE BIENESTAR PARA NIÑOS

Los niños necesitan más visitas de bienestar que los adultos. Su hijo debe acudir a las visitas de bienestar a las edades que se indican a continuación.

- Recién nacido
- Menos de 6 semanas
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses

A partir de los 2 años y hasta los 20 años, sus hijos deben seguir asistiendo a las visitas de control para niños con su PCP todos los años.

¿QUÉ PASA SI QUEDO EMBARAZADA?

Si cree que está embarazada, llame de inmediato a su PCP o a su proveedor ginecólogo obstetra. Esto puede ayudarla a tener un bebé sano y a mantenerse saludable usted misma.

Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para programar una cita con su PCP u ginecólogo obstetra, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¡IMPORTANTE!

Para conservar sus beneficios de cuidado de salud, renueve de forma oportuna su elegibilidad para acceder a los beneficios de NJ FamilyCare. Puede consultar la sección “Renueve su elegibilidad para los beneficios de cargo por servicio (FFS), Ingreso de seguridad suplementario (SSI) o NJ FamilyCare de forma oportuna” para obtener más detalles. Un asociado de Amerigroup puede ayudarlo con esto. Solo debe llamar al 877-453-4080 (TTY 711) para hablar con un representante.

¿CUÁNDO PUEDO ESPERAR OBTENER UNA CITA?

Debería obtener una cita para los siguientes tipos de cuidado en los plazos que figuran a continuación:

| TIPO DE CUIDADO | DISPONIBILIDAD |
|---------------------------------------|--|
| Servicios de emergencia | De inmediato |
| Atención de urgencia | En un plazo de 24 horas |
| Cuidados agudos | En un plazo de 72 horas |
| Atención de rutina | En un plazo de 28 días |
| Especialista | En un plazo de cuatro semanas, según la afección |
| Cuidado especializado de urgencia | En un plazo de 24 horas desde la referencia |
| Exámenes físicos para nuevos miembros | En un plazo de 90 días desde la inscripción |

| TIPO DE CUIDADO | DISPONIBILIDAD |
|--|---|
| Atención prenatal | <p>Las miembros embarazadas deben tener una visita dentro de los siguientes plazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tres semanas a partir de una prueba de embarazo positiva (casera o de laboratorio). • Tres días a partir del diagnóstico de “alto riesgo”. • Siete días a partir de la solicitud en el primer y el segundo trimestre. • Tres días a partir de la primera solicitud en el tercer trimestre. |
| Exámenes físicos de rutina | <p>En el plazo de cuatro semanas para los exámenes físicos de rutina necesarios para la escuela, el campamento, el trabajo o cualquier otro motivo.</p> |
| Exámenes físicos iniciales | <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de los ciento ochenta (180) días calendario desde la inscripción inicial y, preferentemente, 90 días para los nuevos inscritos adultos. • En un plazo de 90 días para los nuevos inscritos niños, o conforme a las pautas de los servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT). • En un plazo de 90 días para los nuevos inscritos adultos de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), o conforme a las pautas de los EPSDT. |
| Servicios de laboratorio y de radiología | <ul style="list-style-type: none"> • Tres semanas para atención de rutina. • 48 horas para atención de urgencia. |
| Citas dentales | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia a más tardar en 48 horas. • Atención de urgencia en un plazo de tres días desde la referencia. • Atención de rutina en un plazo de 30 días desde la referencia. |
| Citas de salud conductual | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia de inmediato. • Atención de urgencia en un plazo de 24 horas desde la solicitud. • Atención de rutina en un plazo de 10 días desde la solicitud. |

Manual del miembro de Amerigroup Community Care
101 Wood Ave. S., 8th Floor, Iselin, NJ 08830
800-600-4441 (TTY 711)
myamerigroup.com/NJ

¡Le damos la bienvenida a Amerigroup Community Care! La mayoría de sus servicios de cuidado de salud tendrán la cobertura de Amerigroup y algunos tendrán la cobertura de NJ FamilyCare. En este manual del miembro se le indicará cómo usar Amerigroup y NJ FamilyCare para obtener el cuidado de salud que necesita.

Índice

| | |
|--|-----------|
| PREGUNTAS FRECUENTES | 8 |
| LE DAMOS LA BIENVENIDA A AMERIGROUP COMMUNITY CARE | 13 |
| Información sobre su nuevo plan médico | 13 |
| Cómo obtener ayuda | 15 |
| <i>Funciones del autoservicio automatizado</i> | <i>15</i> |
| <i>Departamento de Servicios para Miembros</i> | <i>15</i> |
| <i>Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas</i> | <i>16</i> |
| <i>Números de teléfono importantes</i> | <i>16</i> |
| <i>¿Qué hago si no hablo inglés? (What if I do not speak English?)</i> | <i>17</i> |
| Su manual del miembro de Amerigroup | 17 |
| Su tarjeta de identificación de Amerigroup | 18 |
| Inscripción en Amerigroup | 19 |
| Información sobre NJ FamilyCare | 19 |
| VISITAS AL MÉDICO | 20 |
| Cómo elegir su proveedor de atención primaria | 20 |
| Cómo obtener una lista de los proveedores de Amerigroup | 21 |
| Los proveedores de Amerigroup necesitan conocer su historial de salud después de su inscripción | 21 |
| Segundas opiniones | 22 |
| Cómo cambiar de dentista de atención primaria o proveedor de atención primaria | 22 |
| Si el proveedor de atención primaria o el dentista le solicitan que se cambie a un nuevo proveedor de cuidados médicos o dentista de atención primaria | 23 |
| Servicios de transporte para las visitas al proveedor | 24 |
| Cómo cancelar una cita | 24 |
| Atención fuera del horario normal | 24 |
| Especialistas | 24 |
| Si desea consultar a un proveedor que no pertenece al plan de Amerigroup | 25 |
| Cómo elegir a un dentista | 26 |
| Información sobre NJ Smiles | 27 |
| Acceso para discapacitados a proveedores y hospitales del plan de Amerigroup | 27 |

| | |
|--|-----------|
| PRIMAS PARA MIEMBROS D DE NJ FAMILYCARE Y COPAGOS PARA MIEMBROS C Y D DE NJ FAMILYCARE | 27 |
| Primas para los miembros D de NJ FamilyCare | 27 |
| Copagos para los miembros C Y D de NJ FamilyCare | 28 |
| Miembros de 55 años y más..... | 28 |
| SERVICIOS CUBIERTOS DE AMERIGROUP PARA MIEMBROS DE NJ FAMILYCARE | 29 |
| BENEFICIOS ADICIONALES DE AMERIGROUP PARA MIEMBROS DE NJ FAMILYCARE | 48 |
| SERVICIOS QUE NO REQUIEREN REFERENCIAS..... | 54 |
| SERVICIOS NO CUBIERTOS POR AMERIGROUP NI TARIFA POR SERVICIO PARA MIEMBROS DE NJ FAMILYCARE | 54 |
| DISTINTOS TIPOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD | 55 |
| Atención de rutina y de bienestar | 55 |
| Atención de urgencia..... | 55 |
| Atención de emergencia..... | 56 |
| Cuidado dental de emergencia | 58 |
| Si necesita ir al hospital | 58 |
| Atención fuera de la ciudad..... | 59 |
| Nuevos tipos de cuidado | 60 |
| VISITAS DE BIENESTAR: SERVICIOS DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO Y PERIÓDICO | 60 |
| Intervención temprana..... | 60 |
| Por qué la atención de bienestar es importante para los niños | 60 |
| La omisión de las visitas de bienestar | 62 |
| TIPOS ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD | 63 |
| Cuidado especial para miembros embarazadas..... | 63 |
| Servicios especiales para mujeres embarazadas y lactantes | 67 |
| Beneficios de farmacia | 68 |
| <i>Lista de medicamentos preferidos.....</i> | <i>68</i> |
| <i>Solicitudes de aprobación previa</i> | <i>69</i> |
| <i>Aprobación previa para afecciones relacionadas con la salud conductual.....</i> | <i>69</i> |
| <i>Medicamentos para dejar de fumar.....</i> | <i>70</i> |
| <i>Medicamentos de venta libre</i> | <i>70</i> |
| <i>Programa de bloqueo de farmacia</i> | <i>70</i> |
| SERVICIOS ESPECIALES DE AMERIGROUP PARA UNA VIDA SANA..... | 71 |
| Información sobre salud..... | 71 |
| Comité asesor de educación sobre salud comunitario/Comité asesor de MLTSS..... | 72 |
| Servicios de administración de cuidados médicos/servicios para miembros con necesidades especiales..... | 72 |

| | |
|---|-----------|
| Recursos para cuidadores..... | 74 |
| Manejo de enfermedades | 74 |
| MENORES DE EDAD | 78 |
| CÓMO HACER UN TESTAMENTO VITAL | 78 |
| RECLAMOS Y APELACIONES | 79 |
| Si tiene un reclamo..... | 79 |
| Cómo presentar un reclamo..... | 79 |
| <i>Reclamo de nivel 1</i> | 79 |
| Administración de utilización | 80 |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | 88 |
| Si se muda..... | 88 |
| Si no puede salir de su casa..... | 88 |
| Renueve su elegibilidad para sus beneficios de FFS, SSI o NJ FamilyCare a tiempo..... | 88 |
| Para obtener una lista de las agencias de bienestar del condado, visite: state.nj.us/humanservices/DMAHS/clients/medicaid/payment/NJ_County_Welfare_Agencies.pdf.. | 89 |
| Cómo cancelar la inscripción en Amerigroup..... | 89 |
| Razones por las cuales puede cancelarse su inscripción en Amerigroup | 90 |
| Usted solicitó la inscripción en Amerigroup y no lo inscribieron..... | 91 |
| Si tiene otro seguro de salud..... | 92 |
| Si recibe una factura..... | 92 |
| Cambios en sus beneficios de Amerigroup | 93 |
| Cómo notificar a Amerigroup sobre cambios que considera que se deberían hacer..... | 93 |
| De qué forma Amerigroup paga a los proveedores..... | 94 |
| SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES | 94 |
| FRAUDE, DESPERDICIO Y ABUSO..... | 97 |
| CÓMO DENUNCIAR A ALGUIEN QUE ESTÁ HACIENDO UN USO INDEBIDO DEL PROGRAMA NJ FAMILYCARE | 98 |

PREGUNTAS FRECUENTES

Queremos que pueda encontrar con facilidad la información que más lo ayude a usar los beneficios y los servicios de Amerigroup. Hablamos con miles de miembros cada día y, por lo general, nos hacen las mismas preguntas. Queremos que se beneficie de esas preguntas frecuentes, por lo que recopilamos las preguntas más comunes (y nuestras respuestas) para usted:

P: ¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria (PCP)?

R: Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este o visite nuestro sitio web en **myamerigroup.com/NJ**.

Lo ayudaremos a encontrar un nuevo PCP. Recibirá una nueva tarjeta de identificación con la información actualizada. Si necesita visitar al PCP antes de recibir la nueva tarjeta, infórmese a Servicios para Miembros y nosotros lo ayudaremos.

P: ¿Cómo obtengo otro manual del miembro?

R: Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

P: ¿Cómo obtengo una copia de un directorio de proveedores?

R: Nuestro directorio de proveedores en línea cuenta con la información más actualizada sobre todos los médicos y hospitales de nuestra red. Esto incluye a PCP, obstetras/ginecólogos, especialistas y otros. Se puede acceder al directorio en línea en **myamerigroup.com/NJ**.

Para solicitar una copia impresa, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. Una vez que esté en el menú principal, diga "Get a Provider Directory" (Obtener un directorio de proveedores) cuando se le solicite. Asegúrese de tener su número de identificación del miembro a mano.

P: ¿Cómo obtengo una tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup?

R: Todos los miembros reciben una tarjeta de identificación del miembro de parte nuestra cuando se inscriben. Si necesita una nueva, puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** o utilizar la aplicación móvil Amerigroup para visualizar su tarjeta de identificación. Puede mostrarle su tarjeta de identificación móvil a su proveedor cuando sea necesario. Para descargar la aplicación, vaya al App Store® o Google Play™, o visite nuestro sitio web en **myamerigroup.com/NJ**.

P: ¿Cómo puedo obtener ayuda si el consultorio de mi proveedor está cerrado?

R: Su proveedor cuenta con un servicio de guardia. Llame al consultorio de su proveedor para hablar con alguien del servicio de guardia. O bien, puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)**.

También puede visitar un centro de atención de urgencia. Amerigroup cuenta con centros de atención de urgencia en la red de proveedores. Los centros de atención de urgencia ofrecen horarios extendidos por la noche y los fines de semana. Algunos casos que requieren cuidado urgente pueden ser vómitos, cortes menores o quemaduras, dolor de oídos o febrículas. Para encontrar un centro de atención de urgencia en su área, visite nuestra herramienta de búsqueda **Encontrar un doctor (Find a Doctor)** en **myamerigroup.com/NJ**.

P: ¿Necesito una referencia para ver a un especialista?

R: No necesita una referencia para ver a un especialista. Una referencia es una aprobación de su PCP para que se atienda con otro médico o proveedor que se especializa en el tratamiento de ciertos tipos de enfermedades. Amerigroup le recomienda visitar a su PCP antes de ver a un especialista. Si bien Amerigroup no requiere referencias para proveedores participantes, se recomienda que visite a su PCP, y que éste organice para que lo atienda un especialista y le suministre una receta escrita que le informe al especialista la razón por la cual lo refieren para que reciba atención especializada. Esto indica que su PCP desea que usted consulte a otro proveedor que se especializa en el tratamiento de determinadas enfermedades.

P: ¿Puedo consultar a un proveedor fuera de la red?

R: Para todos los servicios cubiertos que no sean de emergencia, debe visitar a su médico de familia de la red, su PCP. Su médico de familia también puede referirlo a un proveedor de cuidado médico fuera del plan de Amerigroup. Hará esto en caso de que no haya un proveedor del plan disponible que satisfaga sus necesidades médicas. Antes de que pueda consultar a un médico fuera del plan de Amerigroup, su médico debe obtener la aprobación de Amerigroup para referirlo.

Si quiere visitar a un médico que no pertenece al plan, y su médico de familia de la red no lo refirió, primero debe comunicarse con nosotros. Deberá obtener una autorización. Amerigroup evaluará sus necesidades médicas para determinar si este médico sería adecuado para usted.

P: ¿Cómo comunico a Amerigroup mi dirección y número de teléfono nuevos?

R: Es importante que tanto Amerigroup como NJ FamilyCare conozcan su nueva dirección y número de teléfono. Deberá comunicarse con Servicios para Miembros de Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)**, o puede actualizar su información en nuestro sitio web en **myamerigroup.com/NJ**. También deberá comunicarse con la línea gratuita de NJ FamilyCare al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)**.

P: ¿Cuándo debo renovar mis beneficios de Amerigroup?

R: Es importante que recuerde cuándo se inscribió en NJ FamilyCare. Sus beneficios de NJ FamilyCare son válidos por un año. Para verificar si debe renovar, comuníquese con NJ FamilyCare al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)** para hablar con un Coordinador de beneficios de salud (HBC) del Estado. Si necesita ayuda para completar una solicitud, llame a la Línea de Experiencia del Miembro y de Ayuda de Inscripción de Amerigroup NJ al **877-453-4080 (TTY 711)**. Un especialista en relaciones comunitarias de New Jersey podrá ayudarlo.

P: ¿Tengo beneficios dentales? ¿Quién es mi dentista?

R: Usted tiene cobertura dental integral y eso está indicado en su tarjeta de identificación. Hemos contratado a LIBERTY Dental para que administre sus beneficios dentales. Debe elegir un dentista para que sea su dentista de atención primaria. Llame a la línea gratuita de LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 800-662-1220)** o visite su sitio web en libertydentalplan.com para solicitar una lista de dentistas que trabajen en su área. O bien, puede visitarnos en línea en myamerigroup.com/NJ o llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener asistencia para seleccionar a su dentista de atención primaria. Existen directorios de proveedores diferentes disponibles para los miembros con necesidades específicas, como es el caso de los niños pequeños (el Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de NJFC), los individuos con discapacidades intelectuales y del desarrollo, y los proveedores que brindan servicios a miembros que residen en centros de cuidado a largo plazo.

P: ¿Tengo beneficios de cuidado de visión? ¿Quién es mi oftalmólogo?

R: Su cobertura de visión figura en su tarjeta de identificación. Hemos contratado a Superior Vision para que administre sus beneficios de la vista. Llame a Superior Vision al **800-879-6901 (TTY 800-735-2258)** y solicite una lista de proveedores que trabajen en su área.

P: ¿Qué pasa si necesito transporte para una cita con mi proveedor?

R: Los miembros elegibles deben llamar a ModivCare Medical Transportation al **866-527-9933 (TTY 866-288-3133)**. Las citas para transporte se deben programar con al menos tres días de anticipación. Si tiene dificultades para programar el transporte a través de ModivCare, debe comunicarse con Servicios para Miembros y pedir hablar con un administrador de cuidados médicos.

P: Soy miembro de Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) y necesito transporte no médico, como por ejemplo, hacia la tienda de comestibles. ¿Eso está cubierto?

R: El transporte no médico es un beneficio cubierto para los miembros que reúnen los requisitos para MLTSS. Llame a su administrador de cuidados médicos de Amerigroup si usted es miembro de MLTSS y necesita organizar el transporte hacia algún lugar, como la iglesia o la tienda de comestibles o, para hacer algún otro trámite. Éste le indicará si este beneficio está cubierto y si debe estar incluido en su plan de cuidado.

Recuerde tener la siguiente información cuando llame para programar el transporte:

- Nombre del médico, proveedor médico o iglesia, tienda de comestibles, etc.
- Su dirección, la dirección del proveedor o la dirección del lugar de origen/destino para el que solicita información.
- Su número de teléfono y el número de teléfono del proveedor.
- Horario de la cita.
- Tipo de transporte que necesita (p. ej., vehículo regular, camioneta apta para sillas de ruedas).

P: ¿Cómo puedo averiguar si Amerigroup cubre mis medicamentos? ¿Qué sucede si no están cubiertos?

R: El farmacéutico al que acuda le informará si un medicamento está cubierto o no. Si un medicamento no está cubierto, es posible que se deba a que necesita autorización previa. Esto significa que el proveedor que le recetó el medicamento deberá comunicarse con nosotros antes de solicitarlo para usted. Usted o el farmacéutico pueden llamar a su proveedor para solicitar una autorización previa o para que cambie el medicamento por uno similar que esté cubierto. También puede ver la lista de medicamentos preferidos de Amerigroup en nuestro sitio web en myamerigroup.com/NJ. Si tiene dificultades para conseguir su medicamento, debe comunicarse con su administrador de cuidados médicos o llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

P: ¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos artículos de venta libre (OTC) como Tylenol y suministros de primeros auxilios?

R: Nuestros beneficios de farmacia le brindan lo que necesita y más. Amerigroup pagará hasta \$15 cada tres meses por cada miembro para ciertos medicamentos de venta libre. Esto requiere una receta por parte del médico de la red de Amerigroup. Lleve su receta a una farmacia dentro de la red y muestre su tarjeta de identificación de Amerigroup. Los trimestres calendario comienzan el primer día de enero, abril, julio y octubre. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

P: ¿A quién debo llamar si necesito fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

R: Si necesita alguno de estos servicios, su médico debe llamar al proveedor de terapias de Amerigroup, Therapy Network of NJ (TNNJ), para pedir autorización. El número de TNNJ es **855-825-7818 (TTY 711)**.

P: ¿Qué es un administrador de cuidados médicos y qué hace por mí?

R: Los administradores de cuidados médicos son enfermeros y trabajadores sociales que:

- Ayudan con la coordinación de los servicios médicos.
- Proporcionan información sobre los servicios de apoyo adicionales.
- Proporcionan información sobre las condiciones médicas y las medidas de prevención.
- Pueden ayudar a encontrar un especialista y programar citas.
- Se aseguran de que usted reciba equipo médico, medicamentos y otros servicios de apoyo en el hogar o en la comunidad.

Puede comunicarse con un administrador de cuidados médicos llamando a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y pidiendo hablar con un administrador de cuidados médicos.

P: ¿Cómo le informo a Amerigroup que tengo una enfermedad y que podría necesitar ayuda para comprenderla o controlarla?

R: Como nuevo miembro, recibirá una llamada telefónica en la que se le realizarán algunas preguntas sobre su salud. Si no proporcionó un número de teléfono, recibirá una tarjeta con el número al que debe llamar para completar la encuesta. Es importante que nos cuente sobre su salud, para que podamos asegurarnos de que reciba los servicios que necesita, incluida la asignación de un administrador de cuidados médicos.

P: ¿Cómo aprovecho el programa del glucómetro gratuito a través de Amerigroup?

R: Su proveedor puede llamar a Trividia al **800-803-6025 (TTY 711)** y solicitar el glucómetro y el kit básico de suministros.

P: ¿Cómo puedo obtener un sacaleches Medela gratuito a través de Amerigroup?

R: Para solicitar un sacaleches Medela gratuito y los suministros relacionados, puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

P: ¿Existe algún otro beneficio adicional que Amerigroup ofrezca a sus miembros?

R: Los miembros pueden obtener recompensas simplemente por hacer cosas que son buenas para la salud, como controlarse la glucosa si tiene diabetes o acudir a la visita de posparto en el caso de las miembros que acaban de dar a luz un bebé. Puede recibir una tarjeta de regalo para usar en tiendas minoristas participantes. También puede reunir los requisitos para artículos de bienestar, como asientos de seguridad para niños, cochecitos de bebé, jarras con filtro de agua, etc. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

P: ¿Qué ocurre si necesito ayuda para encontrar un trabajo, comida, vivienda y otras cosas?

R: Los miembros pueden usar el enlace de Recursos de la Comunidad de Amerigroup para encontrar servicios gratuitos o de bajo costo en su área. Solo visite **myamerigroup.com/NJ/get-help/community-support.html** o comuníquese con su administrador de cuidados médicos llamando a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

P: ¿Qué números de teléfono debo tener a mano?

R:

- Emergencias: **911**.
- Servicios para Miembros de Amerigroup: **800-600-4441 (TTY 711)**.
- Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas **800-600-4441 (TTY 711)**.
- LIBERTY Dental: **833-276-0848 (TTY 800-662-1220)**.
- Superior Vision: **800-428-8789 (TTY 800-735-2258)** o sitio web: superiorvision.com.
- ModivCare (servicios de transporte que no sea de emergencia): **866-527-9933 (TTY 866-288-3133)**.
- NJ FamilyCare: **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)**.
- Línea directa de NJ Medicaid: **800-356-1561**.

P: ¿Qué debo hacer si recibo una factura del consultorio de mi proveedor?

R: Si recibe una factura de su proveedor, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Un representante le podrá decir qué debe hacer.

P: ¿Qué debo hacer si necesito un intérprete?

R: Si necesita que alguien provea servicios de interpretación para usted u otro miembro de Amerigroup, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Un representante le podrá decir qué debe hacer.

P: ¿Cómo renuevo mis beneficios?

R: Para conservar sus beneficios, debe renovar su elegibilidad todos los años. Envíe la documentación de renovación a tiempo, ¡es sencillo!

1. Todos los años, NJ FamilyCare o la Agencia de bienestar de su condado (CWA) le enviará un formulario para renovar sus beneficios.
2. En este formulario se indicará cuándo es su fecha de renovación y los pasos que debe seguir.
3. Complete el formulario y envíelo a NJ FamilyCare o a la CWA antes de la fecha de renovación (al menos 30 días antes de su último día de beneficios).

Si tiene alguna pregunta, Amerigroup puede ayudarlo. Llame al número gratuito **877-453-4080 (TTY 711)**. Los miembros también pueden llamar a NJ FamilyCare al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)** si tienen preguntas sobre la renovación.

LE DAMOS LA BIENVENIDA A AMERIGROUP COMMUNITY CARE

Información sobre su nuevo plan médico

Le damos la bienvenida a Amerigroup New Jersey, Inc., organización registrada como Amerigroup Community Care. Amerigroup es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de New Jersey, comprometida a ayudarlo a obtener el cuidado que necesita, cuando lo necesita. En Amerigroup, usted y su proveedor de atención primaria (PCP) trabajan en conjunto para ayudarlo a conservar la salud y a cuidarse. Amerigroup le brinda muchas formas de obtener cuidado de salud de calidad.

Nuestros miembros incluyen los siguientes grupos:

- Asistencia a Familias con Niños Dependientes (AFDC)/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- Niños en tutela temporal que reciben pagos por tutela temporal conforme al título IV-E o con acuerdos de asistencia para adopción conforme al título IV-E.
- New Jersey Care relacionado con AFDC/TANF: programa especial de Medicaid para niños y mujeres embarazadas, incluidas las mujeres embarazadas extranjeras restringidas.
- Ingreso de seguridad suplementario (SSI): personas de edad avanzada, ciegas y con discapacidades.
- 1619(b): personas con discapacidades que ganan mucho como para recibir fondos del SSI.

- Cáncer de mama y cáncer de cuello uterino: mujeres con bajos ingresos y sin seguro, menores de 65 años, que se hayan realizado un examen de detección en un centro de educación sobre el cáncer y detección temprana de New Jersey y necesiten tratamiento; sin límite de recursos de Medicaid; límite de ingresos de Medicaid de 250% del nivel federal de pobreza (FPL).
- New Jersey Care: programas de Medicaid especiales para personas de edad avanzada, ciegas y con discapacidades.
- New Jersey Care: programas de Medicaid especiales para mujeres embarazadas, bebés y niños de 1 a 5 años que se encuentran en el umbral de pobreza; los bebés y niños en el umbral de pobreza que reciben servicios para pacientes hospitalizados y que pierden elegibilidad debido a la edad deben estar cubiertos durante una hospitalización.
- Grupo especial de servicios en el hogar y la comunidad: personas que serían elegibles en una institución pero viven en la comunidad y reciben los servicios a través de MLTSS.
- Chafee Kids.
- Personas menores de 18 años que serían elegibles de manera obligatoria y categórica, excepto en lo que respecta a ingresos y recursos.
- Mujeres embarazadas que serían elegibles, excepto en lo que respecta a ingresos y recursos; §1902(a)(10)(C)(ii)(II).
- Las mujeres embarazadas que pierden la elegibilidad reciben 60 días de beneficios por servicios relacionados con el embarazo y servicios de posparto; §1902(a)(10)(C) §1905(e)(5).
- Clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo, incluida la exención de cuidados comunitarios (CCW) de la División de Discapacidades del Desarrollo (solo servicios de cuidados agudos; los servicios de CCW están cubiertos por cargo por servicio [FFS]).
- Personas de edad avanzada, ciegas y con discapacidades relacionadas con SSI o solo Medicaid.
- Padres/cuidadores sin seguro o adultos sin niños con ingresos de 133% FPL o menos.
- Niños cubiertos en virtud de NJ FamilyCare, incluidos los niños extranjeros restringidos.
- Niños bajo custodia de la División de Protección y Permanencia de Niños (DCP&P)/Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCF) que residan en centros de tratamiento en el hogar o con familias y que vivan en el condado 0-21 y personas bajo el plan New Jersey Chafee. Todas las personas elegibles a través de DCP&P/DCF se considerarán un caso de Medicaid único, emitido con un número de identificación de Medicaid de 12 dígitos, y pueden estar inscritos en su propia Organización de cuidado administrado (MCO).
- Miembros de los programas de hospicio o bloqueo de proveedores.
- Miembros inscritos en el programa de Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS).
- Indígenas que son miembros de tribus reconocidas federalmente.

Cómo obtener ayuda

Amerigroup está aquí para ayudarlo. Queremos que esté satisfecho con el cuidado que recibe. Si tiene preguntas, necesita ayuda o desea conocer qué servicios están disponibles, llámenos a Servicios para Miembros o a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Cuando llame, puede usar las funciones del autoservicio automatizado, hablar con un representante de Servicios para Miembros o comunicarse con un enfermero. También podemos brindarle ayuda en otro idioma. Solicite que un intérprete hable con alguien en su idioma. Ofrecemos acceso las 24 horas a los servicios de interpretación sin costo para usted. Queremos asegurarnos de que pueda hablar con libertad sobre el cuidado de su salud. También podemos proporcionarle un intérprete para las citas con su proveedor o dentista sin costo para usted. Infórmenos al menos 24 horas antes de su cita en caso de que necesite un intérprete. También intentaremos encontrar un proveedor o dentista que hable su idioma. Si tiene dificultades auditivas, puede llamar a nuestros Servicios para las personas con dificultades auditivas al **800-852-7897 (TTY 711 inglés o español)**.

Si tiene alguna pregunta sobre una aprobación o solicitud de servicios, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Funciones del autoservicio automatizado

Puede usar estos servicios con nuestra línea automatizada las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

- Elegir o encontrar un proveedor de atención primaria (PCP) del plan de Amerigroup.
- Cambiar de PCP.
- Solicitar una tarjeta de identificación.
- Actualizar su dirección o número de teléfono.
- Solicitar un manual del miembro o directorio de proveedores.

Departamento de Servicios para Miembros

Servicios para Miembros de Amerigroup está disponible con solo una llamada telefónica. Llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Podemos ayudar a responder preguntas sobre lo siguiente:

- Sus beneficios.
- Este manual del miembro.
- Cómo obtener y reemplazar sus tarjetas de identificación del miembro.
- Cómo obtener servicios.
- Citas con proveedores.
- Transporte.
- Necesidades especiales.
- Elección de su PCP.
- Elección de un dentista.
- Cambio de PCP.
- Atención fuera de la ciudad o del Estado.

- Atención de urgencia.
- Cómo encontrar una farmacia de la red de Amerigroup.
- Vida sana.
- Aprobación para proveedores que no se encuentren en nuestra red o estén fuera del Estado, si fuera necesario.
- NJ Smiles, un programa dental para niños hasta los 5 años. Para obtener más información sobre el programa, consulte la sección “Información sobre NJ Smiles”.
- De qué manera se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener dicha información. (Pídanos una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.)
- Asistencia para conseguir alimentos, viviendas y otros determinantes sociales de la salud.

Si se muda, informe su dirección y número de teléfono nuevos a la oficina de Medicaid de su condado o al Estado. Llame a la línea directa de Medicaid al **800-356-1561 (TTY 877-294-4356)**. Si es miembro de TANF y tiene Medicaid, llame a la oficina de Medicaid de su condado (consulte la tabla “Agencias de bienestar del condado” para obtener una lista de los números de teléfono). Los miembros de NJ FamilyCare deben llamar al Coordinador de beneficios de salud del Estado (NJ FamilyCare) al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)**. Los miembros con Ingreso de seguridad suplementario (SSI) deben llamar a la Administración del Seguro Social al **800-772-1213 (TTY 800-325-0778)**.

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas

La Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas cuenta con enfermeros disponibles para responder sus preguntas en cualquier momento, de día o de noche. Llame al **800-600-4441 (TTY 711)**. Nuestros enfermeros pueden ayudarlo a saber lo siguiente:

- Qué tan pronto debe recibir cuidados si está enfermo.
- Qué tipo de cuidados necesita.
- Qué puede hacer para cuidarse hasta que vea a un proveedor.
- Cómo puede recibir los cuidados que necesita.

Números de teléfono importantes

- Para cuidado dental, llame a LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 711)**.
- Para recibir cuidado de visión, llame a Superior Vision al **800-879-6901 (TTY 711)**.
- Para NJ FamilyCare, llame al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)**.
- Para salud conductual:
 - Los miembros de NJ FamilyCare que no sean clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) o que no estén en el programa de Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) deben llamar a la oficina local del Centro de Atención al Cliente de Asistencia Médica (MACC) para obtener referencias a servicios de salud mental y citas de salud mental. Si no sabe con seguridad dónde se encuentra la oficina de MACC, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener ayuda.

- Los miembros de NJ FamilyCare que no sean clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) o que no estén en el programa de Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) deben llamar a la Línea directa de servicios de adicciones de NJ al **844-276-2777** o a NJReach al **844-NJREACH (844-712-2465)** para obtener referencias a servicios de trastornos por abuso de sustancias.
- Para contactarse con Amerigroup por inquietudes sobre trastornos de salud mental y de abuso de sustancias, llame al **800-600-4441 (TTY 711)**. Para comunicarse con la Línea de ayuda para casos de crisis de salud conductual de NJ, llame al **877-842-7187 (TTY 711)**. Recuerde que no debe usar esta línea en lugar del **911**. En caso de estar en riesgo inminente, llame al **911** o vaya a una sala de emergencia.

¿Qué hago si no hablo inglés? (What if I do not speak English?)

Si no habla inglés, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Nuestro personal de Servicios para Miembros habla diferentes idiomas.

Nuestro departamento tratará de encontrarle un médico que hable su idioma o lo ayudará a comunicarse con su proveedor. Es muy importante que usted hable con su médico y entienda lo que le dice.

Para los miembros cuyo idioma principal no es el inglés, podemos ayudar en muchos idiomas y dialectos distintos. Este servicio también se encuentra disponible para las visitas a proveedores sin costo para usted. Infórmenos si necesita la ayuda de un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita. También intentaremos encontrar un proveedor que hable su idioma. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener más información.

Para miembros sordos o con problemas de audición, llame al **711**. Amerigroup coordinará y pagará para que lo ayude un intérprete de lenguaje de señas durante sus visitas médicas, si fuera necesario. Infórmenos por lo menos 24 horas antes de la cita si necesita un intérprete.

Su manual del miembro de Amerigroup

Este manual del miembro le informa sobre su plan médico y beneficios de Amerigroup. También incluye información sobre los beneficios disponibles a través del programa estatal NJ FamilyCare. Si tiene preguntas sobre el manual o sus beneficios, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** o escríbanos a la siguiente dirección:

Amerigroup Community Care
101 Wood Ave. S., 8th Floor
Iselin, NJ 08830

Podemos ayudarlo en varios idiomas. Si es sordo o tiene alguna dificultad auditiva, llame al **711**. Servicios para Miembros también puede proporcionarle este manual en otros idiomas, en letra grande, en audio o en braille. Solo debe llamar al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Los miembros del programa de Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) pueden obtener más información sobre sus beneficios de MLTSS en la Guía complementaria de servicios y apoyos administrados a largo plazo. Esta guía se envía a los miembros nuevos del programa MLTSS cuando se inscriben en este programa por primera vez. Si es un miembro de MLTSS y no recibió esta guía adicional, comuníquese a su administrador de cuidados médicos. Este podrá conseguirle una nueva.


Su tarjeta de identificación de Amerigroup

Si aún no tiene su tarjeta de identificación de Amerigroup, la recibirá pronto por correo. Llévela con usted todo el tiempo. Muéstresela a los proveedores de atención primaria (PCP), dentistas, hospitales y otros proveedores que visite. La tarjeta de identificación indica que usted es miembro de Amerigroup. Puede utilizar la aplicación móvil Amerigroup para visualizar su tarjeta de identificación. Puede mostrarle su tarjeta de identificación móvil a su proveedor cuando sea necesario. Para descargar la aplicación, vaya al App Store® o Google Play™, o visite nuestro sitio web en myamerigroup.com/NJ.

No tiene que mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención de emergencia.

Su tarjeta de identificación tiene el nombre y número de teléfono de su PCP. También figura la fecha de entrada en vigencia de la inscripción, o la fecha en la que se convirtió en miembro de Amerigroup. La tarjeta de identificación le indica a su médico que no debe pedirle a usted que pague los servicios cubiertos por Amerigroup. Los servicios cubiertos son servicios que nosotros pagaremos. Los únicos miembros que podrían tener que pagar un copago por determinados servicios son algunos miembros C y D de NJ FamilyCare o residentes de hogares de ancianos con aprobación para cuidado custodial o supervisado que podrían tener Responsabilidad de pago como paciente (costo compartido). La Junta de Servicios Sociales del Condado y/o la Administración del Seguro Social calculan la Responsabilidad de pago como paciente y le informan el monto al miembro y al centro.

Los miembros con TANF y los grupos relacionados con personas de edad avanzada, ciegas y con discapacidades (ABD) aún tienen una tarjeta de Medicaid para los servicios que Amerigroup no cubre, pero que podrían estar cubiertos por Medicaid de cargo por servicio. No la tire. Llévela con usted en caso de que necesite esos servicios. Los miembros de NJ FamilyCare reciben una tarjeta de identificación de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) de New Jersey. Esta tarjeta sirve para servicios cubiertos por Medicaid que no estén cubiertos por Amerigroup. A continuación, encontrará un ejemplo de cómo se ve su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup.

| | | |
|---|---|------------------|
|  | Effective Date: | |
| | Date of Birth: | |
| Amerigroup Community Care NJ FamilyCare A www.myamerigroup.com/nj Member Name: JOHN Q SAMPLE Primary Care Provider (PCP): PCP Address: PCP Telephone #: | Subscriber #: | 123456789 |
| | RxBIN: | 020107 |
| | RxPCN: | WP |
| | RxGRP: | WKPA |
| Co-pays: Office Visits: \$0 | Emergency Room Visits: \$0 | |
| Pharmacy: \$0 FOR GENERIC / \$0 FOR BRAND NAME | | |
| Dental: 1-833-276-0848 | Vision: 1-800-879-6901 | |
| BH Inpatient: Bill Amerigroup | BH Outpatient: Bill Medicaid Fee-for-Service | |
| Amerigroup Member Services: 1-800-600-4441 | 24/7 BH Crisis: 1-877-842-7187 | |
| Pharmacy Member Services: 1-833-207-3115 | | |

MEMBERS: Please show this card before you get medical care. All medical care, except for care covered by fee-for-service Medicaid, must be provided by your Amerigroup network PCP. If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. Always call your PCP for non-emergency care. If you have questions, call Member Services at 1-800-600-4441. If you are deaf or hard of hearing, please call 711.

MIEMBROS: Muestre esta tarjeta antes de recibir cuidado de la salud. Todo el cuidado médico, excepto por cuidado cubierto por Medicaid de pago por servicios, debe ser provisto por su PCP de la red de Amerigroup. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Llame siempre a su PCP para cuidado que no sea de emergencia. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. Si es sordo(a) o tiene problemas auditivos, llame al 711.

HOSPITALS: Preadmission certification by Amerigroup is required for all non-emergency admissions, including outpatient surgery. For emergency admissions, notify Amerigroup within 24 hours after treatment at 1-800-454-3730.

PROVIDERS: Certain services must be precertified. Care that is not precertified may not be covered by Amerigroup. For precertification/billing information, call 1-800-454-3730.

PHARMACIES: Submit claims using RxBIN: 020107; RxPCN: WP; RxGRP: WKPA
To reach Help for Pharmacists, call at 1-833-237-9229.

SUBMIT CLAIMS TO: AMERIGROUP • PO, BOX 61010 • VIRGINIA BEACH, VA 23466-1010

USE OF THIS CARD BY ANY PERSON OTHER THAN THE MEMBER IS FRAUD. EL USO DE ESTA TARJETA POR CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL MIEMBRO CONSTITUYE FRAUDE.

J104 0219

Si tiene beneficios de Medicare, también tendrá una tarjeta de identificación de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta tarjeta suele conocerse como la “tarjeta roja, blanca y azul”. Si tiene los beneficios de Medicare a través de Amerigroup, le enviaremos una tarjeta de identificación. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro y use la tarjeta de identificación que le enviamos para recibir los beneficios. Cuando usted tiene Medicare o alguna otra póliza de seguro, en su caso, esta cobertura será su seguro principal.

Inscripción en Amerigroup

La inscripción (o afiliación) demora de 30 a 45 días. Este período comprende desde el momento en que obtiene la aprobación para NJ FamilyCare hasta la fecha en que empieza a recibir los beneficios de Amerigroup. Durante este período, continuará recibiendo los beneficios a través de la tarifa por servicio de NJ FamilyCare o del plan médico en el que está inscrito. Si la fecha de inscripción cambia durante este período, se lo informaremos. La División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) de New Jersey debe aprobar su inscripción en Amerigroup.

Cuando se inscribe en Amerigroup, hay un período de inscripción de 12 meses para todos los miembros de NJ FamilyCare. Puede cancelar la inscripción y elegir otro plan médico por cualquier motivo durante los primeros 90 días después de la fecha de inscripción o la fecha en la que le indicamos que está inscrito, la que sea posterior. Luego de este período de 90 días, si permanece en Amerigroup, será miembro por el resto de los 12 meses. Esto se conoce como período de bloqueo. Durante el período de bloqueo, puede cancelar la inscripción solo por determinados motivos. (Consulte la sección “Cómo cancelar la inscripción en Amerigroup para TANF o ABD y grupos relacionados” para obtener más información sobre la cancelación de la inscripción). También puede cambiar de plan médico en cualquier momento si tiene un buen motivo.

El período de inscripción abierta anual va desde el 1.º de octubre hasta el 15 de noviembre de cada año. Transcurrido el período de 12 meses, permanecerá inscrito en Amerigroup siempre y cuando siga siendo elegible para NJ FamilyCare, excepto que elija un nuevo plan médico durante la inscripción abierta.

Información sobre NJ FamilyCare

NJ FamilyCare es un programa para adultos y niños que cumplen con determinadas normas estatales. Existen cinco planes diferentes: A, B, C, ABP y D, así como cargo por servicio (FFS) tradicional. El plan para el que es elegible se basa en el ingreso total familiar y el tamaño de la familia. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en NJ FamilyCare, llame a NJ FamilyCare al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)**. Como un miembro de Amerigroup, el cual tiene un contrato con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) del Departamento de Servicios Humanos (DHS), usted es elegible para recibir servicios y beneficios de NJ FamilyCare como miembro de Amerigroup con aprobación de la DMAHS.

VISITAS AL MÉDICO

Cómo elegir su proveedor de atención primaria

Respetamos sus elecciones al momento de planificar su cuidado. Esto comprende la elección de su proveedor de atención primaria (PCP). Nuestros proveedores del plan incluyen una elección de al menos dos PCP en un radio de seis millas de su hogar si vive en los condados de Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Somerset o Union. Si vive en Cape May, Hunterdon, Salem, Sussex o Warren, ofrecemos al menos dos PCP en un radio de 15 millas de su hogar.

Todos los miembros de Amerigroup deben tener un PCP. Le damos la opción de elegir a su PCP; cada miembro de la familia puede tener un PCP diferente o puede escoger uno que atienda a toda la familia. La relación con su PCP es una parte muy importante de su plan de Amerigroup. Le prestará todos los servicios básicos de salud que necesite. Su PCP también puede enviarlo a otros especialistas, hospitales y centros para que reciba atención especial.

Debe elegir a su PCP del plan de proveedores de Amerigroup. Si no elige uno, Amerigroup escogerá un PCP por usted en el plazo de 10 días a partir de la inscripción. Su tarjeta de identificación de Amerigroup tiene el nombre y número de teléfono de su PCP. Si desea cambiar de proveedor o necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. Nuestros representantes pueden ayudarlo a elegir un PCP o programar su primera visita con un PCP.

Intentaremos llamarlo en el plazo de un mes luego de la inscripción en Amerigroup. Lo ayudaremos a programar una cita para conocer a su PCP. Es importante que llame y se realice un chequeo con su nuevo proveedor o dentista apenas se inscriba. Su PCP y el personal del consultorio lo ayudarán a obtener más información sobre su salud. Si necesita ayuda, no tiene teléfono o acaba de cambiar el número de teléfono, llame a Servicios para Miembros o escribanos a 101 Wood Ave. S., 8th Floor, Iselin, NJ 08830. Puede llamar a su PCP al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación de Amerigroup.

Al contar con beneficios como los exámenes físicos, los exámenes de control para mujeres y la atención de control para niños, no es necesario que espere a enfermarse para ver a su PCP. Además, debe realizarse un chequeo médico y dental inicial con su nuevo PCP. Después de inscribirse, llame para programar una visita en el plazo de 90 días para niños menores de 21 años y miembros adultos de la DDD. Programe una visita en el plazo de 180 días para otros adultos de 21 años o más.

Su PCP coordina su cuidado y lo ayuda a tomar decisiones sobre su salud. El personal de su PCP puede incluir enfermeros practicantes, asistentes de médicos, enfermeros registrados y auxiliares de enfermería certificados contratados por su PCP para que satisfagan sus necesidades.

Cómo obtener una lista de los proveedores de Amerigroup

Los nombres de los proveedores de la red de Amerigroup se detallan en nuestro directorio de proveedores. Esta es una lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros profesionales que participan en la red de Amerigroup. Usted puede obtener toda su atención médica de estos proveedores. El directorio de proveedores contiene las direcciones, los números de teléfono y las especializaciones de los médicos. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. Puede consultar nuestro directorio de proveedores en **myamerigroup.com/NJ**. Seleccione **Encontrar un doctor (Find a Doctor)**.

Llame a la línea gratuita de LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 711)** o visite su sitio web en **libertydentalplan.com** para solicitar una lista de dentistas que trabajen en su área. O bien, puede visitarnos en línea en **myamerigroup.com/NJ** o llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener asistencia para seleccionar a su dentista de atención primaria. Existen directorios de proveedores diferentes disponibles para los miembros con necesidades específicas, como es el caso de los niños pequeños (el Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de NJFC), los individuos con discapacidades intelectuales y del desarrollo, y los proveedores que brindan servicios a miembros que residen en centros de cuidado a largo plazo.

Puede llamar a Superior Vision al **800-879-6901 (TTY 800-735-2258)** y solicitar una lista de proveedores de servicios de la vista que trabajen en su área, o buscar un proveedor usando su directorio en línea en **superiorvision.com/locator**.

Los proveedores de Amerigroup necesitan conocer su historial de salud después de su inscripción

Cuando el Coordinador de beneficios de salud (HBC) del Estado lo ayudó a elegir Amerigroup, usted firmó un formulario de divulgación médica. La firma de este formulario permite la divulgación de sus registros médicos. También le dijo al HBC si actualmente se atiende con algún proveedor por su cuidado. El proveedor del plan de Amerigroup deberá solicitarles a sus proveedores anteriores que envíen sus registros médicos. Sus registros médicos anteriores le permiten al PCP brindarle el cuidado que necesita.

El HBC también le preguntó acerca de su salud en el Formulario de selección de plan. Este formulario se envió a Amerigroup. Su firma, o la firma de una persona de su elección, permite la divulgación de sus registros médicos. Cuando se inscribe por primera vez, le solicitamos que complete una breve encuesta sobre sus necesidades de salud, de modo que podamos comprender qué tipos de programas lo ayudarán. De ese modo, podemos brindarle el apoyo que necesite. Puede decir que padece una enfermedad que necesita cuidado de inmediato. De ser así, el administrador de cuidados médicos de Amerigroup o el coordinador de necesidades especiales lo ayudarán.

Segundas opiniones

Puede pedirle a su proveedor de atención primaria (PCP) que lo refiera a otro proveedor del plan de Amerigroup para que le dé una segunda opinión. Puede consultar a un especialista por los siguientes motivos:

- Si tiene un problema médico grave.
- Si decide someterse a una cirugía electiva.
- Cuando un proveedor recomienda un tratamiento que usted no considera que necesite.
- Si cree que tiene una afección que el proveedor no detecta o trata.

Su PCP programará esta cita. También se asegurará de que todos sus registros se compartan con ese proveedor, con su aprobación. Vuelva a consultar al PCP luego de realizar la consulta y obtener la segunda opinión. Usted y su PCP pueden hablar sobre qué pasos seguir.

También puede pedir una segunda opinión sobre el cuidado dental. Usted puede autorreferirse para una cita si el dentista participa en LIBERTY Dental. Llame a la línea gratuita de LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 711)** para solicitar una lista de dentistas que trabajen en su área. También puede consultar nuestro directorio de proveedores de servicios dentales en **myamerigroup.com/NJ**. Elija Cuidado dental (Dental Care) o llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener asistencia. Existen directorios de proveedores diferentes disponibles para los miembros con necesidades específicas, como es el caso de los niños pequeños (el Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de NJFC), los individuos con discapacidades intelectuales y del desarrollo, y los proveedores que brindan servicios a miembros que residen en centros de cuidado a largo plazo.

Es posible que no tengamos otro proveedor en nuestro plan que conozca sobre su problema. Si esto fuera así, su PCP o dentista de atención primaria (PCD) trabajará con Amerigroup para encontrarle otro proveedor. Aún pagaremos esta visita por los servicios que cubrimos. Puede haber ocasiones en la que le pidamos que obtenga una segunda opinión. Programaremos la cita y pagaremos la visita.

Cómo cambiar de dentista de atención primaria o proveedor de atención primaria

Si desea cambiar de proveedor de atención primaria (PCP) o dentista de atención primaria (PCD), puede escoger a otro dentro del plan de proveedores de Amerigroup o de la red dental de LIBERTY Dental. Usted puede desear cambiar de PCP o PCD por las siguientes razones:

- Acaba de inscribirse en Amerigroup y debe escoger a un PCP o PCD.
- Quiere un PCP o un PCD de diferente sexo.
- Quiere un PCP o un PCD que hable su idioma.
- No está satisfecho con su PCP o PCD, o con su personal.
- Su PCP ya no es un proveedor del plan de Amerigroup. Su PCD ya no es un proveedor del plan LIBERTY Dental.
- Quiere un dentista para niños (dentista pediátrico).
- Necesita cambiar de un proveedor pediátrico a uno que se enfoca en el tratamiento de adultos.

Los nombres de los proveedores y dentistas del plan de proveedores de Amerigroup se detallan en nuestro directorio de proveedores. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y solicite una copia del directorio de proveedores. También puede consultarlo en línea en **myamerigroup.com/NJ**. Si necesita ayuda para elegir a un nuevo PCP o dentista, nuestro equipo de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

Para cambiar de PCP, puede hacerlo en línea con nuestra herramienta **Cambiar su PCP (Change Your PCP)** en **myamerigroup.com/NJ**, o llamando a Servicios para Miembros. Si elige a otro PCP o dentista, el cambio entrará en vigencia el día siguiente. Si se encuentra en el consultorio de un PCP y el PCP no figura en su tarjeta de identificación, puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** si el médico se niega a verlo. Servicios para Miembros puede ayudarlo a solucionar esto.

Si desea cambiar de dentista, solo llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al **833-276-0848 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. El dentista que elige debe participar en la red de LIBERTY Dental y debe aceptar pacientes nuevos. Los nombres de los dentistas de la red de LIBERTY Dental figuran en **libertydentalplan.com**. Si desea obtener una lista de los dentistas de NJ FamilyCare que atienden a niños, visite insurekidsnow.gov, o visite nuestro sitio web en **myamerigroup.com/NJ/benefits/nj-familycare.html** para obtener el Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de NJFC.

Si el proveedor de atención primaria o el dentista le solicitan que se cambie a un nuevo proveedor de cuidados médicos o dentista de atención primaria

Es importante que tenga una buena relación con el proveedor de atención primaria (PCP), para que pueda ayudarlo a recibir el cuidado que necesita. Su PCP o dentista puede solicitarnos que cambiemos de proveedores en las siguientes situaciones:

- Usted o un miembro de su familia lastiman al PCP o a otro proveedor.
- Usted o un miembro de su familia utilizan un lenguaje inapropiado con un proveedor.
- Usted o un miembro de su familia dañan el consultorio.
- Usted falta a las citas de manera reiterada.
- Usted no suele seguir el asesoramiento de su proveedor.

Les pedimos a nuestros PCP y dentistas que nos comuniquen si los miembros hacen cosas que puedan llevarlos a solicitar que un miembro cambie a otro proveedor. Si un PCP o dentista nos habla sobre usted, le comunicaremos qué actitud suya puede hacer que deba cambiar de proveedor. Si su PCP o el dentista le solicitan que cambie a un nuevo PCP o dentista de atención primaria (PCD), le enviarán una carta a Amerigroup. En esta carta, se le comunicará a Amerigroup por qué usted debe cambiar de proveedor. También lo llamaremos para ayudarlo a elegir un nuevo proveedor. Si usted no escoge a un nuevo proveedor, nosotros lo haremos por usted. Recibirá una nueva tarjeta de identificación con el nombre y el número de teléfono del nuevo PCP.

Servicios de transporte para las visitas al proveedor

Amerigroup cubre el transporte terrestre y aéreo para los miembros **solo en casos de emergencia médica**. Los miembros obtienen todos los demás servicios de transporte a través de NJ FamilyCare. Sin embargo, si usted es miembro de MLTSS y necesita transporte no médico, como por ejemplo para asistir a servicios religiosos, ir de compras o ir algún otro lado, llame a su administrador de cuidados médicos.

Los problemas para llegar al lugar en que atiende el proveedor nunca deberían interponerse entre usted y su salud. Ofrecemos asistencia para ayudarlo a acudir a las visitas al proveedor y podemos trabajar con su administrador de cuidados médicos y el Estado para determinar cuándo necesita transporte. ModivCare provee transporte médico que no sea de emergencia. Para obtener más información sobre cómo conseguir transporte para las visitas al proveedor que no sean de emergencia, llame a ModivCare al **866-527-9933 (TTY 866-288-3133)**. Si tiene problemas con el servicio que recibe, puede llamar a la línea directa de quejas de ModivCare al **866-333-1735**.

Si necesita atención de emergencia y no tiene forma de llegar al hospital, llame al **911** y solicite una ambulancia.

Cómo cancelar una cita

Si tiene que cancelar una cita, llame al consultorio de su proveedor. Intente llamar al menos 24 horas antes de la visita. Si quiere que cancelemos la cita, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Atención fuera del horario normal

Nunca sabe cuándo necesitará cuidados. Los proveedores de Amerigroup cuentan con un servicio después del horario normal al que puede llamar para solicitar ayuda. Si llama al PCP cuando el consultorio ya ha cerrado, deje un mensaje con su nombre y un número de teléfono donde ubicarlo. Su PCP debe devolverle la llamada:

- El mismo día si no está enfermo.
- En un plazo de 30 a 45 minutos si está enfermo y no se trata de una emergencia.
- En un plazo de 15 minutos en situaciones de crisis/emergencia.

Si no puede comunicarse con su PCP, llame a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)** en cualquier momento, de día o de noche.

Especialistas

El proveedor de atención primaria (PCP) puede atender muchas de sus necesidades, pero usted también puede necesitar cuidados de otros tipos de proveedores. Si usted necesita recibir cuidados especiales, el PCP puede referir su caso a especialistas. También puede preguntarle a su PCP sobre la posibilidad de acudir a un especialista. Los especialistas son médicos, como obstetras-ginecólogos o podólogos, que se concentran en determinadas enfermedades o parte del cuerpo. Un especialista le brindará tratamiento a usted y le comunicará a su PCP sobre su problema médico.

Amerigroup trabaja con diversos tipos de médicos y otros proveedores de cuidado de la salud, incluidos especialistas. Su PCP lo referirá al proveedor que debe consultar. Su PCP le indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor.

Si su PCP lo refiere a otro proveedor, es fundamental que tenga una consulta con dicho proveedor. Dígame al PCP o a Servicios para Miembros si piensa que quizá no vaya al otro médico porque se le dificulta llegar. Amerigroup puede ayudarlo a llegar al consultorio del proveedor para recibir los cuidados que necesita. Si no acude al proveedor al que fue referido, su estado de salud puede empeorar.

Si bien Amerigroup no requiere referencias para proveedores participantes, se recomienda que visite a su PCP, y que éste organice para que lo atienda un especialista y le suministre una receta escrita que le informe al especialista la razón por la cual lo refieren para que reciba atención especializada. Esto indica que su PCP desea que usted consulte a otro proveedor que se especializa en el tratamiento de determinadas enfermedades. Estos otros servicios pueden incluir lo siguiente:

- Cuidado por parte de otro médico, como un especialista.
- Servicios quiroprácticos.
- Podología.
- Cuidado hospitalario, excepto en emergencias o admisiones de emergencia.

Asegúrese de pedirle a su especialista que le informe a su PCP cuáles son sus hallazgos y cómo está progresando. Es importante que su PCP cuente con esta información.

A veces, un especialista puede ser su PCP. Esto puede ocurrir si tiene una necesidad de cuidado de salud especial que mayormente trata un especialista o un centro de cuidados especializados. Si uno de nuestros administradores de cuidados médicos ya habló con usted sobre sus necesidades médicas especiales, esta persona puede ayudarlo a realizar este cambio si es mejor para su cuidado y el especialista está de acuerdo. También puede pedir que un especialista sea su PCP. Si tiene necesidades especiales y todavía no ha hablado con uno de nuestros administradores de cuidados médicos, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Algunos servicios pueden requerir aprobación previa. Su PCP completará un formulario especial y coordinará esto para usted con Amerigroup. Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre una aprobación, una solicitud de servicios o la administración de la utilización.

Si desea consultar a un proveedor que no pertenece al plan de Amerigroup

Para todos los servicios cubiertos que no sean de emergencia, debe visitar a su PCP de Amerigroup o a otro proveedor del plan. Su PCP también podría referirlo a un proveedor externo a Amerigroup si no hubiera un proveedor del plan disponible para satisfacer sus necesidades. Para esto, su PCP debe obtener la aprobación de Amerigroup por adelantado.

Si desea consultar a un proveedor que no forma parte de su plan y su PCP de Amerigroup no lo ha referido, debe pedirle a su proveedor que primero nos llame para solicitar una aprobación. Amerigroup evaluará sus necesidades médicas para determinar si este proveedor sería adecuado para usted.

Cómo elegir a un dentista

Al igual que la relación con su proveedor de atención primaria (PCP), la relación con su dentista de atención primaria (PCD) también es importante. Su PCD se ocupa de todas sus necesidades dentales generales. Esto incluye chequeos, limpiezas, y empastes y extracciones de rutina. Los servicios que no son de rutina y están incluidos en su beneficio integral pueden requerir autorización previa. Contar con una buena salud bucal es una parte crucial de la salud general, por lo que cubrimos una limpieza dental, un tratamiento de flúor y un examen cada seis meses. Los miembros con necesidades especiales pueden recibir estos servicios con más frecuencia, según la necesidad médica. Debe realizarse un chequeo familiar con un dentista apenas se inscriba, en especial si ya han pasado más de seis meses desde su última visita a un dentista. Para programar una cita, solo llame a su PCD. Si tiene necesidades dentales especiales, su PCD puede referirlo a un especialista dental. Usted puede autorreferirse a un especialista dental del plan LIBERTY Dental si fuera necesario. No se requiere una referencia de su PCD.

Sus beneficios dentales son organizados a través de LIBERTY Dental. Puede elegir a un PCD de la red de LIBERTY Dental. Puede encontrar una lista de los dentistas de la red en el directorio en línea de LIBERTY Dental en libertydentalplan.com/AmerigroupNJ o puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener asistencia. Existen directorios de proveedores diferentes disponibles para los miembros con necesidades específicas, como es el caso de los niños pequeños (el Directorio de dentistas que tratan a niños menores de 6 años de NJFC), los individuos con discapacidades intelectuales y del desarrollo, y los proveedores que brindan servicios a miembros que residen en centros de cuidado a largo plazo. Si necesita ayuda para elegir un dentista, programar una cita, localizar a un especialista dental, o usar el directorio en línea, llame a LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 711)**.

En ocasiones, es posible que necesite cuidado dental que incluya servicios médicos, como cirugía o tratamiento de una infección o trauma en el rostro y la boca. En estos casos, los servicios prestados por un dentista se consideran servicios dentales. Los servicios que, en su mayoría, sean prestados por un proveedor médico se consideran servicios médicos. Puede haber ocasiones en las que el tipo de cuidado dental que necesita es importante o pone en peligro su vida, como el tratamiento de fracturas de mandíbula o la extracción de tumores. Es posible que padezca una afección, como una enfermedad cardíaca, que implique que deba recibir cierto cuidado dental en un hospital. Si esto fuera así, Amerigroup decidirá qué servicios son médicos.

Si actualmente está recibiendo cuidado de otro proveedor del plan médico de NJ FamilyCare, podrá completar esos servicios aprobados que ya comenzaron y requieren de varias visitas para poder completarlos con este proveedor (por ejemplo, tratamientos de conducto, coronas o dentaduras postizas).

Amerigroup no cubrirá visitas aisladas, como visitas para recibir servicios de empastes, como parte de la continuidad de la atención por parte de su PCD actual. Deberá ver a un nuevo PCD dentro de la red de LIBERTY Dental para recibir dichos servicios y para cualquier otro tratamiento planificado que no haya empezado todavía. Comuníquese con LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 711)** para obtener ayuda para encontrar un nuevo PCD.

Información sobre NJ Smiles

Nuestra red incluye médicos de atención primaria (PCP) especializados en pruebas de detección en niños hasta los 5 años. Los servicios de NJ Smiles son proporcionados por un PCP capacitado o miembros del personal médico del PCP que refieren al niño a una clínica dental. La prueba de detección dental realizada por un PCP incluye supervisar la salida de un diente, el patrón de obstrucción, la presencia de caries e infección bucal, y la referencia a un dentista de cuidado primario (PCD). Los dentistas de NJ Smiles ofrecen evaluaciones de riesgos dentales, aplicación de barniz de flúor, consejos de prevención y una referencia a un PCD para un examen completo y el tratamiento correspondiente. Para obtener más información sobre NJ Smiles o para obtener ayuda para encontrar un PCP capacitado, visite myamerigroup.com/NJ/pages/find-a-doctor.aspx y seleccione el Directorio de proveedores de NJ Smiles. También puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** o LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 711)**.

Acceso para discapacitados a proveedores y hospitales del plan de Amerigroup

Todos los proveedores y hospitales del plan de Amerigroup ayudarán a los miembros con discapacidades a recibir el cuidado que necesitan. Los miembros que usan sillas de ruedas, andadores y otros dispositivos de ayuda pueden necesitar asistencia para llegar a un consultorio. Si necesita una rampa u otro tipo de ayuda, asegúrese de que el personal del consultorio de su proveedor lo sepa antes de que usted llegue. De esa manera, el personal estará listo para ayudarlo cuando llegue. Si necesita ayuda para hablar con su PCP acerca de sus necesidades relacionadas con una discapacidad, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. Un administrador de cuidados médicos se pondrá en contacto con usted para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.

Amerigroup también puede ayudarle si tiene problemas auditivos. Coordinaremos y pagaremos para que, durante sus visitas al proveedor, lo ayude un intérprete de lenguaje de señas. Para utilizar el servicio de retransmisión TTY, llame al **711**.

PRIMAS PARA MIEMBROS D DE NJ FAMILYCARE Y COPAGOS PARA MIEMBROS C Y D DE NJ FAMILYCARE

Primas para los miembros D de NJ FAMILYCARE

Una prima es un pago mensual que usted realiza para obtener beneficios de cuidado de salud. La mayoría de los miembros D de NJ FAMILYCARE hacen estos pagos. El Coordinador de beneficios de salud (HBC) del Estado le informa si debe pagar. Los nativos de Alaska e indígenas estadounidenses menores de 19 años no deben hacer pagos mensuales.

Este pago está destinado a su costo compartido familiar que se decide una vez al año. Su costo compartido familiar se basa en el ingreso familiar total. **Si usted debe realizar un pago mensual y no lo hace, el Estado cancelará su inscripción.**

Copagos para los miembros C Y D de NJ FamilyCare

Un copago es el monto que debe pagar por un servicio cubierto. Solo algunos miembros C y D de NJ FamilyCare tienen copagos. El monto del copago está impreso en su tarjeta de identificación. Los nativos de Alaska e indígenas estadounidenses menores de 19 años no tienen copagos.

Una vez que haya superado el límite de su costo compartido familiar, no tendrá que pagar un copago cuando reciba más servicios. Además, recibirá una nueva tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup cuando alcance su costo compartido familiar. Su costo compartido familiar con su copago no debería ser más del 5% de su ingreso familiar total. Siempre pida un recibo cuando pague un copago. Haga un seguimiento de lo que gasta en copagos y en sus primas. Cuando supere el monto del 5% de costo compartido, llame a NJ FamilyCare al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)** para obtener ayuda.

Los miembros con aprobación para cuidado custodial o supervisado podrían tener Responsabilidad de pago como paciente (costo compartido). La Junta de Servicios Sociales del Condado y/o la Administración del Seguro Social calculan la Responsabilidad de pago como paciente y le informan el monto al miembro y al centro.

Miembros de 55 años y más

Es posible que su patrimonio le deba reembolsar al Estado de New Jersey (DMAHS) los beneficios de Medicaid que usted recibió a los 55 años o posteriormente. Esto puede incluir pagos de primas hechos por usted a Amerigroup.

El monto que la DMAHS puede recuperar incluye, entre otros, todos los pagos por capitación hechos a cualquier organización de cuidado administrado (MCO) o agente de transporte. Esto se aplica independientemente de si se recibieron o no servicios de una persona u organización que recibió un pago de la MCO o del agente de transporte. La DMAHS puede recuperar estos montos en los siguientes casos:

- Cuando no haya un cónyuge sobreviviente.
- Cuando no haya hijos menores de 21 años sobrevivientes.
- Cuando no haya niños ciegos de cualquier edad sobrevivientes.
- Cuando no haya niños discapacitados de cualquier edad sobrevivientes, según lo determine la Administración del Seguro Social.

Se le proporcionó esta información 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.

SERVICIOS CUBIERTOS DE AMERIGROUP PARA MIEMBROS DE NJ FAMILYCARE

Estos son los servicios que Amerigroup coordinará para usted cuando los necesite. Para todos los servicios cubiertos que no sean de emergencia, debe visitar a su proveedor de atención primaria (PCP) o a un proveedor del plan de Amerigroup. Para atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911**. Para la mayoría de los demás servicios, debe acudir al PCP en primer lugar. Existen algunos servicios que puede obtener sin consultar primero a su PCP. Consulte la sección “Servicios que no necesitan referencias” para obtener más información. Su PCP lo ayudará a obtener los servicios que se mencionan a continuación cuando los necesite.

Amerigroup no discrimina en función de la identidad o expresión de género. Esto significa que, si un miembro es transgénero o de género no conformista, no denegaremos los beneficios relacionados con la atención de la salud para la afirmación de género. Cubrimos los servicios relacionados con la afirmación de género, como la terapia hormonal, las histerectomías, las mastectomías y el entrenamiento vocal. También cubrimos los servicios esenciales para la transición de género relacionada con factores médicos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 411)**.

La siguiente tabla muestra los montos de los copagos de los servicios con copago para miembros C y D de NJ FamilyCare que tienen copagos.

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|----------------------------------|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Abortos | Con cobertura de FFS. Los abortos y servicios relacionados, que incluyen (entre otros) el procedimiento quirúrgico; anestesia; revisión de antecedentes y examen físico; y análisis de laboratorio | | | |
| Acupuntura | Con cobertura de la MCO. | | | |
| Servicios para el autismo | Con cobertura de la MCO y FFS. Con cobertura solo para miembros menores de 21 años de edad con un Trastorno del Espectro Autista. Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; dispositivos y servicios de comunicación alternativa y aumentativa; servicios de integración sensorial; tratamiento de Análisis del comportamiento aplicado (ABA); e intervenciones basadas en las relaciones y el desarrollo, como los modelos basados en las relaciones, la diferencia individual y el desarrollo (DIR), que incluyen el enfoque DIR-Floortime y el enfoque Greenspan. | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sangre y productos sanguíneos | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>La sangre total y derivados, y los costos de procesamiento y administración necesarios están cubiertos.</p> <p>La cobertura es ilimitada (no hay límite en el volumen o en la cantidad de productos sanguíneos).</p> <p>La cobertura comienza cuando se usa la primera pinta de sangre.</p> | | | |
| Examen de densitometría ósea | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre una medición cada 24 meses (con más frecuencia si fuera médicamente necesario) y también la interpretación de los resultados de parte del médico.</p> | | | |
| Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Las pruebas anuales de detección de enfermedades cardiovasculares están cubiertas para todas las personas de 20 años o más. Las pruebas más frecuentes están cubiertas cuando se determinan como médicamente necesarias.</p> | | | |
| Servicios quiroprácticos | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre la manipulación de la columna solamente.</p> | | | |
| Pruebas de detección de cáncer colorrectal | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre cualquier tipo de gastos realizados en las pruebas del cáncer colorrectal en intervalos regulares para los beneficiarios de 50 años o más y para aquellas personas que estén en el grupo de edad en riesgo de padecer cáncer colorrectal.</p> | | | |
| • Enema de bario | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cuando se usa en vez de una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, se cubre una vez cada 48 meses.</p> | | | |
| • Colonoscopia | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Se cubre una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible.</p> | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|---|---|-------------------------|-------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prueba de sangre oculta en heces</i> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Con cobertura una vez cada 12 meses.</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sigmoidoscopia flexible</i> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Con cobertura una vez cada 48 meses.</p> | | | |
| <p>Servicios dentales</p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre servicios de diagnóstico, preventivos, restaurativos, de endodoncia, periodontales, de prótesis, de cirugía oral y maxilofacial y otros servicios generales adyuvantes.</p> <p>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa con documentación de necesidad médica. Los servicios de ortodoncia se permiten para los niños y tienen restricción de edad y solo se aprueban con la documentación correspondiente de una maloclusión físicamente invalidante o necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos de los servicios cubiertos incluyen lo siguiente (pero no se limitan a): evaluaciones orales (exámenes); radiografías y otros diagnósticos por imágenes; limpieza dental (profilaxis); tratamientos con flúor tópico; empastes; coronas; tratamiento de conducto; raspado periodontal y alisado radicular; dentaduras postizas completas</p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre servicios de diagnóstico, preventivos, restaurativos, de endodoncia, periodontales, de prótesis, de cirugía oral y maxilofacial y otros servicios generales adyuvantes.</p> <p>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa con documentación de necesidad médica. Los servicios de ortodoncia se permiten para los niños y tienen restricción de edad y solo se aprueban con la documentación correspondiente de una maloclusión físicamente invalidante o necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos de los servicios cubiertos incluyen lo siguiente (pero no se limitan a): evaluaciones orales (exámenes); radiografías y otras imágenes dentales; limpiezas dentales (profilaxis); tratamientos tópicos de flúor; empastes; coronas; tratamiento de conducto; raspado y alisado radicular; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos dentales (extracciones</p> | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|--------------------|---|--|-------------------------|-------------------------|
| | <p>y parciales; procedimientos quirúrgicos dentales (extracciones por incluir); anestesia/sedantes intravenosos (donde sea médicamente necesario para los procedimientos quirúrgicos bucales).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento de flúor y cualquier tipo de radiografías necesarias se cubren dos veces por año continuo.</p> <p>Los diagnósticos adicionales y los procedimientos preventivos y periodontales designados se pueden considerar para los miembros con necesidades médicas especiales.</p> <p>El tratamiento dental en una sala de operaciones o en un centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Los niños deben tener su primer examen dental al cumplir un año o cuando nazca su primer diente, lo que ocurra primero. El programa NJ Smiles le permite a los proveedores que no ofrecen servicios dentales realizar pruebas de detección bucales, evaluaciones de riesgo de caries, brindar guías anticipadas y realizar aplicaciones de barniz de flúor en niños de hasta los cinco (5) años de edad.</p> | <p>por incluir); anestesia/sedantes intravenosos (donde sea médicamente necesario para los procedimientos quirúrgicos bucales).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento de flúor y cualquier tipo de radiografías necesarias se cubren dos veces por año continuo.</p> <p>Los diagnósticos adicionales y los procedimientos preventivos y periodontales designados se pueden considerar para los miembros con necesidades médicas especiales.</p> <p>El tratamiento dental en una sala de operaciones o en un centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Los niños deben tener su primer examen dental al cumplir un año o cuando nazca su primer diente, lo que ocurra primero. El programa NJ Smiles le permite a los proveedores que no ofrecen servicios dentales realizar pruebas de detección bucales, evaluaciones de riesgo de caries, brindar guías anticipadas y realizar aplicaciones de barniz de flúor en niños de hasta los cinco (5) años de edad.</p> | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|---|-------------------------|---|-------------------------|
| | | | Los miembros C y D de NJ FamilyCare tienen un copago de \$5 por visita dental (excepto para los servicios de diagnóstico y preventivos). | |
| Pruebas de detección de diabetes | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>La prueba está cubierta (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre. Es posible que las pruebas también tengan cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> | | | |
| Suministros para la diabetes | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre los monitores de glucosa en sangre, las tiras reactivas, insulina, artículos para la aplicación de inyecciones, jeringas, bombas de insulina, dispositivos para la infusión de insulina y agentes orales para el control del nivel de azúcar en la sangre. Cubre zapatos terapéuticos o plantillas para las personas con la enfermedad del pie diabético. El calzado o las plantillas deben ser recetados por un podólogo (u otro médico calificado) y ser proporcionados por un podólogo, ortopedista, médico protésico o pedortista.</p> | | | |
| Exámenes y monitoreo de la diabetes | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre los exámenes oculares para la retinopatía diabética y exámenes de pies cada seis meses a los miembros con neuropatía periférica diabética y pérdida de sensaciones de protección.</p> | | | |
| Radiología de diagnóstico y tratamiento y servicios de laboratorio | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Con cobertura, incluido (pero sin limitarse a) tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y radiografías.</p> | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|---|---|---|-------------------------|
| Equipo médico duradero (DME) | Con cobertura de la MCO. | | | |
| Atención de emergencia | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre el departamento de emergencia y los servicios médicos.</p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre el departamento de emergencia y los servicios médicos.</p> <p>Los miembros C de NJ FamilyCare tienen un copago de \$10.</p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre el departamento de emergencia y los servicios médicos.</p> <p>Los miembros D de NJ FamilyCare tienen un copago de \$35.</p> | |
| EPSDT (servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento) | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>La cobertura incluye (pero no se limita a) atención de control para niños, pruebas de detección preventivas, exámenes médicos, pruebas de detección y servicios dentales, de la vista y de la audición (así como cualquier tratamiento identificado como necesario como resultado de los exámenes o las pruebas de detección),</p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Para los miembros B, C y D de NJ FamilyCare, la cobertura incluye pruebas de detección y exámenes médicos de diagnóstico temprano y periódicos, servicios dentales, de la visión, de la audición y de pruebas de detección de plomo.</p> <p><i>Para los miembros B, C y D de NJ FamilyCare, la cobertura para los servicios de tratamiento identificados como necesarios mediante exámenes se limita a aquellos servicios que están disponibles bajo el paquete de beneficios del plan o los servicios específicos bajo el programa de FFS.</i></p> | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | <p>vacunación (incluido el cronograma de vacunación infantil completo), prueba de detección de plomo y servicios de enfermería privada. Los servicios de enfermería privada están cubiertos para los beneficiarios de EPSDT elegibles menores de 21 años que vivan en la comunidad y cuya condición médica y plan de tratamiento justifiquen la necesidad.</p> | | | |
| <p>Servicios y suministros de planificación familiar</p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>La MCO debe reembolsar los servicios de planificación familiar proporcionados por los proveedores de la red no participantes en base al programa de cargos de Medicaid.</p> <p>El beneficio de planificación familiar brinda cobertura para los servicios y suministros a fin de evitar o retrasar el embarazo y puede incluir: la educación y el asesoramiento sobre el método de anticoncepción deseado o que la persona esté utilizando actualmente o una consulta médica para cambiar el método anticonceptivo. También incluye, pero no se limita a: esterilizaciones, definidas como cualquier procedimiento médico, tratamiento u operación con el fin de hacer que una persona quede imposibilitada de reproducirse permanentemente.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen el historial de salud y el examen físico (incluido el examen de pelvis y mamas), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos (incluidos los kits de prueba de embarazo, preservativos, diafragmas, inyecciones de Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención y consejería genética.</p> | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | <i>Excepciones: Los servicios principalmente relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad no están cubiertos (ya sea que los proporcionen proveedores dentro de la red o fuera de la red).</i> | | | |
| Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC) | Con cobertura de la MCO. Incluye los servicios de atención primaria y ambulatoria de las organizaciones basadas en la comunidad. | | | |
| Servicios de audición/ Audiología | Con cobertura de la MCO. Cubre exámenes de audición de rutina, exámenes de audición de diagnóstico y exámenes de equilibrio, exámenes otológicos y de audífonos antes de recetar los audífonos, exámenes para el ajuste de los audífonos, exámenes de seguimiento y ajustes y reparaciones después del vencimiento de la garantía. Con cobertura de audífonos y accesorios y suministros asociados. | | | |
| Servicios de agencia de cuidado médico en el hogar | Con cobertura de la MCO. Con cobertura de servicios de enfermería y servicios de terapia proporcionados por un enfermero registrado, un auxiliar de enfermería certificado o un asistente de cuidado médico en el hogar. | | | |
| Servicios de cuidado para enfermos terminales | Con cobertura de la MCO. Cubre los medicamentos para el alivio del dolor y el manejo de síntomas; los servicios médicos, sociales y de enfermería y ciertos equipos médicos duraderos y otros servicios, incluidas la terapia espiritual y la consejería de duelo. - Con cobertura en la comunidad y en otros centros institucionales. - Incluye servicios de comida y alojamiento solo cuando los servicios son proporcionados en instituciones (no en residencias). El cuidado para enfermos terminales para los inscritos menores de 21 años deberá cubrir la atención paliativa y curativa. NOTA: Cualquier tipo de atención médica no relacionada con la afección terminal del inscrito está cubierta de la misma manera en que lo estaría bajo cualquier otra circunstancia. | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Vacunación | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Con cobertura para las vacunas contra la influenza, la Hepatitis B, antineumocócica y otras vacunas recomendadas para adultos.</p> <p>El cronograma de vacunación completo para niños está cubierto como componente del plan EPSDT.</p> | | | |
| Cuidado hospitalario para pacientes internados | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre las estadías en los hospitales de acceso crítico, en los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados; atención de salud mental para pacientes hospitalizados; estadía en una habitación semiprivada; servicios de médicos y cirujanos; servicios de anestesia, laboratorio, de radiografías y otros servicios de diagnóstico; fármacos y medicamentos; servicios terapéuticos; enfermería general y otros servicios y suministros que generalmente proporciona el hospital.</p> | | | |
| • Cuidado intensivo | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Incluye comida y estadía; servicios de enfermería y otros servicios relacionados; uso de las instalaciones hospitalarias/Hospital de acceso crítico; medicamentos y medicamentos biológicos; ciertos servicios diagnósticos y terapéuticos, servicios médicos o quirúrgicos proporcionados por ciertos internistas o residentes en capacitación; y servicios de transporte (incluido el transporte en ambulancia).</p> | | | |
| • Psiquiatría | <p>Consulte el cuadro de Salud conductual para conocer los detalles de la cobertura.</p> | | | |
| Mamografías | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre una mamografía inicial para las mujeres de entre 35 y 39 años y una mamografía cada año para las mujeres de 40 años y más, y para aquellas con antecedentes familiares de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Se pueden realizar pruebas de detección adicionales si fuese médicamente necesario.</p> | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|--|---|-------------------------|-------------------------|
| Servicios para el cuidado de la salud materno infantil | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre los servicios médicos para el cuidado perinatal y el cuidado del recién nacido y los exámenes de diagnóstico de audición relacionados, incluido el cuidado de obstetras, el programa Centering Pregnancy, anticoncepción LARC posparto inmediata (Anticoncepción reversible de acción prolongada) y todos los servicios dentales (por incluir, pero sin limitarse al cuidado preventivo dental y servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).</p> <p>También cubre la educación de parto, el cuidado de una doula y apoyo para la lactancia.</p> <p>Los equipos para la lactancia, incluidos sacaleches y accesorios están cubiertos como un beneficio del DME.</p> | | | |
| Servicios de salud para adultos durante el día | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Un programa que proporciona servicios de prevención, diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación bajo supervisión médica y de enfermería en un centro de atención ambulatoria para cumplir con las necesidades de las personas con discapacidades físicas y/o cognitivas a fin de apoyar su vida en la comunidad.</p> | <p><i>Sin cobertura para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare.</i></p> | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|--|---|--|-------------------------|
| Servicios de una enfermera partera | Con cobertura de la MCO. | | Con cobertura de la MCO. Copago de \$5 por cada visita (excepto por las visitas de atención prenatal) | |
| Servicios prestados en un centro de enfermería | Con cobertura de la MCO. Es posible que los miembros tengan obligación de pago. | <i>Sin cobertura para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare.</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> A largo plazo (cuidado custodial o supervisado) | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Con cobertura para aquellas personas que necesiten Atención de nivel de custodia (MLTSS).</p> <p>Es posible que los miembros tengan obligación de pago.</p> | <i>Sin cobertura para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare.</i> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Centro de enfermería (centro para enfermos terminales) | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>El cuidado para enfermos terminales se puede cubrir en un centro de enfermería.</p> <p><i>* Consulte los Servicios de cuidado para enfermos terminales.</i></p> | <i>Sin cobertura para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare.</i> | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|--|---|---|-------------------------|-------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Centro de enfermería (especializada) | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Incluye la cobertura para Servicios de rehabilitación que se proporcionan en un centro de enfermería.</p> | <p><i>Sin cobertura para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare.</i></p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Centro de enfermería (atención especializada) | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Atención en un centro de enfermería especializada (SCNF) o en una unidad de SCNF separada o distinta dentro de un centro de enfermería convencional certificado por Medicaid para los miembros que se determine que necesitan servicios de enfermería intensivos más allá del alcance de un centro de enfermería convencional.</p> | <p><i>Sin cobertura para los miembros B, C o D de NJ FamilyCare.</i></p> | | |
| <p>Trasplantes de órganos</p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre los trasplantes de órganos médicamente necesarios incluidos (pero sin limitarse a): trasplantes de hígado, pulmones, corazón, corazón y pulmón, páncreas, riñón, córnea, intestino y médula ósea (incluidos los trasplantes alérgicos o singénicos de medula ósea).</p> <p>Incluye los costos del donante y receptor.</p> | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|--|---|---|---|--------------------------------|
| Cirugía ambulatoria | Con cobertura de la MCO. | | | |
| Hospitales para pacientes ambulatorios/ consultas clínicas | Con cobertura de la MCO. | | Con cobertura de la MCO. Copago de \$5 por consulta (sin copago si la consulta es por servicios preventivos). | |
| Rehabilitación para pacientes ambulatorios (Terapia ocupacional, fisioterapia, patologías del habla y del lenguaje) | Con cobertura de la MCO. Cubre la fisioterapia, la terapia ocupacional, la terapia de patologías del habla y la terapia de la rehabilitación cognitiva. | Con cobertura de la MCO. Cubre la terapia física, ocupacional y la terapia del habla/lenguaje. | | |
| Papanicolaou y exámenes pélvicos | Con cobertura de la MCO. Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 12 meses para todas las mujeres, independientemente del nivel determinado de riesgo de padecer cáncer del cuello del útero o vaginal. Los exámenes clínicos de mamas para todas las mujeres están cubiertos una vez cada 12 meses. Todos los costos de laboratorio asociados a las pruebas mencionadas están cubiertos. Las pruebas están cubiertas de manera más frecuente en los casos donde se consideran necesarias para fines del diagnóstico médico. | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---------------------------------------|---|--|-------------------------|-------------------------|
| Asistencia de cuidado personal | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre las tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el hogar de un beneficiario, bajo la supervisión de un enfermero(a) profesional registrado, según lo certifique un médico de acuerdo con el plan de atención escrito de un beneficiario.</p> | <p>(Inscritos elegibles en el plan B, C y D de NJ FamilyCare a través de EPSDT)</p> | | |
| Podología | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre exámenes de rutina y servicios de podología médicamente necesarios, así como zapatos terapéuticos o plantillas para aquellas personas con enfermedad del pie diabético grave y exámenes para ajustar el calzado o las plantillas.</p> <p><i>Excepciones: La atención higiénica rutinaria de los pies, como el tratamiento de callos y callosidades, corte de uñas, y la atención como la limpieza y remojo de los pies solo están cubiertos en el tratamiento de una afección patológica asociada.</i></p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre exámenes de rutina y servicios de podología médicamente necesarios, así como zapatos terapéuticos o plantillas para aquellas personas con enfermedad del pie diabético grave y exámenes para ajustar el calzado o las plantillas.</p> <p>\$5 copago por visita para los miembros C y D de NJ FamilyCare</p> <p><i>Excepciones: La atención higiénica rutinaria de los pies, como el tratamiento de callos y callosidades, corte de uñas, y la atención como la limpieza y remojo de los pies solo están cubiertos en el tratamiento de una afección patológica asociada.</i></p> | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|---|---|-------------------------|-------------------------|
| Medicamentos recetados | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Incluye medicamentos recetados (con o sin leyenda, incluidos los medicamentos administrados por un médico) vitaminas y productos minerales recetados (excepto las vitaminas prenatales y el flúor) incluido, pero sin limitarse a, vitaminas terapéuticas, como la vitamina A, D y E de alta potencia, hierro, zinc y minerales, incluido el potasio y la niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.</p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Incluye medicamentos recetados (con o sin leyenda, incluidos los medicamentos administrados por un médico) vitaminas y productos minerales recetados (excepto las vitaminas prenatales y el flúor) incluido, pero sin limitarse a, vitaminas terapéuticas, como la vitamina A, D y E de alta potencia, hierro, zinc y minerales, incluido el potasio y la niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.</p> <p>Para los miembros C y D de NJ FamilyCare hay un copago de \$1 por los medicamentos genéricos y un copago de \$5 para los medicamentos de marca.</p> | | |
| Servicios médicos - Atención médica primaria y especializada | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre los servicios médicamente necesarios y ciertos servicios preventivos en entornos ambulatorios.</p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre los servicios médicamente necesarios y ciertos servicios preventivos en entornos ambulatorios.</p> <p>\$5 de copago por cada consulta (excepto para las consultas de niño sano de acuerdo con el cronograma recomendado de la Academia Americana de Pediatría; pruebas de detección de plomo y tratamiento, vacunas adecuadas para la edad; atención prenatal y Papanicolaou, cuando corresponda).</p> | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|---|---|-------------------------|-------------------------|
| Servicios de enfermería privada | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Los servicios de enfermería privada están cubiertos para los miembros que viven en la comunidad y cuya condición médica y plan de tratamiento justifiquen la necesidad.</p> <p>Los servicios de enfermería privada solo están disponibles para los beneficiarios de EPSDT menores de 21 años y para los miembros con MLTSS (de cualquier edad).</p> | | | |
| Prueba de detección del cáncer de próstata | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre los exámenes de diagnóstico anuales incluido el examen de tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) para los hombres de 50 años y más que sean asintomáticos y para los hombres de 40 años o más con antecedentes familiares de cáncer de próstata o con otros factores de riesgo de cáncer de próstata.</p> | | | |
| Prótesis y elementos ortésicos | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>La cobertura incluye (pero no se limita a) férulas para brazos, corsés y collarines; prótesis oculares; extremidades artificiales y reemplazos, ciertas prótesis mamarias después de una mastectomía y dispositivos prostéticos para reemplazar partes o funciones de los órganos internos. También cubre la reparación certificada de calzado, audífonos y dentadura postiza.</p> | | | |
| Diálisis renal | <p>Con cobertura de la MCO.</p> | | | |
| Exámenes físicos anuales de rutina | <p>Con cobertura de la MCO.</p> | <p>Con cobertura de la MCO. Sin copagos.</p> | | |
| Programas para dejar de fumar/vapear | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>La cobertura incluye el asesoramiento para ayudarlo a dejar de fumar o vapear, medicamentos como Bupropión, Vareniclina, inhaladores orales de nicotina y aerosoles nasales de nicotina, así como también productos de venta libre incluidos los parches transdérmicos de nicotina, goma de mascar de nicotina y pastillas de nicotina.</p> | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | <p>Los siguientes recursos están disponibles para ayudarlo a dejar de fumar/vapear:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NJ Quitline: Diseñe un programa que se ajuste a sus necesidades y reciba apoyo de consejeros. Llame a la línea gratuita 1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (excepto los feriados) y los sábados de 11 a.m. a 5 p.m. hora del Este. El programa admite 26 idiomas distintos. Obtenga más información en njquitline.org. • Los servicios de transporte ModivCare están cubiertos para miembros de NJ FamilyCare B, C, o D. Todos tipo de transporte, incluidos los envíos, se encuentran disponibles para todos los miembros B, C y D. | | | |
| <p>Transporte (emergencia) <i>(Ambulancia, unidad de cuidados intensivos móviles)</i></p> | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cobertura de transporte terrestre y aéreo de emergencia, incluido (pero sin limitarse a) la ambulancia y la Unidad de cuidados intensivos móviles.</p> | | | |
| <p>Transporte (no emergencia) <i>(Ambulancia para casos que no son emergencias, vehículos de asistencia médica/vehículos de asistencia móvil (MAV), transporte en alquiler, clínica)</i></p> | <p>Con cobertura de FFS.</p> <p>El programa tarifa por servicio de Medicaid cubre todo el transporte que no es de emergencia, como los vehículos de asistencia móvil (MAV) y ambulancia (camilla) de soporte vital básico que no sea de emergencia (BLS). Servicios de transporte en vehículos de alquiler, como tarifa o pases de bus o tren; el servicio de automóvil y el reembolso por millas también están cubiertos.</p> <p>Para los servicios relacionados con COVID, están cubiertos los servicios de transporte de alquiler/automóvil, ambulatorio, ambulatorio con asistencia, silla de ruedas, camilla, pases de transporte público/bus y reembolso de millas.</p> <p>Puede requerir órdenes médicas u otro tipo de coordinación de parte del plan médico, del PCP o de los proveedores.</p> <p>Para los Los servicios de transporte de ModivCare están cubiertos para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D. Todo el transporte, incluida la librea,</p> | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|--------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | está disponible para todos los miembros, incluidos B, C y D. | | | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---------------------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|
| Atención médica urgente | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre la atención para el tratamiento de una enfermedad o lesión repentina que no sea una emergencia médica, pero que sea potencialmente perjudicial para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento dentro de 24 horas para evitar que su afección empeore).</p> | | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre la atención para el tratamiento de una enfermedad o lesión repentina que no sea una emergencia médica, pero que sea potencialmente perjudicial para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento dentro de 24 horas para evitar que su afección empeore).</p> <p>NOTA: Es posible que haya un copago de \$5 por una atención médica urgente proporcionada por un médico, un optometrista, un dentista o un enfermero especializado.</p> | |
| Servicios de cuidado de visión | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre los servicios de cuidado de los ojos médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de las enfermedades o lesiones a los ojos, incluido un examen integral de la vista una vez al año. Cubre los servicios de optometrista y aparatos ópticos, incluidas las prótesis oculares, los dispositivos para la visión deficiente, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para los miembros con diabetes.</p> | | <p>Con cobertura de la MCO.</p> <p>Cubre los servicios de cuidado de los ojos médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de las enfermedades o lesiones a los ojos, incluido un examen integral de la vista una vez al año. Cubre los servicios de optometrista y aparatos ópticos, incluidas las prótesis oculares, los dispositivos para la visión deficiente, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares.</p> <p>Los exámenes anuales para la retinopatía diabética están cubiertos para los miembros con diabetes.</p> | |

| Servicio/Beneficio | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|-----------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|
| | Se cubre un examen de la vista para detectar el glaucoma cada cinco años para las personas de 35 años o más y cada 12 meses para las personas en alto riesgo de padecer glaucoma. Ciertas pruebas de diagnóstico adicionales están cubiertas para los miembros con degeneración macular relacionada con la edad. | | Se cubre un examen de la vista para detectar el glaucoma cada cinco años para las personas de 35 años o más y cada 12 meses para las personas en alto riesgo de padecer glaucoma. Ciertas pruebas de diagnóstico adicionales están cubiertas para los miembros con degeneración macular relacionada con la edad. Copago de \$5 por consulta por los servicios de un optometrista. | |
| • Lentes correctoras | Con cobertura de la MCO. Cubre 1 par de lentes/armazones o lentes de contacto cada 24 meses para los beneficiarios de entre 19 y 59 años, y una vez al año para las personas de 18 años o menos y de 60 años o más. Cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular. | | | |

BENEFICIOS ADICIONALES DE AMERIGROUP PARA MIEMBROS DE NJ FAMILYCARE

- Amerigroup ofrece beneficios especiales para ayudarlo en su vida cotidiana. Nuestros beneficios de farmacia le brindan lo que necesita y más. Todos los miembros pueden obtener hasta \$15 cada tres meses, para destinar a determinados medicamentos de venta libre, como aspirinas o medicamentos para la tos. Consulte la sección “Medicamentos de venta libre” para obtener más información.
- A través del programa Healthy Rewards, los miembros pueden obtener recompensas por realizar actividades saludables, como las pruebas de detección de plomo y diabetes, de rutina. Healthy Rewards está disponible solo para los miembros de Amerigroup con NJ FamilyCare como su cobertura médica primaria. Para más información, llame a la Línea de Servicio de Atención al Cliente de Healthy Rewards al **888-990-8681 (TTY 711)** de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m. hora del Este.
- Los miembros también pueden ser elegibles para obtener otras recompensas como carriolas plegables, asientos de seguridad, pañales y fundas de almohadas hipoalérgicas y más por completar actividades saludables. Para informar las actividades saludables o para obtener más información sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

- Los miembros que califican para el programa federal SafeLink, pueden obtener un teléfono inteligente con 3 GB de datos y 350 minutos al mes. Como miembro de Amerigroup, también recibirá 100 minutos adicionales durante el mes de su nacimiento. Si ya tiene un teléfono, SafeLink le proporcionará una tarjeta SIM. Para hacer la solicitud, visite safelink.com o llame al **877-631-2550 (TTY 711)**.

Le brindamos estos beneficios adicionales para ayudarlo a conservar la salud y a modo de agradecimiento por elegir a Amerigroup.

Beneficios de salud conductual

Amerigroup cubre varios beneficios de Salud conductual para usted. La Salud conductual incluye tanto servicios de Salud mental y servicios de Tratamiento para trastorno de abuso de sustancias. Algunos servicios los cubre Amerigroup para usted, mientras que algunos los paga directamente el programa de tarifa por servicio (FFS) de Medicaid. Puede encontrar información detallada al respecto en la siguiente tabla. Para solicitar autorización previa para recibir un servicio de Salud conductual con cobertura de FFS, llame al Rutgers IME Addictions Access Center al **844-276-2777 (TTY 711)**. Para solicitar la autorización previa para recibir un servicio con cobertura de Amerigroup, los proveedores deben llamar a Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)**.

| Servicio/ Beneficio | Los miembros en DDD, MLTSS, o FIDE SNP | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|--|--|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Salud mental | | | | | |
| Rehabilitación de salud mental para adultos (viviendas colectivas y apartamentos supervisados) | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | Sin cobertura para los miembros B, C y D de NJ FamilyCare. | | |
| Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de Amerigroup. La cobertura incluye servicios en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados de casos agudos, un Centro de cuidados médicos a corto plazo (STCF) , o un hospital de acceso crítico. | | | |
| Red de médicos independientes o IPN (psiquiatra, psicólogo o APN) | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |

| Servicio/ Beneficio | Los miembros en DDD, MLTSS, o FIDE SNP | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|--|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Salud mental para pacientes ambulatorios | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. La cobertura incluye los siguientes servicios recibidos en un centro de Hospital General ambulatorio , servicios de Clínica/hospital de salud mental para pacientes ambulatorios y servicios de pacientes ambulatorios recibidos en un Hospital psiquiátrico privado . Los servicios en estos centros están tienen cobertura para los miembros de todas las edades. | | | |
| Atención parcial (Salud mental) | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. Limitado a 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días a la semana). Se requiere autorización previa. | | | |
| Hospitalización parcial aguda por salud mental/ Hospitalización parcial psiquiátrica | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. La admisión es solo mediante un centro de diagnóstico de emergencia psiquiátrica o alta de paciente hospitalizado post psiquiátrica. Se requiere autorización previa para la Hospitalización parcial aguda. | | | |
| Servicios de emergencia psiquiátrica (PES)/Servicios de emergencia afiliados (AES) | Con cobertura de FFS para todos los miembros. | | | | |
| Tratamiento para trastorno de abuso de sustancias | La Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (ASAM) proporciona directrices que se utilizan para ayudar a determinar qué tipo de tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias (SUD) es adecuado para una persona que necesite recibir servicios de SUD. Algunos de los servicios en este cuadro muestran el nivel de la ASAM asociado a ellos (que incluye "ASAM" seguido por un número). | | | | |
| Desintoxicación médica para pacientes hospitalizados/ Manejo de la abstinencia | Con cobertura de Amerigroup para todos los miembros. | | | | |

| Servicio/ Beneficio | Los miembros en DDD, MLTSS, o FIDE SNP | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|--|---|--|--|--|--|
| para pacientes con medicamentos controlados (en un hospital) ASAM 4 - WM | | | | | |
| Desintoxicación no médica/ Manejo de la abstinencia no hospitalario ASAM 3.7 - WM | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |
| Tratamiento residencial a corto plazo asociado con el trastorno de abuso de sustancias (STR) ASAM 3.7 | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |
| Tratamiento residencial a largo plazo (LTR) ASAM 3.1 | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |
| Atención parcial (CP) para el trastorno de abuso de sustancias ASAM 2.5 | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |

| Servicio/ Beneficio | Los miembros en DDD, MLTSS, o FIDE SNP | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|---|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Manejo ambulatorio de la abstinencia con monitoreo en terreno extendido/ desintoxicación ambulatoria ASAM 2 - WM | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |
| Servicios ambulatorios intensivos para el trastorno de abuso de sustancias (IOP) ASAM 2.1 | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |
| Servicios ambulatorios para el trastorno de abuso de sustancias (OP) ASAM 1 | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |
| Tratamiento para adicciones en el consultorio (OBAT) | Con cobertura de Amerigroup. Cubre la coordinación de servicios para pacientes en base a las necesidades para crear y mantener un plan de atención SUD integral e individualizado y para hacer referencias a programas de apoyo comunitario según sea necesario. | | | | |
| Servicios para tratamiento con opioides | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. Incluye la cobertura para el Tratamiento asistido con medicamentos con metadona (MAT) y para el Tratamiento asistido con medicamentos sin metadona. La cobertura para el Tratamiento asistido con medicamentos sin metadona incluye (pero no se limitan a) medicamentos para el tratamiento de | | | |

| Servicio/ Beneficio | Los miembros en DDD, MLTSS, o FIDE SNP | Plan A/ABP de NJ FamilyCare | Plan B de NJ FamilyCare | Plan C de NJ FamilyCare | Plan D de NJ FamilyCare |
|---|---|--|--|--|--|
| | | antagonistas y agonistas opioides aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos; asesoramiento para el trastorno por abuso de sustancias; terapia individual y grupal y pruebas de toxicología. | | | |
| <i>Servicios para el autismo</i> | | | | | |
| Análisis del comportamiento aplicado (ABA) | Con cobertura de Amerigroup. Con cobertura para miembros desde los 18 meses hasta los 21 de edad con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (ASD). | | | | |
| Intervenciones basadas en el desarrollo y las relaciones incluidos los modelos basados en el Desarrollo, las diferencias individuales y relaciones (DIR) | Con cobertura de Amerigroup. Con cobertura para miembros desde los 18 meses hasta los 21 de edad con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (ASD). | | | | |
| Servicios de apoyo de pares para la recuperación (PRSS) proporcionados por clínicas independientes de control de drogas/alcohol | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |
| Administración de cuidados médicos (SUD) | Con cobertura de Amerigroup. | Con cobertura de FFS. | | | |

SERVICIOS QUE NO REQUIEREN REFERENCIAS

Si bien los beneficios de NJ FamilyCare no requieren referencias para proveedores participantes, se recomienda que visite a su PCP y que este realice las gestiones para que lo atienda un especialista y le suministre una receta escrita que le informe al especialista la razón por la cual lo refieren para que reciba atención especializada. Esto indica que su PCP desea que usted consulte a otro proveedor que se especializa en el tratamiento de determinadas enfermedades. Puede recibir los siguientes servicios sin la referencia de su PCP de Amerigroup:

- Atención de emergencia.
- Exámenes anuales de un obstetra/ginecólogo.
- Cuidado proporcionado por el personal de enfermería de su proveedor de atención primaria o el asistente médico.
- Especialistas dentro de la red.
- Cuidado dental de un dentista general del plan LIBERTY Dental, un dentista pediátrico (especialista dental para niños) u otro especialista dental participante.
- Planificación familiar de cualquier proveedor del plan de Amerigroup o proveedor de planificación familiar de FFS aprobado.
- Atención prenatal de un obstetra o una enfermera obstetra certificada del plan de Amerigroup.
- Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, de su PCP de Amerigroup o proveedor de Medicaid aprobado por el Estado que usted elija.
- Cuidado de visión de un proveedor de Superior Vision.
- Servicios de EPSDT de un proveedor de Amerigroup. Consulte la sección “Servicios cubiertos por Amerigroup para los miembros de Medicaid y de NJ FamilyCare” para obtener detalles.
- Mamografías (se requiere una receta de su PCP).

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR AMERIGROUP NI TARIFA POR SERVICIO PARA MIEMBROS DE NJ FAMILYCARE

Hay otros servicios que no son parte de sus beneficios de Amerigroup. Estos servicios tampoco están cubiertos por el programa NJ FamilyCare. Estos servicios se indican a continuación:

- Todos los servicios que su PCP o Amerigroup indiquen que no son médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética, excepto cuando sea médicamente necesaria y con aprobación previa.
- Trasplantes de órganos experimentales.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento de infertilidad, junto con inversiones de esterilización y prácticas relacionadas (médicas o clínicas), medicamentos, servicios de laboratorio, radiológicos y de diagnóstico y cirugías.
- Medicamentos para tratar la disfunción eréctil.
- Curas de reposo, artículos de comodidad y conveniencia personales, servicios y suministros no relacionados directamente con el cuidado del paciente, junto con comidas y alojamiento para invitados, cargos telefónicos, gastos de viaje, suministros para llevar y costos similares.
- Cuidado de relevo (excepto para miembros de MLTSS y DDD).
- Servicios que implican el uso de equipos en centros cuando la compra, el alquiler o la construcción del equipo no han sido aprobados por la ley de New Jersey.

- Todas las reclamaciones que provienen directamente de servicios proporcionados por instituciones federales o en estas.
- Servicios gratuitos proporcionados por programas públicos o voluntarios.
- Servicios o artículos proporcionados para cualquier enfermedad o lesión mientras el miembro cubierto sea un militar activo.
- Pagos por servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios (conforme a los Estatutos Anotados de New Jersey 52:34-13.2 y la Sección 6505 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010, que enmienda la Sección 1902(a) de la Ley del Seguro Social.
- Servicios o artículos proporcionados para cualquier enfermedad o lesión accidental que se origine durante el empleo y como consecuencia de este en relación con la cual los beneficios disponibles (ley de compensación de los trabajadores, ley de beneficios por discapacidad temporal, ley de enfermedades ocupacionales o leyes similares); esto se aplica sin importar si el miembro reclama o recibe beneficios, y si un tercero obtiene un resarcimiento por daños o no.
- Cualquier beneficio cubierto o pagadero conforme a cualquier póliza de seguros de salud, contra accidentes u otro.
- Cualquier servicio o artículo proporcionado que el proveedor normalmente brinda de forma gratuita.
- Servicios proporcionados por un pariente cercano o un integrante de la familia del miembro de Medicaid (excepto para miembros del Programa de preferencia personal).
- Servicios facturados cuando los registros de atención de la salud no reflejan correctamente el código de facturación/procedimiento del proveedor.
- Servicios o artículos reembolsados según un estudio de costos y otra evidencia tomada por el estado de New Jersey.

DISTINTOS TIPOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Atención de rutina y de bienestar

En la mayoría de los casos, si necesita cuidado médico, debe llamar a su proveedor de atención primaria (PCP) para concertar una cita. Esto cubrirá la mayoría de las enfermedades y lesiones menores, como así también los chequeos regulares. Este tipo de cuidado se conoce como **atención de rutina**. Debería poder consultar a su PCP en el plazo de 28 días para tener una cita de rutina y a su dentista de atención primaria (PCD) para recibir cuidado dental en el plazo de 30 días; para recibir cuidado de la salud conductual debería poder realizar una consulta en el plazo de 10 días. Su PCP es alguien a quien usted consulta cuando no se siente muy bien, pero cuidar de usted no es el único trabajo de su PCP. El PCP también se ocupa de su salud antes de que se enferme. Esto se conoce como **atención de bienestar**.

Atención de urgencia

Otro tipo de atención es la **atención de urgencia**. Hay algunas enfermedades y lesiones que no son emergencias, pero que se pueden convertir en emergencias si no se tratan en un plazo de 24 horas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Vómitos
- Quemaduras o cortes menores
- Dolores de oído

- Dolores de cabeza
- Dolor de garganta
- Fiebre superior a 101 grados Fahrenheit
- Esguince/distensión muscular
- Sangrado controlable/encías sensibles
- Dolor de muelas
- Pérdida de empaste/corona

Para la atención de urgencia, llame a su PCP o PCD. Su PCP o PCD le dirá qué hacer. Su PCP o PCD puede pedirle que acuda a su consultorio inmediatamente. Es posible que le diga que vaya a otro consultorio para recibir cuidado de inmediato. Siga las indicaciones de su PCP o PCD en todo momento. En algunos casos, su PCP o PCD podría decirle que vaya a la sala de emergencia de un hospital para recibir cuidado. Para más información, consulte la siguiente sección sobre atención de emergencia.

Si no puede comunicarse con su PCP, llame a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener asesoramiento sobre la atención urgencia.

Debería poder consultar a su PCP o a un proveedor de atención de urgencia dentro de las 24 horas para una cita de atención de urgencia; para cuidado dental, dentro de los tres días; para cuidado de la salud conductual, dentro de las 24 horas.

Los miembros que no tengan un PCD pueden llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para que los ayuden a ubicar un proveedor de servicios dentales en una situación de urgencia.

Atención de emergencia

Después de la atención de rutina/bienestar y de urgencia, viene otro tipo de atención, que es la **atención de emergencia**. En caso de una emergencia, llame al **911** o diríjase de inmediato a la sala de emergencia del hospital más cercano. Para obtener asesoramiento, llame a su PCP o a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Es fundamental obtener cuidado médico lo antes posible. Debería poder consultar a un proveedor inmediatamente para obtener atención de emergencia (para cuidado dental, dentro de las 48 horas; para cuidado de la salud conductual, de inmediato).

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia es cuando no consulta a un proveedor de inmediato por problemas de salud que podrían causar la muerte o lesiones físicas graves. El problema debe ser tan grave que alguien con conocimiento promedio de salud pueda darse cuenta de que el problema puede poner en peligro su vida o causar daños graves. Esto se conoce como una **condición médica de emergencia**.

Estos son algunos ejemplos de casos que muy probablemente sean condiciones médicas de emergencia:

- Sangrado profuso que no se detiene
- Dolor fuerte que no se detiene
- Dolor en el pecho/parálisis facial
- Quemaduras graves
- Desmayos
- Sacudidas, llamadas convulsiones
- Reacciones alérgicas graves
- Dificultad para respirar
- Aborto espontáneo
- Fracturas de huesos
- Vómito con sangre
- Sospecha de intoxicación o sobredosis de medicamentos/drogas
- Abuso sexual o violación
- Inicio del trabajo de parto

Si usted piensa que necesita atención de emergencia, Amerigroup pagará por su examen según el estándar de persona prudente no experta en la sala de emergencia de cualquier hospital. El proveedor del departamento de emergencias lo revisará para determinar si necesita atención de emergencia. Amerigroup también proporcionará beneficios para los cuidados **posteriores a la estabilización** que sean médicamente necesarios. Estos son servicios que recibe después del cuidado médico de emergencia. Estos servicios son para ayudar a mantener estable su afección. Si no necesita atención de emergencia, el hospital puede llamar a su PCP para determinar si debería tratarse en el hospital. También es posible que en el hospital le digan que vaya a su PCP para recibir cuidados. **Amerigroup** pagará por la atención de emergencia, incluidas pruebas de detección, cuando una persona promedio considere que su afección es una emergencia. Pagaremos incluso si después se determina que no era una emergencia. Una persona promedio sabe lo fundamental sobre salud y medicina, y cree que la salud de la persona estaría en grave peligro si no obtuviera cuidado de inmediato.

No obtener cuidado médico de inmediato podría hacer que las funciones corporales no funcionen de manera correcta o directamente no funcionen. Lo mismo ocurre con las mujeres embarazadas cuya salud o la de su bebé no nacido estarían en grave peligro. **No necesita aprobación de su PCP ni de Amerigroup para recibir servicios de emergencia.**

Si recibe servicios de emergencia:

- No tiene que mostrar su tarjeta de identificación de Amerigroup antes de recibir atención de emergencia.
- No es necesario que obtenga una referencia ni aprobación previa.
- Debe llamar a su PCP o pedirle a alguien que lo haga por usted.
- Debe llamar a su PCP si el hospital quiere que usted reciba cuidado de seguimiento. Su PCP puede ayudarlo a encontrar al médico adecuado para su cuidado de seguimiento.

Cuidado dental de emergencia

Amerigroup pagará el cuidado dental de emergencia. Si necesita cuidado dental de emergencia, llame a su dentista de inmediato. Consulte la sección “Cómo elegir a un dentista” para obtener más detalles. Puede recibir atención de emergencia cubierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por problemas dentales como:

- Mandíbula fracturada o dislocada.
- Sangrado intenso o descontrolado de la boca.
- Caída de un diente permanente.
- Dolor muy intenso en las encías alrededor de un diente, con o sin fiebre.
- Dolor por una lesión en la boca o la mandíbula.
- Infección/hinchazón del rostro.

Si no puede comunicarse con su dentista, puede llamar a LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 711)**. Puede solicitar ayuda para cuidado dental de emergencia de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. También puede hablar con un representante de LIBERTY Dental fuera del horario normal entre las 8 p.m. y las 8 a.m. o los fines de semana. Puede llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup después del horario de atención al **800-600-4441 (TTY 711)**. Puede consultar a un dentista de LIBERTY Dental. También puede consultar a un dentista que no sea parte del plan de Amerigroup, visitar una clínica o acudir al departamento de emergencias de un hospital para recibir cuidado dental de emergencia. Puede visitar la sala de emergencia por una emergencia dental en caso de una mandíbula fracturada o dislocada, trauma facial o infección/hinchazón grave. Debe ir a la sala de emergencia si tiene un dolor extremo o un sangrado incontrolable.

Si está fuera de la ciudad y necesita cuidado dental de emergencia, puede ir a cualquier dentista, clínica o sala de emergencia para recibir cuidado. También puede llamar a LIBERTY Dental al **833-276-0848 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., para recibir ayuda para encontrar un dentista.

Si necesita ir al hospital

Debe utilizar los hospitales del plan de Amerigroup, a menos que tenga una emergencia o que necesite un servicio que solo puede obtener en otro lugar. Estos hospitales figuran en el directorio de proveedores. Puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y solicitar una copia del directorio de proveedores. También puede ver el directorio en línea en **myamerigroup.com/NJ**. Debido a que su PCP coordina su cuidado, él obtendrá nuestra aprobación si usted debe ir al hospital, a menos que sea una emergencia. Su PCP solicitará la aprobación, y usted será admitido.

Salud conductual (salud mental/trastorno de abuso de sustancias)

A veces, tratar con el estrés de las tareas y la vida diaria, y/o experiencias postraumáticas puede llevar a la depresión, la ansiedad y otros desafíos de la salud mental. También puede provocar problemas matrimoniales, familiares y/o de crianza. Además, los factores estresantes de la vida pueden llevar al abuso de alcohol y drogas ilegales. Si usted o un familiar están experimentando alguno de estos problemas, pueden recibir ayuda. Llame a Servicios para

Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. También podemos darle el nombre de un profesional especialista en salud conductual si lo necesita. Para comunicarse con la Línea de ayuda para casos de crisis de salud conductual de NJ, llame al **877-842-7187 (TTY 711)**. Recuerde que no debe usar esta línea en lugar del **911**. En caso de estar en riesgo inminente, llame al **911** o vaya a una sala de emergencia.

Si considera que un especialista en salud conductual no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Éste podrá ayudarlo a buscar un tipo de especialista diferente.

Algunos tratamientos y servicios requieren que su PCP o especialista en salud conductual le soliciten a Amerigroup una aprobación antes de que usted pueda recibirlos. Su PCP le dirá cuáles son. Si tiene preguntas sobre las referencias y cuándo necesita una, contáctese con Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Atención fuera de la ciudad

Si necesita atención de emergencia o de urgencia y no se encuentra en la ciudad, vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano o llame al **911**. Consulte las secciones anteriores para obtener más información sobre la atención de emergencia y de urgencia. También puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Si necesita atención de rutina, como un chequeo o reposición de medicamentos recetados, cuando esté fuera de la ciudad, llame a su PCP o a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.

Si está fuera de la ciudad y necesita cuidado dental de emergencia, vaya a cualquier dentista para recibir cuidado. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para informar que recibió cuidado de un dentista fuera de la ciudad.

Si necesita surtir un medicamento recetado cuando esté fuera de su área de servicio local, lleve sus medicamentos recetados o reposiciones y su tarjeta de identificación de Amerigroup con usted. Vaya a cualquier farmacia de la red en New Jersey, New York, Pennsylvania y Delaware para surtir su medicamento recetado. Utilice la herramienta **Búsqueda de proveedores (Provider Search)** en línea en **myamerigroup.com/NJ** para encontrar una farmacia de la red. O bien, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para encontrar una. La farmacia surtirá su receta usando la información de miembro y beneficio que se muestra en su tarjeta de identificación de Amerigroup.

Si viaja fuera de New Jersey, New York, Pennsylvania y Delaware, necesitará la aprobación de **Amerigroup** antes de obtener el medicamento. La farmacia deberá enviar una reclamación usando la información de miembro y beneficio que figura en su tarjeta de identificación de Amerigroup. Si paga el medicamento de su bolsillo y luego presenta la reclamación, no hay garantía de que reciba el respectivo reembolso.

Nuevos tipos de cuidado

Los directores médicos de **Amerigroup** y los proveedores de la red siempre están analizando nuevos tratamientos y estudios médicos. Hacen esto para determinar lo siguiente:

- Si estos nuevos tratamientos deberían ser beneficios cubiertos.
- Si el gobierno estableció que el tratamiento es seguro y eficaz.
- Si los resultados son tan buenos como los tratamientos de beneficios cubiertos que se usan actualmente, o si son mejores.

VISITAS DE BIENESTAR: SERVICIOS DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO Y PERIÓDICO

Intervención temprana

Los primeros tres años de vida son años de formación importantes para maximizar el potencial futuro de un niño. Si sospecha que su bebé o niño pequeño podría tener retrasos en el desarrollo, comuníquese con los Servicios de intervención temprana al **888-653-4463**. La llamada es sin cargo para los residentes de New Jersey.

Los servicios de intervención temprana están diseñados para abordar un problema o un retraso en el desarrollo lo antes posible. Estos servicios están disponibles para bebés y niños de hasta 3 años. Las agencias contratadas se desempeñan como proveedores del Programa de Intervención Temprana (EIP) y se encargan de que los profesionales de intervención temprana satisfagan las necesidades de los niños elegibles y de sus familias. Después de la evaluación y el examen, se crea un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP). En un IFSP, se describen los servicios que el niño y la familia necesitan, así como la forma en que se prestarán. Profesionales calificados prestan los servicios en entornos naturales, que son aquellos en los que los niños sin necesidades especiales suelen participar y que resultan más cómodos y convenientes para la familia. Algunos ejemplos incluyen el hogar, una agencia comunitaria o un centro para el cuidado de niños.

Por qué la atención de bienestar es importante para los niños

Todos necesitamos consultar a un proveedor de atención primaria (PCP) a veces, incluso cuando nos sentimos bien. Las visitas de bienestar son fundamentales para mantenerse saludable. Cuando se convierta en miembro de Amerigroup, llame a su PCP y programe su primera cita en un plazo de 90 días calendario desde su inscripción o antes en el caso de los niños. Para asegurarse de que estén lo más saludables posible, usted y su familia deberían usar los servicios dentales y médicos preventivos de forma regular.

Los bebés, los niños y las mujeres embarazadas necesitan más cuidado para que los niños puedan tener un buen comienzo en la vida. Sus hijos deberían realizar las siguientes visitas de control para niños en las diferentes edades.

Desde el nacimiento hasta un año

Los bebés necesitan consultar a un PCP al menos siete veces durante su primer año y con mayor frecuencia si se enferman. En las siete visitas de control para niños, su PCP hará lo siguiente:

- Se asegurará de que su bebé esté creciendo bien.
- Controlará la visión y audición de su bebé.
- Le dirá cómo cuidar a su bebé.
- Le dirá con qué alimentar a su bebé.
- Le dirá cómo ayudar a dormir a su bebé.
- Responderá todas las preguntas que tenga.
- Buscará problemas que puedan requerir más atención médica.
- Vacunará a su bebé para protegerlo de enfermedades como tos ferina, poliomielitis, tétanos y otras enfermedades.
- Lleve a su bebé a ver al PCD para una primera visita dental tan pronto como le salga el primer diente. Su bebé debe ver a un dentista cuando cumpla 1 año o dentro de los seis meses de haberle salido el primer diente. Consulte la sección “Información sobre NJ Smiles” para obtener más información.

La primera visita de las siete visitas de control para niños ocurre en el hospital después del parto. Para las siguientes seis visitas, debe llevar al bebé a ver a su PCP. Amerigroup intentará ayudarlo a elegir un PCP para su bebé antes de que nazca. Si su bebé no tiene un PCP del plan de Amerigroup, llame a Servicios para Miembros para elegir uno. Solo debe llamar al **800-600-4441 (TTY 711)**. Debe programar las visitas de control para niños con el PCP del bebé cuando tenga las siguientes edades:

- Recién nacido
- Menos de 6 semanas
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses

De 1 a 2 años

Durante el segundo año, un bebé debe ir al dentista dos veces por año o con más frecuencia si su dentista recomienda algún cuidado de seguimiento. Su bebé también debe consultar a un PCP tres veces más para las visitas de control para niños. Si su bebé se enferma, debe ver al PCP más seguido. Debe llevarlo al PCP cuando tenga las siguientes edades:

- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses

De 2 a 20 años

Usted y sus hijos deberían seguir yendo a su PCP para visitas de bienestar todos los años hasta los 20 años. Usted y sus hijos también deberían consultar al dentista de su familia dos veces al año para exámenes y limpiezas, así como para completar cualquier tratamiento que recomiende su dentista. Estas visitas los ayudarán a usted y a sus hijos a mantenerse saludables. También ayudan a los PCP a detectar los problemas de salud lo antes posible, cuando es más fácil solucionarlos.

Prueba de detección de plomo en sangre

Su PCP de Amerigroup controlará los niveles en sangre de su hijo:

- Entre los 9 y los 18 meses (preferentemente a los 12 meses).
- Entre los 18 y los 26 meses (preferentemente a los 24 meses).
- Entre los 27 y los 72 meses si nunca se controlaron sus niveles en sangre.

A continuación se presenta un ejemplo de la manera en que las visitas de bienestar pueden ayudar a evitar enfermedades. Las casas y los departamentos más antiguos (construidos antes de 1978) eran pintados con pintura a base de plomo. Con el tiempo, la pintura a base de plomo se descascara y cae de las paredes. Las pinturas a base de plomo tienen un sabor dulce y es posible que los niños la coman. Las pequeñas hojuelas y el polvo de la pintura pueden ser inhalados. Además de la pintura, existen muchas otras fuentes de plomo a las que su hijo podría estar expuesto. El plomo puede estar presente en algunas fuentes de agua y, en algunos casos, en juguetes o alimentos de otros países. Demasiado plomo en la sangre de los niños puede ocasionar daño cerebral permanente y les dificultará el buen desempeño en la escuela. Durante una visita de control para niños, su PCP analizará la sangre de su hijo para detectar plomo y otros problemas. Su PCP también puede referirlo a otro consultorio para que le hagan el análisis de sangre para detectar plomo. Al encontrar y solucionar el problema con el plomo de forma temprana, su PCP puede ayudar a evitar que se presenten problemas más graves más adelante.

La omisión de las visitas de bienestar

Es importante que vaya a su PCP para las visitas de bienestar, no solo cuando está enfermo. Si no está seguro de cuándo debería ir a una visita de bienestar, llame a su PCP o a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)**. Ir a las visitas de bienestar a tiempo es fundamental. Si falta a una visita de bienestar, asegúrese de que usted y sus hijos vayan al PCP lo antes posible. Si necesita ayuda para programar la visita, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup. Si no ha visitado al PCP a tiempo, Amerigroup intentará contactarlo para ver si necesita ayuda.

TIPOS ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD

Cuidado especial para miembros embarazadas

Cuidando de Mí y de Mi Bebé (Taking Care of Baby and Me®) es el programa de Amerigroup para las miembros embarazadas. Es esencial que consulte a su proveedor de atención primaria (PCP) o ginecólogo obstetra para recibir atención prenatal cuando está embarazada.

La atención prenatal puede ayudarla a tener un bebé sano. También es fundamental recibir atención de posparto después de que haya tenido al bebé. Con nuestro programa, los miembros reciben información de salud y hasta \$30 en Healthy Rewards por recibir atención prenatal y de posparto.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con sus necesidades médicas más complicadas. Los enfermeros administradores de casos trabajan de cerca con estas miembros para proporcionarles lo siguiente:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de salud del proveedor.
- Información sobre servicios y recursos locales, como transporte, programas de visitas al hogar, lactancia materna, asesoramiento y el programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC).

Nuestros enfermeros y otros miembros del personal también trabajan con los proveedores y ayudan con otros servicios que puedan necesitar las miembros. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

Servicios de doula

Amerigroup ahora cubre servicios de doula. Las doulas brindan asistencia a madres a punto de parir antes, durante y justo después del parto, así como durante el periodo de posparto. Una doula no reemplaza a un médico o partera, y no puede asistir en el parto de un bebé.

Si necesita ayuda para encontrar una doula, llame al Departamento de Administración de Casos de Obstetricia de Amerigroup al **800-452-7101, ext. 106-134-2111**.

Centering Pregnancy

Este beneficio les brinda a las miembros embarazadas la oportunidad de participar en atención prenatal grupal basada en el modelo Centering. El programa Centering Pregnancy consiste de visitas prenatales con un proveedor y un grupo reducido de pacientes con fechas de parto similares. Cada visita les permite a las miembros embarazadas tener más tiempo con su proveedor. Las sesiones están diseñadas para tratar temas de salud importantes, de manera oportuna, al tiempo que permiten el tiempo necesario para analizar temas que son importantes para el grupo, como la nutrición, el trabajo de parto y el parto, la lactancia materna, y cómo cuidar a su bebé. Para obtener una lista de los proveedores de cuidado médico que ofrecen el programa Centering Pregnancy, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Atención de calidad para usted y su bebé

En Amerigroup, queremos brindarle la mejor atención durante el embarazo. Por eso, la inscribimos en My Advocate[®], que forma parte de nuestro programa Taking Care of Baby and Me[®]. My Advocate[®] le brinda la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante el embarazo.

Conozca My Advocate[®]

My Advocate[®] proporciona educación útil y divertida sobre salud maternal por teléfono, mensajes de texto y una aplicación para teléfono inteligente. Podrá conocer a MaryBeth, la personalidad automatizada de My Advocate[®]. MaryBeth responderá a sus necesidades a medida que vayan cambiando junto con el crecimiento y el desarrollo de su bebé. Usted contará con lo siguiente:

- Educación que podrá resultarle útil.
- Comunicación con su administrador de casos mediante mensajes por My Advocate[®] en caso de que surjan preguntas o problemas.
- Un sencillo programa de comunicación.
- Todo sin costo alguno para usted.

Con My Advocate[®], se protege la seguridad y privacidad de su información. Cada vez que MaryBeth llame, le preguntará su año de nacimiento. No dude en decírselo, ya que lo necesita para asegurarse de que está hablando con la persona correcta.

Clases de preparación para el parto

Las clases de preparación para el parto preparan a las miembros embarazadas y sus parejas para las últimas etapas del embarazo. Se cubren temas como los siguientes:

- Lo que puede esperar durante el trabajo de parto y el parto, y después de que llega el bebé.
- Métodos de respiración y relajación para el parto.
- Uso de anestesia y medicamentos.
- Cómo cambiar el pañal de su bebé.

Recomendamos que tome estas clases durante los últimos dos meses de su embarazo.

Su proveedor es responsable de facturarle directamente a Amerigroup por cada clase que usted tome. **No pague por estos servicios de su bolsillo porque son un beneficio cubierto.**

Amerigroup les reembolsará directamente a los proveedores por las clases de preparación para el parto.

Ayudamos a que usted y su bebé estén sanos

Las llamadas de My Advocate® dan respuesta a sus preguntas y le brindan apoyo médico si lo necesita. Se hará una llamada importante que funcionará como examen médico de diagnóstico y a la que seguirán otras llamadas informativas continuas. Lo único que debe hacer es escuchar, aprender y responder a una o dos preguntas por teléfono. Si le cuenta a MaryBeth que tiene algún problema, un administrador de casos la llamará. Los temas que trata My Advocate® incluyen los siguientes:

- Embarazo y cuidado de posparto
- Atención de control para niños
- Depresión posparto
- Vacunas
- Consejos para una vida sana

Cuando queda embarazada

Si cree que está embarazada, llame de inmediato a su PCP o a su proveedor ginecólogo obstetra. No necesita una referencia de su PCP para ver a un ginecólogo obstetra. El ginecólogo obstetra debe verla en un plazo de 14 días. Podemos ayudarla a buscar un ginecólogo obstetra en el plan de Amerigroup, si fuera necesario.

Además, debe llamar a Servicios para Miembros cuando se entere de que está embarazada. Solo llame al **800-600-4441 (TTY 711)**. Esto la ayudará a asegurarse de elegir un PCP para su bebé. Si es una nueva miembro de Amerigroup embarazada y la ha atendido un proveedor que no pertenece a Amerigroup por al menos un chequeo prenatal completo antes de inscribirse en Amerigroup, puede continuar viendo a ese proveedor con aprobación de Amerigroup durante el embarazo, el parto y hasta dos meses luego del nacimiento de su bebé.

Le enviaremos un libro educativo, llamado Pregnancy and Beyond Resource Guide (Guía de recursos durante el embarazo y después de este). El libro incluye lo siguiente:

- Información sobre el cuidado personal en relación con el embarazo.
- Una sección del libro para escribir lo que le suceda durante su embarazo.
- Información sobre My Advocate® relativa al programa y sobre cómo inscribirse y obtener información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, mensaje de texto o una aplicación para teléfonos inteligentes.
- Una sección llamada Labor, Delivery and Beyond (El trabajo de parto, el parto y después del parto) con información sobre lo que puede esperar en el tercer trimestre.
- Información del programa Healthy Rewards sobre cómo canjear sus recompensas por cuidado prenatal y de posparto.
- Una sección del libro dedicada a tener un bebé saludable, la depresión posparto y el cuidado del recién nacido, que incluye recursos útiles.
- Información sobre la elaboración de un plan de vida familiar y sobre la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC).

El libro de cuidado personal le brinda información sobre su embarazo. También puede usar el libro para escribir lo que le suceda durante su embarazo y obtener recompensas por el cuidado prenatal y de posparto. Puede usar el libro sobre el cuidado del bebé para escribir las cosas que sucedan durante el primer año de su bebé. Este libro brinda información sobre el crecimiento del bebé.

Cuando esté embarazada, debe visitar a su PCP o ginecólogo obstetra al menos:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.
- Cada dos semanas durante el séptimo y el octavo mes.
- Cada semana durante el último mes.

Es posible que su PCP o ginecólogo obstetra quiera que lo visite más seguido según sus necesidades.

¿Ya ha decidido cómo desea dar a luz? Si aún no lo ha hecho, es recomendable que comience a investigar. Todas las opciones implican riesgos y beneficios. A veces, el parto se induce antes de las 39 semanas. Si su proveedor le recomienda un parto antes de las 39 semanas, pregunte el motivo. A menos que tenga una condición médica, la mejor opción para usted y su bebé es esperar a que usted comience con el trabajo de parto de forma natural.

Durante el embarazo, tiene que cuidar bien de su salud. Puede obtener alimentos saludables del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Para obtener una lista de las agencias locales y área de servicio del WIC, visite state.nj.us/health/fhs/wic/documents/WIC_offices.pdf.

También necesita cuidado dental regular mientras esté embarazada y luego de tener al bebé. Esto incluye chequeos, limpiezas y todo tratamiento necesario para eliminar las infecciones dentales, las enfermedades de las encías y las caries. Consulte la sección “Cómo elegir a un dentista” para obtener más detalles.

También puede recibir un sacaleches y suministros gratuitos a través de sus beneficios de Amerigroup. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Cuando nazca su bebé

Cuando dé a luz a su bebé, usted y el bebé pueden quedarse en el hospital por lo menos:

- Dos días (después del día del parto) en el caso de un parto natural.
- Cuatro días (después del día del parto) en el caso de una cesárea.

Pueden quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé determinan que usted y su bebé están bien. Usted y su bebé deben quedarse en el hospital hasta que su proveedor diga que pueden marcharse. Usted y su bebé pueden marcharse del hospital antes de que el proveedor lo indique, pero no es aconsejable. Si usted y su bebé se marchan del hospital antes, el proveedor puede pedirle que lo visite en un consultorio o que un enfermero la vea en casa en un plazo de 48 horas. Mientras esté en el hospital, puede pedir consultar a un especialista en lactancia para que le enseñe a amamantar a su bebé.

Es importante que programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra después de tener al bebé, para realizarse su chequeo posparto. Es posible que se sienta bien y piense que se está recuperando, pero el cuerpo demora al menos seis semanas en recuperarse del parto.

- Es importante hacer una visita de seguimiento con su proveedor obstetra después del parto. Lo mejor sería verla en un plazo de 1 a 3 semanas, como máximo 12 semanas después del parto. Su salud es importante para toda la familia.
- Es posible que su médico quiera verla antes de las tres semanas si tuvo ciertos problemas antes o después del parto, como presión arterial alta, o si tuvo un parto por cesárea.

Llame a la Agencia local de bienestar de su condado luego de tener al bebé. Consulte la tabla “Agencias de bienestar del condado locales” para conocer los números de teléfono. De esta manera, puede solicitar la cobertura del bebé a través de Medicaid. También debe llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)** apenas pueda para informarnos que tuvo un bebé. Necesitaremos información sobre su bebé. Es posible que ya haya elegido un PCP para su bebé antes del nacimiento. Si no es así, podemos ayudarla a elegir un PCP para el bebé.

Si usted está inscrita en My Advocate® y recibió llamadas educativas durante el embarazo, ahora recibirá llamadas sobre educación de posparto y de prevención para niños hasta 12 semanas después del parto.

Servicios especiales para mujeres embarazadas y lactantes

Las mujeres embarazadas y los niños pueden ser elegibles para recibir ayuda adicional a través del Programa WIC. El programa WIC les proporciona a los miembros cupones para comprar determinados alimentos saludables. Los siguientes miembros pueden reunir los requisitos para este programa:

- Bebés menores de 12 meses.
- Niños menores de 5 años.
- Embarazadas.
- Mujeres que amamantan a bebés menores de 12 meses.
- Mujeres no lactantes con bebés menores de 6 meses.

Para obtener una lista de las agencias locales y áreas de servicio del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), visite: state.nj.us/health/fhs/wic/documents/WIC_offices.pdf

Para ver una lista de las agencias del Programa WIC por condado, visite:
state.nj.us/health/fhs/wic/documents/Detailed%20list%20of%20WIC%20office%20addresses%20hours%20and%20contact%20info.pdf

Beneficios de farmacia

Puede surtir las recetas en farmacias que acepten Amerigroup. Los miembros también pueden obtener medicamentos de venta libre. Si no sabe con seguridad si una farmacia acepta Amerigroup, pregúntele al farmacéutico. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia dentro de la red que acepte recetas de Amerigroup, llame a Servicios de Farmacia para Miembros al **833-207-3115 (TTY 711)**. O bien, puede usar nuestra herramienta en línea **Encontrar un doctor (Find a Doctor)** en **myamerigroup.com/NJ**. Si usa una farmacia dentro de la red, podrá asegurarse de que Amerigroup revise correctamente su medicamento para verificar que esté cubierto por su beneficio de farmacia.

Lista de medicamentos preferidos

La Lista de medicamentos preferidos (PDL) es una lista de medicamentos recetados habitualmente que están cubiertos por Amerigroup. También cubrimos medicamentos que no están en la PDL. Algunos de esos medicamentos pueden requerir aprobación previa. Un grupo de proveedores y farmacéuticos revisa la PDL y otros medicamentos que cubrimos. Lo hacen para asegurarse de que los medicamentos que usted está tomando sean seguros y eficaces. Cuando le receten un medicamento, hable con su proveedor para determinar si el medicamento figura en la lista de medicamentos. Puede encontrar la lista de medicamentos en línea en **myamerigroup.com/NJ**.

Si no encuentra su medicamento en las listas de medicamentos, puede solicitar una excepción a **submitmyexceptionreq@Amerigroup.com**. Se le pedirá que explique el motivo por el cual considera que debería estar cubierto, por ejemplo, porque tiene una reacción alérgica a otro medicamento. También podemos ayudarlo si su médico solicitó la aprobación previa de su medicamento, pero usted tiene preguntas sobre la cobertura del medicamento.

Si no las recibe noticias nuestras dentro de un plazo de cinco días hábiles, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Cubrimos un suministro de un medicamento de hasta un mes en una farmacia minorista y de dos meses a través del pedido por correo. Algunos medicamentos pueden estar sujetos a límites de cantidad según los criterios de seguridad necesarios y a la revisión y las modificaciones de rutina. El límite puede restringir la cantidad dispensada por receta o surtido, y/o la cantidad dispensada por suministro mensual. Para determinar si a un medicamento recetado se le asignó un límite máximo de cantidad de expendio, consulte en línea en **myamerigroup.com/NJ**. O bien, llame a Servicios de Farmacia para Miembros al **833-207-3115 (TTY 711)**.

Usted puede tener que usar uno o más tipos de un medicamento antes de que cubramos otro medicamento como medicamento necesario. Esto se llama “terapia escalonada”. Controlamos algunos medicamentos recetados para asegurarnos de que se sigan pautas de elaboración de recetas adecuadas. Estas pautas lo ayudan a obtener medicamentos rentables y de buena calidad. Los medicamentos de terapia escalonada incluidos en la lista de medicamentos preferidos (PDL) requerirán aprobación previa en caso de que no haya probado uno o más de los medicamentos solicitados que deben probarse primero.

La sustitución terapéutica es un programa que les informa a usted y a sus proveedores acerca de las alternativas para ciertos medicamentos recetados. Podemos ponernos en contacto con usted y su proveedor para informarles acerca de estas opciones. Solo usted y su proveedor pueden decidir si el sustituto terapéutico es adecuado para usted.

Cuando un medicamento de marca esté disponible como medicamento genérico, se quitará el medicamento de marca de la PDL, y ya no lo cubriremos. Si su proveedor decide que usted debe seguir tomando el medicamento de marca, puede solicitar una aprobación previa a Amerigroup.

Si hacemos cambios en la PDL, usted y su proveedor recibirán un aviso de nuestra parte antes de implementar el cambio si usted está tomando alguno de los medicamentos que cambiarán.

Solicitudes de aprobación previa

Es posible que también pueda obtener recetas para medicamentos que no figuran en la lista de medicamentos aprobados de Amerigroup (Lista de medicamentos preferidos o PDL), o para medicamentos de marca, en lugar de las versiones genéricas disponibles. Puede obtener estos medicamentos si su proveedor dice que son médicamente necesarios para tratar su afección o para mantenerse sano. Para obtener estos medicamentos, su proveedor deberá obtener una aprobación previa. Deberá llamar a Amerigroup primero para solicitar el medicamento para usted. Las decisiones se basan en si el medicamento es médicamente necesario, conforme a determinadas pautas médicas. Tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas a partir de la solicitud de su proveedor. También le proporcionaremos un suministro de 72 horas de los medicamentos que no figuran en la PDL durante ese periodo, en caso de que lo necesite.

Aprobación previa para afecciones relacionadas con la salud conductual

- Los servicios de farmacia para afecciones relacionadas con la salud conductual están cubiertos por Amerigroup, incluidos los medicamentos recetados por proveedores de salud conductual (BH) (excepto en el caso de la metadona y su administración cuando se receta para un tratamiento de trastorno de abuso de sustancias para miembros que no sean de MLTSS y clientes que no sean de DDD).
- Los medicamentos antidepresivos y antipsicóticos atípicos estarán cubiertos, independientemente del plan de tratamiento determinado por Amerigroup, siempre que estén indicados por proveedores de BH.
- La PDL de Amerigroup y los requisitos de aprobación previa (PA) se aplicarán solo cuando cambie el tratamiento con medicamentos inicial.

- Amerigroup restringirá los beneficios y solicitará una aprobación previa para los medicamentos relacionados con BH que sean recetados por proveedores de salud conductual, si se presenta una de las siguientes excepciones:
 - El medicamento recetado no está relacionado con el tratamiento de un abuso de sustancias, trastorno/dependencia/adicción de sustancias o trastornos relacionados BH.
 - El medicamento recetado no cumple con las reglas estándar del plan de farmacia de Amerigroup, por ejemplo, la cantidad recetada por el proveedor no es segura.
 - El medicamento recetado es un medicamento de marca cuando existe un genérico aprobado por la FDA disponible.

Medicamentos para dejar de fumar

Su proveedor puede recetarle medicamentos para dejar de fumar para ayudarlo a mantenerse saludable. Amerigroup le ofrece beneficios de medicamentos para dejar de fumar. Los ejemplos de estos medicamentos incluyen parches de nicotina, goma de mascar con nicotina, pastillas de nicotina y bupropión. Es posible que se aplique su copago habitual.

Medicamentos de venta libre

Amerigroup ofrece un beneficio de artículos de venta libre (OTC) a los miembros cada trimestre. Todos los miembros pueden obtener hasta \$15 cada tres meses, para destinar a determinados medicamentos de venta libre, como aspirinas o medicamentos para la tos. Los trimestres calendario comienzan el primer día de enero, abril, julio y octubre. Esto requiere una receta por parte del médico de la red de Amerigroup. Lleve su receta a una farmacia dentro de la red y muestre su tarjeta de identificación de Amerigroup.

Los miembros pueden obtener más información, llamando a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

Programa de bloqueo de farmacia

Los miembros que padezcan varias enfermedades, consulten diferentes con proveedores y tomen distintos tipos de medicamentos pueden ingresar en el Programa de bloqueo de farmacia. En este programa, el miembro solo puede surtir sus recetas en una farmacia. Al usar solo una farmacia, el personal estará al tanto del estado de salud del miembro. El personal también estará mejor preparado para ayudar al miembro a cubrir sus necesidades médicas. El farmacéutico también puede consultar el antecedente de medicamentos y trabajar con el proveedor del miembro si hubiera problemas con los medicamentos.

Un miembro también puede ingresar en el programa de bloqueo de farmacia si no usa los medicamentos correctamente. Amerigroup trabajará con el miembro y su proveedor para informarle al miembro sobre el uso correcto de los medicamentos.

Los miembros del Programa de bloqueo de farmacia solo podrán obtener un suministro del medicamento para 72 horas en otra farmacia si la farmacia elegida no lo tuviera o en caso de emergencia.

Si forma parte del programa de bloqueo de farmacia, recibirá una carta en la que se le informará. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de asignarle solo una farmacia o un proveedor, puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si solicita una resolución más rápida por teléfono, no es necesario que haga un seguimiento por escrito. Las apelaciones por escrito deben enviarse a nuestras oficinas en el plazo de 60 días a partir de la fecha en que recibe el aviso. Envíe las apelaciones por escrito aquí:

Appeals Department
Amerigroup Community Care
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Si desea solicitar una audiencia imparcial para apelar la decisión de incluirlo en el Programa de bloqueo de farmacia, debe hacerlo en el plazo de 20 días calendario a partir de la fecha de la notificación mediante carta. Consulte la sección denominada “Audiencia imparcial” para obtener más información.

SERVICIOS ESPECIALES DE AMERIGROUP PARA UNA VIDA SANA

Información sobre salud

Puede obtener más información sobre una vida sana para usted y su familia a través de nuestros programas de información de salud. Una manera de obtener información de salud es pedírsela a su proveedor de atención primaria (PCP). Otra opción es llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)**. Esta Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas cuenta con enfermeros disponibles para responder sus preguntas en cualquier momento, de día o de noche. Le informarán si debe consultar a su PCP. También le indicarán cómo ocuparse de algunos problemas de salud que usted o su hijo puedan tener.

Somos más que solo las visitas al proveedor. Con servicios especiales, como eventos y educación sobre salud, le ofrecemos muchas formas de estar y mantenerse sano. Amerigroup patrocina eventos comunitarios especiales y días de diversión familiar en los que puede obtener información de salud y divertirse. Puede informarse sobre temas como alimentación sana, asma y estrés. Usted y su familia pueden participar en juegos y ganar premios. Visite **myamerigroup.com/NJ** o llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener más información sobre dónde y cuándo se realizan estos eventos.

Algunos de los centros médicos más importantes (como clínicas) en nuestro plan muestran videos de salud. Estos videos tratan sobre las vacunas, la atención prenatal y otros temas de salud fundamentales. Si en el consultorio de su PCP se reproduce este tipo de videos, esperamos que el tiempo que pasa allí sea más cómodo.

También tenemos un nuevo blog en **blog.myamerigroup.com**. Este blog le brinda información de salud sobre la atención de bienestar, cómo controlar su enfermedad, la paternidad y muchos otros temas.

Comité asesor de educación sobre salud comunitario/Comité asesor de MLTSS

Queremos conocer su opinión. Como miembro o cuidador de Amerigroup, puede participar en las reuniones de nuestro Comité asesor de educación sobre salud comunitario (HECAC)/MLTSS. Al participar, puede aprender sobre los servicios de cuidado de salud en su comunidad y nosotros podemos determinar de qué manera atenderlo mejor. Visite myamerigroup.com/NJ para obtener más información sobre dónde y cuándo se realizan estos eventos. O bien, llame al departamento de Administración de Calidad al **877-453-4080 (TTY 711)**, opción 1, y pregunte cuándo se llevará a cabo la próxima reunión en su área.

Servicios de administración de cuidados médicos/Servicios para miembros con necesidades especiales

Podemos ayudar a todos los miembros de Amerigroup a recibir los servicios y programar citas dentales y médicas. Ayudaremos a los miembros que tengan problemas de audición a comunicarse con sus proveedores mediante intérpretes capacitados en lenguaje de señas. Amerigroup ayudará a coordinar y pagar este servicio.

Algunos miembros tienen necesidades especiales y requieren ayuda adicional. Podemos llamarlo a usted o a su representante para ayudarlo a obtener el cuidado que necesita. También podemos informarle sobre otros servicios médicos, sociales o de apoyo que podrían ayudarle.

Luego de inscribirse en Amerigroup, se le solicitará a usted o a su representante que completen un examen médico de diagnóstico inicial (IHS). Esto nos ayudará a saber si tiene necesidades de atención especial. Si los resultados del IHS, otra información médica que Amerigroup recopile a través de sus proveedores, del Estado o de sus servicios actuales demuestran que quizá usted tenga necesidades especiales, se le solicitará que complete una Evaluación integral de necesidades (CNA) para determinar si necesita servicios especiales y administración de cuidados médicos. Intentaremos comunicarnos con los miembros en el plazo de 45 días a partir de la fecha de inscripción para completar el IHS y/o la CNA y coordinar los servicios necesarios, que incluyen una visita al PCP o especialista.

Le ayudaremos a ordenar todas las piezas. Si recibe cuidado a largo plazo, puede reunirse con un administrador de cuidados médicos que escuchará sus objetivos y lo ayudará a desarrollar un plan para administrar su salud. Usted, su representante, su PCP y cualquier otra persona que desee involucrar deben estar de acuerdo antes de desarrollar su plan de salud individual, conforme a sus necesidades. Podemos hacer que usted, su representante, su PCP, su administrador de cuidados médicos de Amerigroup y un administrador de casos de la División de Discapacidades del Desarrollo o la División de Protección y Permanencia de Niños coordinen un buen momento para desarrollar su plan de salud. Si hubiera un cambio considerable en su salud médica o del comportamiento que no mejorará sin recibir cuidado, se realizará una nueva evaluación una o dos veces por año. La administración de cuidados médicos en persona puede ser necesaria para los miembros con dificultades graves o afecciones a largo plazo.

Para los miembros con necesidades especiales se desarrollará un plan de salud a más tardar 30 días luego de ser identificado para recibir administración de cuidados médicos. El PCP puede brindarle un referido, o usted puede solicitarlo, para que pueda seguir consultando al especialista por más tiempo. Puede continuar yendo sin tener que volver a su PCP. Esto se conoce como referencia permanente. A veces, un especialista puede ser su PCP. Esto puede ocurrir cuando tiene una necesidad especial que trata un especialista. Esta necesidad especial podría ser una afección que pone en peligro la vida o una condición discapacitante o que se agrava gradualmente, que requiere cuidado médico especializado por un período prolongado.

Se permite un referido a un dentista general o especialista dental que proporciona tratamiento dental a pacientes con necesidades especiales cuando lo requiere un miembro con necesidades médicas especiales. Todos los miembros con necesidades especiales tienen acceso a servicios de diagnóstico, prevención y periodoncia adicionales cuando se entrega documentación de necesidad médica. Amerigroup también cubre servicios dentales prestados en una sala de operaciones o centro de cirugía ambulatoria, si fuera necesario. Si uno de nuestros administradores de cuidados médicos ya habló con usted sobre sus necesidades especiales, esta persona puede ayudarlo a coordinar estos servicios. Si desea hablar sobre asistencia en base a sus necesidades especiales, póngase en contacto con su administrador de cuidados médicos.

Si tiene necesidades especiales y aún no ha hablado con uno de sus Administradores de cuidados médicos, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. Pida que le transfieran la llamada a un administrador de cuidados médicos. Puede llamar a nuestro departamento de administración de cuidados médicos al **800-452-7101 (TTY 711)**, ext. **106-134-2111** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Este. Nuestra dirección es:

Care Management Department
Amerigroup Community Care
101 Wood Ave. S., 8th Floor
Iselin, NJ 08830

En el caso de niños con necesidades especiales, su administrador de cuidados médicos puede ayudar a administrar su cuidado. Esto incluye visitas de niño sano, vacunas, manejo de enfermedades, cuidado dental (según sea necesario en un consultorio o en un pabellón o centro quirúrgico ambulatorio) y atención de especialidad.

Si tiene una situación de emergencia o crisis, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano lo antes posible. Una emergencia podría ser una de las siguientes situaciones:

- Sangrado profuso que no se detiene.
- Dolor intenso.
- Dolor en el pecho/parálisis facial.
- Quemaduras graves.
- Desmayos.

- Sacudidas, llamadas convulsiones.
- Dificultad para respirar.
- Aborto espontáneo o trabajo de parto.
- Fracturas.
- Vómito con sangre.
- Sospecha de intoxicación o sobredosis de medicamentos/drogas.
- Abuso sexual o violación.
- Pensamientos suicidas o de lastimarse a uno mismo.

En el caso de cuidado que no sea de emergencia, debe llamar a su PCP. Le indicarán qué debe hacer. También puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Si ha estado recibiendo cuidados de un proveedor que no forma parte de nuestro plan y desea continuar recibiendo sus cuidados, pídale que primero nos llame para solicitar una aprobación. Amerigroup analizará sus necesidades médicas para determinar si son médicamente necesarios de manera que continúe viendo al otro proveedor.

Recursos para cuidadores

En Amerigroup, estamos para ayudarlos a usted y a su sistema de apoyo. Su salud también es importante para otras personas en su vida, por lo que estamos aquí para ayudarlos a usted y a las personas que lo cuidan. Usted depende de su cuidador; por lo que es posible que sea difícil para sus seres queridos tomarse un tiempo para pensar en sí mismos. Es importante que esta persona se mantenga saludable y siga siendo el mejor cuidador posible para usted.

Encuentre más información en:

- nia.nih.gov
- caregiveraction.org
- acl.gov

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Manejo de enfermedades

Un programa de Manejo de enfermedades (DM) puede ayudarlo a disfrutar más de la vida. Como parte de sus beneficios de Amerigroup, estamos aquí para ayudarlo a que conozca aún más su salud, teniéndolo en cuenta a usted y a sus necesidades en todo momento.

Nuestro equipo está formado por enfermeros certificados, llamados administradores de casos de DM, que lo ayudarán a controlar mejor su afección o problema de salud. Puede elegir participar de un programa de DM sin costo alguno.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede participar en un programa de Manejo de enfermedades para obtener atención de la salud y servicios de apoyo, si tiene alguna de las siguientes afecciones:

| | |
|--|---|
| Asma | VIH/SIDA |
| Trastorno bipolar | Hipertensión |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | Trastorno depresivo grave en adultos |
| Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) | Trastorno depresivo grave en niños y adolescentes |
| Enfermedad de las arterias coronarias (CAD) | Esquizofrenia |
| Diabetes | Trastorno de abuso de sustancias |

Cómo funciona

Si elige participar de uno de nuestros programas de DM, su administrador de casos de DM hará lo siguiente:

- Lo ayudará a establecer metas de salud y a elaborar un plan para alcanzarlas.
- Le brindará capacitación y apoyo mediante llamadas individuales.
- Controlará su progreso.
- Le brindará información acerca de los recursos de apoyo y cuidadores locales.
- Responderá preguntas sobre su afección y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con sus problemas de salud).
- Le enviará materiales informativos para que conozca mejor su afección, su salud y su bienestar en general.
- Coordinará su atención con los proveedores de cuidado médico; por ejemplo, lo ayudará a hacer lo siguiente:
 - Programar las citas.
 - Asistir a visitas con proveedores de cuidado médico.
 - Obtener referencias a los especialistas dentro de nuestro plan médico, si fuera necesario.
 - Conseguir el equipo médico que usted necesite.
- Disponer de herramientas y materiales educativos para el manejo del peso y para abandonar el tabaquismo (cómo dejar de consumir tabaco, por ejemplo, dejar de fumar).

Nuestro equipo de DM y su proveedor de atención primaria (PCP) lo ayudarán con sus necesidades de médicas.

Cómo inscribirse

Si reúne los requisitos, le enviaremos una carta de bienvenida al programa de DM. O bien, llámenos al número gratuito **888-830-4300 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora del Este.

Cuando llame, haremos lo siguiente:

- Conectarlo con un administrador de casos de DM para comenzar.
- Hacerle algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo.
- Comenzar a trabajar juntos para crear su plan o el plan de su hijo.

También puede escribirnos a **dmsself-referral@Amerigroup.com**. Tenga en cuenta que los correos electrónicos enviados por Internet son, por lo general, seguros; sin embargo, existe el riesgo de que terceros puedan acceder a ellos sin que usted lo sepa. Si opta por enviar su información por correo electrónico, reconoce y entiende que existe la posibilidad de que terceros accedan al correo sin que usted lo sepa.

Puede elegir cancelar la suscripción al programa (dejará de formar parte del programa) en cualquier momento. O bien, llámenos al número gratuito **888-830-4300 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado para su administrador de casos de DM las 24 horas del día.

Números de teléfono útiles

En caso de emergencia, llame al **911**.

Manejo de enfermedades

Línea gratuita: **888-830-4300 (TTY 711)**

De lunes a viernes

de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local

Puede dejar un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día.

Fuera del horario de atención:

Llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de nuestra línea de Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Obtenga más información e inscríbese

Llámenos al **844-421-5661** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local para obtener más información sobre el programa Healthy Families. Le haremos algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo para determinar si reúnen los requisitos.

Derechos y obligaciones del programa de manejo de enfermedades

Si se inscribe en un programa de manejo de enfermedades, tiene ciertos derechos y obligaciones. Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener información detallada sobre nosotros, por ejemplo:
 - Programas y servicios que proporcionamos.
 - Nuestro personal y sus calificaciones (aptitudes o formación).
 - Toda relación contractual (acuerdos que tengamos con otras empresas).
- Optar por no recibir los servicios de DM.

- Saber quién es el administrador de casos de DM responsable de gestionar sus servicios de DM y cómo solicitar un cambio.
- Obtener nuestro apoyo para tomar decisiones relacionadas con la atención de la salud junto con sus proveedores de cuidado médico.
- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionadas con el programa de DM (opciones de maneras para mejorar) mencionadas en las pautas clínicas (aun si un tratamiento no fuera parte de su plan médico) y analizarlas con los proveedores de cuidado médico que lo tratan.
- Gozar de la privacidad de sus datos personales e información médica.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo garantizamos la protección, privacidad y confidencialidad de dicha información.
- Recibir un trato educado y respetuoso por parte de nuestro personal.
- Obtener información clara y fácil de comprender.
- Presentar reclamos ante Amerigroup llamando a la línea gratuita **888-830-4300 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora del Este, y también lo siguiente:
 - Obtener ayuda para usar el proceso de reclamos.
 - Averiguar cuánto tiempo tiene Amerigroup para responder y resolver problemas de calidad y reclamos.
 - Dejarnos sus comentarios acerca del programa de Manejo de enfermedades.

Usted también tiene las siguientes responsabilidades:

- Respetar el plan de salud que acordaron usted y su administrador de casos de DM.
- Brindarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios.
- Comunicarnos a nosotros y a sus proveedores de cuidado médico si decide cancelar la suscripción al programa (abandonar el programa).

El programa de Manejo de enfermedades no comercializa productos ni servicios de compañías externas a nuestros miembros. El programa de DM no posee compañías externas ni lucra con estas por los productos y servicios que ofrecemos.

Puede iniciar sesión en su cuenta segura o registrarse en myamerigroup.com/NJ/get-help/health-wellness/manage-your-condition.html para solicitar la participación en un programa de DM. Para registrarse, necesitará su número de identificación de miembro (que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro). Desde su cuenta segura, puede enviar un mensaje seguro a Servicios para Miembros para solicitar la inscripción en el programa.

MENORES DE EDAD

El plan de proveedores y hospitales de Amerigroup no puede brindarle cuidados sin la aprobación de sus padres o tutores legales. Esto rige para la mayoría de los miembros de Amerigroup menores de 18 años; no rige para la atención de emergencia. Sus padres o tutores legales pueden saber qué figura en su registro médico. Puede pedirle a su proveedor de atención primaria (PCP) que no comunique a sus padres lo que dice su registro médico, pero si ellos preguntan, el PCP debe mostrársela.

Estas reglas no rigen para los menores emancipados (los que ya no están bajo la tutela de los padres y tienen menos de 18 años) que:

- Están casados.
- Están embarazadas.
- Tienen un hijo.
- Reciben tratamiento por enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Reciben servicios de planificación familiar.

Los menores emancipados pueden decidir sobre su propio cuidado médico y el de sus hijos. Los padres no tienen derecho a ver registro médico de los menores emancipados.

CÓMO HACER UN TESTAMENTO VITAL

Por ley, usted puede rechazar el cuidado que su proveedor desee proporcionarle.

Un testamento vital o una directiva anticipada funciona de la siguiente manera. En ocasiones, las personas están muy enfermas o lesionadas. Su proveedor puede comunicarles a ellos o a sus familias sobre la posibilidad de muerte o algo como un coma permanente. Al brindarle algún tipo de cuidado, puede mantenerlo más tiempo con vida, pero es probable que su salud no mejore. Este cuidado puede incluir el uso de máquinas que reemplazan la respiración o la alimentación. Algunas personas no desean recibir ese tipo de cuidado. Pero saben que quizá estén demasiado enfermos como para rechazarlo. Para asegurarse de que solo reciban el tipo de cuidado que desean, firman un testamento vital. Este documento indica qué tipos de cuidados desean rechazar ante la posibilidad de muerte o algo como un coma permanente.

Puede firmar un testamento vital para usted o para sus hijos. Le indicará a su proveedor qué tipos de cuidados no desea, en caso de que le suceda esto. Si necesita ayuda para realizar un testamento vital, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. O bien, descargue el formulario de testamento vital específico de su estado en **caringinfo.org**. Usted y su proveedor de atención primaria (PCP) deben trabajar juntos para completar el testamento vital. Dele su testamento vital a su PCP. Su PCP se asegurará de que permanezca en su registro médico. De esta manera, el médico sabrá cómo desea que se lo atienda si está muy enfermo o lesionado y no puede expresar qué cuidados quiere.

Después de firmar un testamento vital, puede cambiar de parecer. Llame a su PCP de Amerigroup. El médico lo ayudará a eliminar el testamento vital de su registro médico. También puede hacer cambios en el testamento vital al completar, firmar y fechar uno nuevo.

RECLAMOS Y APELACIONES

Si tiene un reclamo

Si algo no funciona, nuestro equipo quiere saberlo. Nuestro proceso de apelaciones y reclamos del miembro nos permite conocer sus opiniones y hacer las cosas bien. Si tiene un problema con su cuidado médico, dental o los servicios de Amerigroup que no implique la denegación de los beneficios médicos, dentales u otros beneficios, también denominados servicios que no son de administración de utilización o no son de UM, llámenos o escríbanos. También puede solicitarle a su proveedor y/o una persona autorizada que nos llame o escriba en su nombre. Comuníquese con nosotros a la dirección y a los números de teléfono que figuran a continuación:

Amerigroup Community Care
Quality Management Department
101 Wood Ave. S., 8th Floor
Iselin, NJ 08830
Teléfono: **800-600-4441 (TTY 711)**
Fax: **877-271-2409**

Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted para ayudar a solucionar el problema. Si su problema no se atiende de inmediato, le enviaremos una carta o lo llamaremos para obtener más información. Nos ocuparemos de su reclamo en el plazo de 30 días calendario desde que recibamos su llamada o carta.

Si su reclamo es urgente, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de haberla recibido.

Si presenta un reclamo, Amerigroup no tomará represalias en su contra. Seguiremos estando aquí para ayudarlo a obtener cuidado de la salud.

Usted, su proveedor o una persona autorizada pueden presentar un reclamo en forma oral o por escrito ante Amerigroup.

Tiene derecho a presentar un reclamo en su idioma. Si lo solicita, le informaremos en su idioma primario sobre sus derechos de presentar reclamos; también le comunicaremos la decisión en su idioma primario. Si necesita ayuda para presentar un reclamo en su idioma, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Cómo presentar un reclamo

Reclamo de nivel 1

Para presentar un reclamo que no esté relacionada con la administración de utilización (UM) ni con asuntos médicos/dentales, usted, su proveedor o una persona autorizada pueden

llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax si tienen su consentimiento por escrito. Cuéntenos el problema, cuándo sucedió y quiénes participaron. Comuníquese con nosotros a la dirección y a los números de teléfono que figuran a continuación:

Amerigroup Community Care
Quality Management Department
101 Wood Ave. S., 8th Floor
Iselin, NJ 08830
Teléfono: **800-600-4441 (TTY 711)**
Fax: **877-271-2409**

Una vez que recibamos su reclamo, le enviaremos a usted (y a su proveedor o una persona autorizada, si fue quien presentó la solicitud con su consentimiento escrito) una carta en el plazo de 15 días calendario para informarle que tenemos su reclamo. Le pediremos más información, si fuera necesario. Intentaremos resolver el problema a su satisfacción.

Le enviaremos a usted (y a su proveedor o una persona autorizada, si fue quien presentó la solicitud con su consentimiento escrito) una carta para informarle nuestra decisión en el plazo de 30 días calendario a partir del momento en que se comunicó con nosotros por su reclamo. Puede presentar otro reclamo ante nosotros por este problema si aún no está satisfecho.

Reclamo de nivel 2

Si aún no está satisfecho con la respuesta que recibió por el reclamo de nivel 1 no relacionada con UM, usted, su proveedor o una persona autorizada tienen 60 días a partir de la fecha de nuestra respuesta para presentar un reclamo de nivel 2 con su consentimiento por escrito. Para presentar un reclamo de nivel 2, usted, su proveedor o una persona autorizada pueden llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax. Cuéntenos el problema, cuándo sucedió y quiénes participaron. Comuníquese con nosotros a la dirección y a los números de teléfono que figuran en la última sección, “Reclamo de nivel 1”.

Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de su reclamo de nivel 2. En esta carta, se le comunicará la decisión final.

Administración de utilización

Algunas veces, debemos tomar decisiones sobre cómo cubrimos su atención médica y servicios. Esto se denomina administración de la utilización (UM). El proceso de administración de utilización (UM) o autorización para el cuidado puede incluir analizar solicitudes de cuidado de la salud o de cuidado dental para determinar si están cubiertos. Amerigroup respeta las normas establecidas por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA). Todas las decisiones sobre UM se basan únicamente en las necesidades médicas o dentales de un miembro y los beneficios disponibles. Esto es así porque queremos lograr los mejores resultados de salud posibles para nuestros miembros. Nuestras políticas no desincentivan la utilización de servicios a través del proceso de decisión de UM. Los

proveedores y los responsables de la toma de decisiones de UM no obtienen ningún tipo de recompensa si los miembros no usan todos los servicios disponibles ni por rechazar el cuidado o beneficios.

Los miembros pueden llamar para obtener información acerca de una solicitud de servicio de UM específica. Se proporciona asistencia de idiomas a los miembros para analizar problemas de UM en su idioma primario, así como servicios TTY para los miembros que los necesiten. Llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)**. Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Nuestro representante le dirá su nombre, cargo y que trabaja para Amerigroup.

Proceso de apelación de la Administración de la utilización: Denegación de un servicio/Limitación/Reducción/Finalización en función de la Necesidad médica

Usted y su proveedor deben recibir una carta de notificación dentro de 2 días hábiles a partir de cualquier decisión del plan médico de denegar, reducir o finalizar un servicio o beneficio. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, usted (o su proveedor, con su autorización por escrito) tiene derecho a apelar solicitando una *apelación*. Consulte el siguiente resumen para obtener información sobre los plazos para solicitar una apelación.

| Etapas | Plazo para el Miembro/ Proveedor que solicitará una apelación | Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación con continuación de beneficios para los servicios existentes | Plazo para que se alcance una determinación sobre la apelación | Tipo de plan de FamilyCare |
|---|--|---|--|----------------------------|
| <p><u>Apelación interna</u> La apelación interna es el primer nivel de la apelación, administrada por el plan médico. Este nivel de apelación es una revisión formal e interna de profesionales de atención de la salud seleccionados por el plan y que tienen la experiencia adecuada para el caso en cuestión y que no estuvieron involucrados en la determinación original.</p> | 60 días calendario a partir de la fecha de la notificación inicial/carta de denegación | <ul style="list-style-type: none"> • En o antes del último día de la autorización actual; o • 10 días calendario desde la fecha que figura en la carta de notificación; <i>o lo que ocurra más tarde</i> | 30 días calendario o menos a partir de la recepción de la apelación de parte de su plan médico | A /ABP B C D |

| | | | | |
|--|---|--|--|---------------------------------------|
| <p><u>Apelación externa/IURO</u> La apelación externa/IURO es una apelación externa que realiza una Organización Independiente de Revisión de Utilización (IURO).</p> | <p>60 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación de la Apelación interna</p> | <ul style="list-style-type: none"> • En o antes del último día de la autorización actual; o • Dentro de diez días calendario desde la fecha que figura en la carta de notificación de la Apelación interna; <i>o lo que ocurra más tarde</i> | <p>45 días calendario o menos desde la decisión de la IURO de revisar el caso</p> | <p>A /ABP B C D</p> |
| <p>Audiencia imparcial de Medicaid</p> | <p>120 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación de la Apelación interna</p> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Lo que ocurra más tarde de lo siguiente:</u> • En o antes del último día de la autorización actual; <u>o</u> • Dentro de diez días calendario desde la fecha que figura en la carta de notificación de la Apelación interna; <u>o</u> • Dentro de diez días calendario desde la fecha que figura en la carta de notificación sobre la decisión de la Apelación externa/IURO | <p>Se tomará una decisión definitiva dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha de la solicitud de Audiencia imparcial.</p> | <p>A /ABP <i>solamente</i></p> |

Determinación inicial desfavorable

Si Amerigroup decide denegar su solicitud inicial de un servicio o reducir o detener un servicio continuo que ha estado recibiendo por un tiempo, esta decisión también se conoce como una *determinación desfavorable*. Le informaremos a usted y a su proveedor sobre esta decisión lo más pronto posible, a menudo por teléfono. Recibirá una carta escrita sobre la decisión dentro de un plazo de dos días hábiles.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, usted (o su proveedor, con su consentimiento escrito) tiene derecho a apelar la decisión solicitando una *apelación*. Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación ya sea en forma oral (por teléfono) o escrita. Para solicitar una apelación en forma oral, puede llamar al plan al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Las solicitudes de apelación por escrito se deben enviar a la siguiente dirección:

Amerigroup Community Care
Appeals Department
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Tiene **60 días calendario** desde la fecha que figura en la carta de determinación inicial desfavorable para solicitar una apelación.

Apelación interna

El primer paso del proceso de apelación es una apelación interna formal al plan (llamada Apelación interna). Un médico, dentista u otro profesional médico seleccionado por Amerigroup, con experiencia y conocimientos en el área médica o dental adecuados para su caso revisará su caso. Tendremos cuidado de no seleccionar a una persona que no estaba involucrada en la toma de la decisión original sobre su atención médica. Debemos tomar una decisión sobre su apelación dentro de 30 días calendario (o antes, si su condición médica o dental hacen que sea necesario).

Si se deniega su apelación (no se toma una decisión a su favor), recibirá una carta escrita de parte nuestra explicando la decisión. La carta también incluirá información sobre su derecho a una Apelación de una Organización de revisión de la utilización independiente (IURO) externa y/o su derecho a una Audiencia imparcial estatal de Medicaid y cómo solicitar este tipo de apelaciones. También encontrará más información sobre esas opciones más adelante en esta sección del manual.

Apelaciones expeditas (aceleradas)

Tiene la opción de solicitar una apelación expedita (acelerada) si cree que su salud se verá afectada si tardamos el tiempo estándar (hasta 30 días calendario) en tomar una decisión sobre su apelación. Además, si su proveedor nos informa que tardar hasta 30 días calendario para tomar una decisión podría poner su vida o su salud en grave peligro, o su capacidad de

recuperarse completamente de su afección actual, debemos tomar una decisión sobre su apelación dentro de 72 horas.

Teléfono: **800-600-4441 (TTY 711)**

Fax: **877-271-2409**

Correo electrónico: **nj1memappeals@Amerigroup.com**

Correo postal/en persona:

101 Wood Ave. S., 8th Floor

Iselin, NJ 08830

Apelación externa (IURO)

Si su Apelación interna no se decide a su favor, usted (o su proveedor que actúa en su representación con su consentimiento por escrito) puede solicitar una Apelación externa (IURO) completando el formulario ***Solicitud de apelación externa***. Recibirá una copia de la *Solicitud de apelación externa* con la carta que le indica la resolución de su *Apelación interna*. Usted o su proveedor deben enviar el formulario completado a la siguiente dirección dentro de **60 días calendario** desde la fecha que figura en la carta sobre la resolución de la Apelación interna:

Maximus Federal – NJ IHCAP

3750 Monroe Avenue, Suite 705

Pittsford, New York 14534

Oficina: **888-866-6205**

También puede enviar el formulario completado por **fax** al **585-425-5296**, o enviarlo por **correo electrónico** al Stateappealseast@maximus.com.

Si su carta de resolución de Apelación interna no incluye una copia de la *Solicitud de apelación externa*, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para solicitar una copia.

Las Apelaciones externas (IURO) no se realizan en Amerigroup Community Care. A estas apelaciones las revisa una Organización de revisión de utilización independiente (IURO), que es una organización de revisión independiente e imparcial que no está directamente afiliada a nuestro plan ni al estado de New Jersey. La IURO asignará su caso a un médico independiente quien revisará su caso y tomará una decisión. Si la IURO decide aceptar su caso para revisión, tomará su decisión en un plazo de 45 días calendario (o antes, si su condición médica o dental lo requiere).

También puede solicitar una apelación externa (IURO) acelerada, o rápida, del mismo modo que lo puede hacer con las apelaciones internas. Para solicitar una apelación acelerada, usted o su proveedor deben enviar por fax una copia completa del formulario de *Solicitud de Apelación Externa* a Maximus Federal al **585-425-5296**, y solicitar una apelación acelerada en el formulario en la ***Sección V, Resumen de la apelación***. En el caso de una apelación externa (IURO) acelerada, la IURO deberá tomar una decisión sobre su apelación *en un plazo de 48 horas*.

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación externa (IURO), o si desea solicitar ayuda con su solicitud, también puede llamar al Departamento de Banca y Seguros de New Jersey al **888-393-1062** o al **609-777-9470**.

La apelación externa (IURO) es opcional. No es necesario que solicite una apelación externa (IURO) antes de solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid. Una vez que finalice su apelación interna, cuanta con las siguientes opciones para solicitar una apelación externa (IURO) y/o una audiencia imparcial estatal de Medicaid.

- Puede solicitar una apelación externa (IURO), esperar la decisión de la IURO y luego solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid, si la decisión de la IURO no es en su favor.
- Puede solicitar una apelación externa (IURO) **y** una audiencia imparcial estatal de Medicaid **al mismo tiempo** (solo debe tener en cuenta que estas dos solicitudes van dirigidas a agencias gubernamentales diferentes).
- Puede solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid *sin* solicitar una apelación externa (IURO).

Además, tenga en cuenta lo siguiente: Las audiencias imparciales de Medicaid solo están disponibles para los miembros del Plan A y ABP de NJ FamilyCare.

Audiencia imparcial estatal de Medicaid

Usted tiene la opción de solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid después de que haya finalizado su apelación interna (y el plan haya tomado una decisión). El personal de la Oficina de Derecho Administrativo de New Jersey administra las audiencias imparciales estatales de Medicaid. Cuenta con **120 días calendario** desde la fecha que figura en su **carta con la resolución de la apelación interna** para solicitar una audiencia estatal imparcial de Medicaid. Sin embargo, si su apelación está relacionada con una determinación de bloqueo, tiene solo 20 días calendario para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid por escrito a la siguiente dirección:

Fair Hearing Section

Division of Medical Assistance and Health Services

P.O. Box 712

Trenton, NJ 08625-0712

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

Tenga en cuenta lo siguiente: El plazo para solicitar una audiencia imparcial estatal es siempre 120 días calendario desde la fecha que figura en la carta que le explica la resolución de su *apelación interna*. Esto es válido incluso si usted solicita una apelación externa (IURO) mientras tanto. El plazo de 120 días para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid comienza siempre desde la resolución de su *apelación interna* y no su apelación externa (IURO). A menos que su apelación esté relacionada con una determinación de bloqueo, tiene solo 20 días calendario para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid.

Continuación de los beneficios

Si está solicitando una apelación porque el plan está interrumpiendo o reduciendo un servicio o curso de tratamiento que usted ya había estado recibiendo, puede solicitar que sus servicios/beneficios continúen durante el proceso de apelación. Amerigroup continuará prestando automáticamente el o los servicios mientras la apelación esté pendiente, siempre que se cumplan todos los requisitos siguientes:

- La apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios fueron indicados por un proveedor autorizado; y
- Usted (o su proveedor que actúa en su nombre con su consentimiento por escrito) presenta una apelación dentro de un plazo de **10 días calendario** desde la fecha de la carta de determinación adversa inicial, a más tardar el día final de la autorización original, **lo que ocurra posteriormente**.

Sus servicios *no* continuarán automáticamente durante una audiencia imparcial estatal de Medicaid. Si usted desea continuar con sus servicios durante una audiencia imparcial estatal de Medicaid, debe solicitarlo **por escrito** cuando solicita una audiencia imparcial, y debe realizar la solicitud dentro del siguiente plazo:

- **10 días calendario** desde la fecha que figura en la carta sobre la resolución de la apelación interna; **o** dentro de un plazo de
- **10 días calendario** desde la fecha que figura en la carta sobre la resolución de su apelación externa (IURO); **o**
- a más tardar el día final de la autorización original, **lo que ocurra posteriormente**.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si solicita la continuación de sus servicios durante la audiencia imparcial estatal de Medicaid y el resultado no es favorable para usted, es posible que se le solicite que pague el costo de los servicios que se continuaron.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, comuníquese con Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si se muda

Debe llamar a **NJ FamilyCare** al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)** si se mudará o planea hacerlo. Además, puede visitar la Agencia de bienestar de su condado si está planeando mudarse. Si usted es miembro de NJ FamilyCare, llame a NJ FamilyCare al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)** para proporcionar su nueva dirección. También puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Si no puede salir de su casa

Amerigroup puede ayudarlo a cuidarse, incluso si no puede salir de su casa. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de inmediato si está confinado a su casa. Un administrador de cuidados médicos se pondrá en contacto con usted para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.

Renueve su elegibilidad para sus beneficios de FFS, SSI o NJ FamilyCare a tiempo

Queremos que conserve los beneficios del cuidado de la salud que recibe, incluido el cuidado dental. Podría perder sus beneficios incluso si aún reúne los requisitos para ellos.

Cada año, NJ FamilyCare (NJFC) o la Agencia de bienestar del condado (CWA) le enviará un formulario. Este formulario le informa que es tiempo de renovar sus beneficios de FFS, SSI o NJ FamilyCare. Asegúrese de verificar la fecha de vencimiento en el formulario. Debe renovar su elegibilidad a tiempo. Si su elegibilidad termina, ya no estará inscripto en Amerigroup. Asegúrese de respetar las normas de NJFC o la CWA sobre cómo completar el formulario. Preséntelo antes de la fecha que figura en el formulario. Su administrador de casos o un Coordinador de beneficios de salud (HBC) del Estado pueden ayudarlo a completar el formulario. Si tiene alguna pregunta, llame o vaya a NJFC o a una oficina de la CWA en su área. Estas oficinas se indican en la página siguiente.

Los miembros de NJ FamilyCare deberían hacer lo siguiente:

- Llamar a NJ FamilyCare al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)** para renovar sus beneficios.
- Completar y enviar de vuelta el formulario enviado previamente por NJ FamilyCare tan pronto como sea posible. Si necesita un nuevo formulario, llame a NJ FamilyCare al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)**.

Los miembros de NJ FamilyCare que no son personas de edad avanzada, ciegas y con discapacidades (ABD) pueden completar una solicitud de renovación en línea en **njfamilycare.org/apply.aspx**.

Si tiene alguna pregunta acerca de cómo renovar los beneficios, Amerigroup puede ayudarlo. Los miembros deben llamar al **877-453-4080 (TTY 711)** si tienen alguna pregunta sobre la elegibilidad para la renovación. Queremos ayudarlo a seguir recibiendo sus beneficios si aún califica. Ayudarlo a mantenerse saludable es una de nuestras principales preocupaciones.

Para obtener una lista de las agencias de bienestar del condado, visite:

state.nj.us/humanservices/DMAHS/clients/medicaid/payment/NJ_County_Welfare_Agencies.pdf

Cómo cancelar la inscripción en Amerigroup

Queremos que esté satisfecho con los servicios y el cuidado que Amerigroup lo ayuda a recibir como miembro. Si no le gusta algo sobre Amerigroup, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. O bien, llame a NJ FamilyCare al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)**. Queremos conservarlo como miembro de nuestro plan. Intentaremos trabajar con usted para solucionar el problema.

Si decidió abandonar Amerigroup (cancelar su inscripción), puede hacerlo. Puede cancelar su inscripción sin motivo durante los primeros 90 días calendario después de la fecha de inscripción o de la fecha en la que recibió la notificación de la inscripción, la que sea posterior.

También puede cancelar su inscripción o transferirse a otro plan médico en cualquier momento si existe un buen motivo. La cancelación de la inscripción demorará entre 30 y 45 días calendario. Durante este tiempo, Amerigroup le seguirá brindando cuidado hasta que se le cancele la inscripción.

Si no tiene un buen motivo, debe esperar hasta después del periodo de inscripción de 12 meses para cancelar su inscripción o transferirse a otro plan médico. Después de este plazo, puede optar por cancelar su inscripción durante el periodo de inscripción abierta anual. El periodo de inscripción abierta anual va desde el 1.º de octubre hasta el 15 de noviembre de cada año. De lo contrario, se lo inscribirá cada 12 meses en Amerigroup, siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios, a menos que opte por un plan médico diferente.

Si usted es elegible a través de la División de Protección y Permanencia de Niños, puede cancelar su inscripción y transferirse a otro plan médico en cualquier momento.

Para cancelar su inscripción en Amerigroup, llame al Coordinador de beneficios de salud (HBC) del Estado al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)**. Si decide cancelar su inscripción en Amerigroup, debe inscribirse en otro plan para seguir recibiendo sus beneficios de FFS. Tan pronto como cancele la inscripción, debe devolvernos su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Puede cambiar de parecer. Para volver a Amerigroup, debe solicitarle a NJ FamilyCare que lo vuelva a inscribir. Llame al **800-701-0710 (TTY 800-701-0720)**. La nueva inscripción demorará entre 30 y 45 días calendario. Durante este tiempo, usted no tendrá cobertura de Amerigroup. Seguirá teniendo cobertura de su plan médico existente o de Medicaid con pago por servicio, si corresponde.

Razones por las cuales puede cancelarse su inscripción en Amerigroup

Hay varios casos en los que podría cancelarse su inscripción sin que lo solicite. El Estado cancelará su inscripción en Amerigroup si ya no es elegible para NJ FamilyCare Medicaid. Si usted es elegible para NJ FamilyCare Medicaid nuevamente dentro de los siguientes dos meses, el Estado volverá a inscribirlo en Amerigroup. El Estado cancelará su inscripción en Amerigroup si se lo cambia a determinados grupos o programas de elegibilidad o tipos de cuidado.

Es posible que no sea elegible para Amerigroup si se encuentra en:

- Un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades del desarrollo o en algún otro entorno de tratamiento residencial (en algunos casos su cuidado puede ser aprobado por Amerigroup).
- El grupo de elegibilidad de Medicaid con necesidades médicas.
- El grupo de posible elegibilidad.
- Un plan del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Otras personas que quizás no sean elegibles para Amerigroup incluyen las siguientes:

- Bebés de presos de una institución pública que estén viviendo en la guardería de una prisión.
- Personas en ubicaciones fuera del Estado, a menos que estén aprobadas por Amerigroup.
- Estudiantes de tiempo completo que asisten a la escuela y residen fuera del país.

Se puede cancelar su inscripción por estos motivos:

- Amerigroup deja de ofrecer servicios para el programa NJ FamilyCare.
- Usted ya no es elegible.
- No paga su prima (solo miembros D de NJ FamilyCare).
- Usted se muda fuera del área de inscripción cubierta por el contrato por más de 30 días a menos que sea un estudiante de tiempo completo con una excepción.
- La DMAHS y usted deciden que la cancelación de la inscripción sería lo mejor para usted.
- Usted es miembro de MLTSS y tiene una obligación de pago como miembro, y no ha realizado un pago.
 - La cancelación de la inscripción en MLTSS no necesariamente significa que se cancelará su inscripción en Amerigroup para los beneficios de NJ FamilyCare. Después de que se comunique con nosotros, se revisará y verificará su elegibilidad para MLTSS. En el caso de que se contacte antes de 30 días, puede volver a inscribirse en MLTSS inmediatamente. En el caso de que trascurren más de 30 días, MLTSS o OCCO deberán realizar una nueva evaluación de elección de NJ.
- Usted se encuentra en un centro médico fuera del Estado que no es un centro de enfermería/centro de enfermería de cuidado especial aprobado por Amerigroup.

- Es encarcelado en una cárcel del condado o el Estado, o en una prisión federal.
 - Se cancelarán sus beneficios de Amerigroup al día siguiente de que vaya a la cárcel hasta el día en que sea liberado. Los beneficios de Amerigroup se suspenden, pero no se cancelará su inscripción.
 - Si se prevé que un miembro encarcelado estará en el hospital por 24 horas o más, ya no se lo considera un preso y puede obtener cobertura del programa de pago por servicio de Medicaid.
- Usted se comporta de una manera que perjudica el objetivo de nuestro plan, por ejemplo:
 - No sigue las normas de este manual.
 - Le permite a otra persona usar su tarjeta de identificación de Amerigroup o se ve involucrado en cualquier otro tipo de fraude.
 - Se rehúsa a cooperar con su proveedor de atención primaria (PCP) para programar y asistir a las citas.

Antes de que le solicitemos a la DMAHS la cancelación de su inscripción por cualquiera de estos motivos, intentaremos contactarlo por lo menos tres veces. Le explicaremos por qué podríamos cancelar su inscripción. Intentaremos ayudarlo a permanecer en nuestro plan. Estar enfermo o necesitar mucho cuidado no es un motivo para que solicitemos al Estado la cancelación de su inscripción.

Antes de que le solicitemos a NJ FamilyCare la cancelación de su inscripción, intentaremos contactarlo por lo menos tres veces. Le explicaremos por qué podríamos cancelar su inscripción. Intentaremos ayudarlo a permanecer en nuestro plan. Estar enfermo o necesitar mucho cuidado no es un motivo para que solicitemos al Estado la cancelación de su inscripción.

Usted solicitó la inscripción en Amerigroup y no lo inscribieron

El Estado garantiza que se pueda inscribir en Amerigroup si lo desea. Un Coordinador de beneficios de salud (HBC) del Estado, como agente del Estado, procesa su formulario de inscripción. Es posible que decida que no puede estar en Amerigroup. Esto generalmente ocurre por los motivos enumerados en la sección “Razones por las cuales puede cancelarse su inscripción en Amerigroup”. Esperamos que nos elija nuevamente si tiene la posibilidad.

El Estado demora entre 30 y 45 días calendario en inscribirlo. Si todavía no está inscrito, es posible que se lo inscriba el próximo mes. Obtendrá beneficios de pago por servicio o de su plan médico actual hasta que comience la inscripción con nosotros. Su tarjeta de identificación de Amerigroup le informa la fecha en la que comienza la inscripción.

Si no seleccionó un plan médico, el Estado elegirá uno por usted. Esto se conoce como asignación automática.

Si tiene otro seguro de salud

Cada tipo de seguro de salud que usted tiene se denomina pagador. Cuando tiene más de un plan de seguro, existen ciertas normas para decidir cómo hace los pagos cada plan de seguro. Otros planes de seguro pueden ser Medicare, otra compañía de seguro de salud o Medicaid de pago por servicio. Ciertos planes de seguro deben pagar algunos servicios antes de que paguen otros planes de seguro. Su plan médico de NJ FamilyCare paga por los servicios cubiertos en última instancia. Siempre muestre todas sus tarjetas de seguro cuando reciba servicios.

Los proveedores de Medicare u otro plan médico no necesitan formar parte de Amerigroup. Además, si su proveedor a través de Medicare u otro plan médico lo refiere a un especialista para recibir servicios cubiertos por Medicare o el otro plan médico, no necesita una referencia de parte nuestra.

Puede encontrar más información sobre las normas en caso de tener otro seguro de salud en línea en state.nj.us/humanservices/DMAHS/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf. La guía, *When You Have Medicaid and Other Insurance* (Cuando tiene Medicaid y otro seguro), es proporcionada por el estado de New Jersey. Puede ayudarlo a saber cómo funcionan los pagos del servicio.

La guía tiene referencias útiles. Las tablas se llaman **When You Have Both Medicare and Medicaid (Cuando tiene Medicare y Medicaid)** y **When You Have Both Other Health Insurance and Medicaid (Cuando tiene otro seguro de salud y Medicaid)**. Estas pueden ayudarlo a decidir qué proveedores elegir y qué compañía es el pagador.

Si tiene preguntas, o si usted o sus hijos tienen otro seguro, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este. Probablemente se le deba facturar al otro plan de seguro sus servicios antes de que le puedan facturar a Amerigroup. Trabajaremos con los otros planes de seguro en relación con el pago de estos servicios.

Si recibe una factura

Si recibe una factura de un proveedor por error, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)**. Trabajaremos con el proveedor para solucionar esto. Es posible que deba pagar por un servicio si no respeta las normas de Amerigroup.

Usted deberá pagar por el cuidado que reciba en estos casos:

- Usted consulta a un proveedor que no es un proveedor del plan de Amerigroup y al cual su PCP de Amerigroup no lo refirió, *salvo* que se trate de una emergencia o de un servicio de autorreferencia. (Consulte las secciones “Atención de emergencia” y “Servicios que no necesitan referencias” para obtener más información).
- Usted decide recibir cuidado que no está con cobertura de Amerigroup o Medicaid de pago por servicio.

La mayoría de los miembros C y D de NJ FamilyCare deben pagar un copago por algunos servicios. Los copagos se detallan en la sección “Servicios cubiertos por Amerigroup para miembros de Medicaid y NJ FamilyCare”.

Los miembros con aprobación para cuidado custodial o supervisado podrían tener Responsabilidad de pago como paciente (costo compartido). La Junta de Servicios Sociales del Condado y/o la Administración del Seguro Social calculan la Responsabilidad de pago como paciente y le informan el monto al miembro y al centro. Su proveedor de atención primaria (PCP) debe informarle si cualquiera de los servicios no se encuentra cubierto, y debe informarle también que, si recibe alguno de dichos servicios, estos se le facturarán a usted. Además, si quiere recibir un servicio que no pagaremos, debe acordar por escrito que pagará por el servicio antes de recibir el cuidado.

Cambios en sus beneficios de Amerigroup

Es posible que tengamos que realizar cambios a nuestra red de proveedores. Le enviaremos una carta para notificarle acerca de cualquier cambio. El manual del miembro que le enviamos cada año también mencionará los cambios. Lea su manual del miembro cuando lo reciba.

A veces los proveedores dejan Amerigroup o se mudan. Si tenemos que cambiar alguno de los proveedores del plan de Amerigroup, lo llamaremos o le escribiremos una carta. Usted tiene derecho a obtener cuatro meses de beneficios o más (si fuese médicamente necesario) de su PCP si este deja la red de Amerigroup. (Nota: Si su PCP no puede formar parte de Medicaid o Medicare, o si es despedido por perder su licencia, su PCP no puede ofrecer este cuidado). Servicios para Miembros lo ayudará a encontrar un nuevo PCP o su nuevo consultorio.

Cómo notificar a Amerigroup sobre cambios que considera que se deberían hacer

Queremos saber qué le gusta o le disgusta sobre nosotros. Nuestro equipo de Servicios para Miembros está aquí para escucharlo. Queremos saber qué es importante para usted para que podamos guiarlo hacia los beneficios útiles.

Amerigroup tiene un grupo de miembros que se reúne cada tres meses para darnos sus ideas. Si desea participar en este grupo, llame a Servicios para Miembros.

También les enviamos encuestas a algunos miembros. Las encuestas contienen preguntas sobre su opinión de Amerigroup. Si le enviamos una encuesta, complétela y envíela de vuelta. El personal de Servicios para Miembros puede llamar para preguntarle su opinión de Amerigroup. Indíqueles lo que piensa. Sus comentarios nos ayudan a mejorar.

De qué forma Amerigroup paga a los proveedores

Se les paga de diferentes maneras a diferentes proveedores en su plan. Podemos pagarle a su proveedor cada vez que lo atienda, lo que se conoce como pago por servicio, o podemos pagarle a su proveedor una tarifa fija por mes por miembro, sin importar si el miembro recibe realmente los servicios, lo que se conoce como capitación. Solicite más información sobre lo siguiente:

- Cómo les pagamos a nuestros PCP o a cualquier otro proveedor en nuestro plan.
- Si su PCP puede obtener un plan de incentivos por pruebas de detección de plomo de EPSDT.
- Los resultados de las encuestas de satisfacción del miembro y las pruebas de calidad realizadas por el Departamento de Servicios Humanos.

Para solicitar esta información, llame a Servicios para Miembros o escríbanos a la siguiente dirección:

Amerigroup Community Care
101 Wood Ave. S., 8th Floor
Iselin, NJ 08830

Algunos proveedores pueden tener un interés económico en otro proveedor o centro médico. Si es así y su proveedor lo envía a uno de estos proveedores o centros para que reciba cuidado, debe informarle sobre este interés económico. Puede pedirle a su proveedor que le brinde más información acerca de esto. Si no puede obtener esta información de su proveedor, llame a:

The Division of Consumer Affairs
New Jersey Department of Law and Public Safety
973-504-6200 o 800-242-5846

Amerigroup diseña sus programas según las normas de calidad establecidas por el Comité Nacional para el Control de Calidad. Todas las decisiones de administración de la utilización (UM) se basan únicamente en las necesidades médicas de un miembro y los beneficios. Los proveedores y los responsables de la toma de decisiones de UM no obtienen ningún tipo de recompensa si los miembros no usan todos los servicios disponibles ni por rechazar el cuidado o beneficios.

SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Amerigroup quiere que conozca sus derechos y obligaciones. Le informaremos acerca de ellos:

- Cuando se inscriba
- Todos los años

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos, obligaciones o cómo solicitar información, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Sus derechos

Como miembro de Amerigroup, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener un directorio de proveedores actual que incluya direcciones, números de teléfono y una lista de proveedores que acepten miembros que hablen otros idiomas.
- Elegir cualquiera de nuestros especialistas del plan de Amerigroup.
- Ser referido por su PCP para obtener cuidado de un especialista que trate discapacidades a largo plazo.
- Poder estar en contacto con su PCP o un PCP sustituto las 24 del día, los 365 días del año para atención de urgencia. Esta información se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro.
- Llamar al **911** sin obtener nuestra aprobación si tiene una condición médica de emergencia. Esta información se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro.
- Hablar con sus proveedores acerca de tratamientos médicos que puede obtener, incluso si no están cubiertos. También puede obtener información sobre otras opciones de cuidado, así como todo lo enumerado en las normas clínicas. Solicitar una copia a Servicios para Miembros.
- Presentar un reclamo o una apelación ante nosotros o el Estado sin tener problemas. Consulte la sección “Reclamos y apelaciones médicas” del manual del miembro para obtener más información.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Obtener información acerca de nuestros servicios, políticas y procedimientos, proveedores del plan, derechos y obligaciones de los miembros, y cualquier cambio que se haga.
- Rechazar tratamiento en la medida que lo permita la ley y estar al tanto de los resultados. Esto incluye el derecho a rechazar ser parte de una investigación.
- Tener un testamento vital.
- Esperar que sus registros y comunicaciones sean confidenciales. No serán entregados a nadie a menos que usted lo permita.
- Elegir su propio PCP en el plan de Amerigroup, elegir un nuevo PCP del plan y tener privacidad cuando consulte a sus proveedores.
- Tener una opción de especialistas y recibir información sobre cómo obtener una referencia para un especialista u otro proveedor, como un oculista.
- Proporcionar su información médica a alguien que usted elija o a una persona autorizada legalmente cuando la preocupación por su salud haga que sea imprudente brindarle la información a usted.
- Obtener ayuda de alguien que hable su idioma o mediante una línea TTY.
- Que los proveedores no le facturen servicios cubiertos médicamente necesarios aprobados por Amerigroup, a menos que haya un copago.
- Ofrecer ideas para cambiar la forma en que operamos.
- Recibir información completa de su PCP, administrador de cuidados médicos u otro proveedor del plan de Amerigroup, y ayudar a tomar decisiones sobre su cuidado.
- Formar parte del desarrollo y la ejecución de un plan de cuidado que permita los mejores resultados para usted y fomente la independencia.

- Tener servicios que fomenten la calidad de vida y la independencia. Amerigroup quiere ayudar a mantener y fomentar sus sistemas de apoyo natural.
- Que su PCP decida si sus beneficios son médicamente necesarios y si deberían cubrirse.
- Presentar reclamos sobre nosotros o el cuidado que proporcionamos y recomendar cambios a las políticas y los servicios al personal del plan, los proveedores y los representantes de su elección, sin límites, interferencia, fuerza, discriminación ni ataques por parte de Amerigroup o nuestros proveedores.
- Rechazar el cuidado de proveedores específicos.
- Tener acceso a sus registros médicos para cumplir con las leyes federales y estatales.
- Estar libre de daños, incluidas limitaciones físicas o aislamiento, abuso de alcohol y otras drogas, maltrato físico o mental, o negligencia.
- Realizar recomendaciones sobre la política de derechos y obligaciones de los miembros.
- Obtener una segunda opinión.

Usted tiene el derecho de obtener todos los años información sobre lo siguiente:

- Derechos y obligaciones del miembro, también disponibles en línea en myamerigroup.com/NJ.
- Los beneficios y servicios de Amerigroup y cómo obtenerlos.
- Entrega de beneficios de emergencias y fuera del horario normal.
- Cargos de los miembros, si corresponde, así como lo siguiente:
 - Cómo pagarlos.
 - Copagos y tarifas.
 - Qué hacer si recibe una factura por servicios.
- Cancelación de beneficios, servicios, centros de cuidado de la salud o proveedores, o cambios en estos.
- Cómo apelar decisiones que afectan sus beneficios o su relación con Amerigroup.
- Cómo cambiar de PCP.
- Cómo cancelar su inscripción en Amerigroup por un buen motivo.
- Cómo presentar un reclamo y cómo recomendar cambios que considera que Amerigroup debería hacer.
- La cantidad de proveedores del plan de Amerigroup que están autorizados por el Colegio de Médicos.
- Una descripción de lo siguiente:
 - Cómo obtener servicios, así como las normas de aprobación.
 - Cualquier norma especial de beneficios que pueda aplicarse a los servicios que obtiene fuera del plan de Amerigroup.
 - Cómo obtener servicios cubiertos por Medicaid de pago por servicio.
 - Cómo obtener beneficios fuera del área.
 - Normas sobre referencias para cuidado especializado o secundario.

Sus obligaciones

Como miembro de Amerigroup, usted tiene las siguientes obligaciones:

- Informarle a su PCP, tan pronto como sea posible, apenas recibe tratamiento de emergencia.

- Tratar a sus proveedores, su personal y los empleados de Amerigroup con respeto y dignidad.
- Obtener información y considerar los tratamientos antes de realizarlos.
- Hablar sobre cualquier problema relacionado con el cumplimiento de las indicaciones de su PCP.
- Saber qué puede implicar rechazar el tratamiento recomendado por un proveedor.
- Ayudar a su PCP a obtener sus registros médicos del PCP que tenía antes; usted debería ayudar a su PCP a completar su nuevo registro.
- Obtener aprobación de su PCP o de los asociados de su PCP antes de consultar a otro proveedor o especialista; también debería obtener aprobación de su PCP antes de ir a la sala de emergencia, a menos que tenga una emergencia.
- Llamar a Amerigroup y cambiar su PCP antes de consultar a un nuevo proveedor.
- Seguir respetando las políticas y los procedimientos de Amerigroup hasta que se cancele su inscripción.
- Programar citas y asistir a ellas a tiempo; siempre llamar si necesita cancelar una cita o si llegará tarde.
- Plantear sus reclamos, inquietudes y opiniones de forma apropiada y cortés.
- Aprender y respetar las políticas y procedimientos que se mencionan en este manual.
- Indicarle a su PCP a quién quiere informarle acerca de su salud.
- Involucrarse en su cuidado. Debería trabajar con su PCP sobre el tratamiento recomendado. Luego, debería respetar los planes e instrucciones de cuidado sobre los que habló con su proveedor.
- Llevar su tarjeta de identificación de Medicaid y Amerigroup en todo momento. Denuncie la pérdida o el robo de tarjetas de identificación tan pronto como pueda. Además, llame a Amerigroup si la información en su tarjeta de identificación es incorrecta o si cambia el nombre o la dirección.
- Darnos la información que necesitamos, así como la información que su PCP y el personal necesitan para cuidarlo, y los nombres de cualquier médico, incluidos los de la salud conductual, que esté consultando actualmente.
- Conocer sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos del tratamiento que sean adecuados para ambos.

Y recuerde que es su responsabilidad mantener actualizados su dirección y número de teléfono para que podamos enviarle información actualizada o contactarlo.

FRAUDE, DESPERDICIO Y ABUSO

Estamos comprometidos a proteger la integridad de nuestro programa de cuidado de la salud y la eficacia de nuestras operaciones mediante la prevención, la detección y la investigación del fraude, desperdicio y abuso. La lucha contra el fraude, desperdicio y abuso comienza con conocimiento y concientización.

- *Fraude:* Cualquier tipo de engaño intencional o declaración falsa que se hace a sabiendas de que el engaño podría tener como consecuencia algún beneficio no autorizado para la persona que lo comete o para alguna otra persona. El intento en sí constituye fraude, independientemente de si tuvo éxito o no.

- *Desperdicio*: Se suele definir como las actividades relacionadas con facturación descuidada, deficiente o ineficaz, o métodos de tratamiento que originan gastos innecesarios y/o la mala gestión de recursos.
- *Abuso*: Toda práctica que no sea compatible con prácticas fiscales, comerciales o médicas válidas y que genere un costo innecesario al programa Medicaid, así como costos administrativos generados por acciones que afectan de manera adversa a proveedores o miembros.

CÓMO DENUNCIAR A ALGUIEN QUE ESTÁ HACIENDO UN USO INDEBIDO DEL PROGRAMA NJ FAMILYCARE

Si sabe o sospecha de alguien que esté haciendo un uso indebido del programa NJ FamilyCare mediante fraude, desperdicio, abuso y/o sobrepago, puede denunciarlo. No se tomarán represalias contra ninguna persona que denuncie violaciones o la sospecha de fraude y abuso. Los investigadores mantendrán la privacidad del nombre de la persona que denuncia el incidente y de su información de contacto.

Para denunciar a proveedores, incluidos médicos y dentistas, clínicas, hospitales, hogares de ancianos o inscritos de NJ FamilyCare, escriba o llame a Amerigroup a:

Medicaid Special Investigations Unit
 Amerigroup Community Care
 4425 Corporation Lane
 Virginia Beach, VA 23462
800-600-4441 (TTY 711)

También puede denunciar posibles casos de fraude, desperdicio y abuso de la siguiente manera:

- Visite el sitio web **myamerigroup.com/NJ**, y haga clic en el enlace Informar Fraude, Desperdicio y Abuso.
- Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Este.
- Llame a la línea directa de fraude de la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) al **866-847-8247 (TTY 711)**.
- Envíe un correo electrónico directamente a la Unidad de Investigaciones Especiales de Medicaid a **medicaidfraudinvestigations@anthem.com**. Esta dirección de correo electrónico se controla todos los días hábiles.

Al denunciar inquietudes relacionadas con un proveedor (un médico, dentista, terapeuta, compañía de suministros médicos, etc.), incluya lo siguiente:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor.
- El nombre y la dirección del centro (hospital, hogar de ancianos, agencia de cuidado médico en el hogar, etc.).
- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe.
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).

- El nombre y número de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación.
- Las fechas de los eventos.
- Un resumen de lo ocurrido.

Además, puede hacer la denuncia directamente al estado de New Jersey. Si sospecha de fraude, desperdicio o abuso, llame a la línea directa gratuita de la División de Fraude de Medicaid de NJ al **888-937-2835**.

ESPERAMOS QUE ESTE MANUAL HAYA RESPONDIDO SUS PREGUNTAS SOBRE Amerigroup. SI TIENE CUALQUIER OTRA PREGUNTA, LLAME A SERVICIOS PARA MIEMBROS DE AMERIGROUP AL 800-600-4441 (TTY 711).