



FIDELIS CARE®

Fidelis Care

Manual del Afiliado



1-888-453-2534 (TTY: 711)
fideliscarenj.com 

CAD_112820S State Approved 08302023
©2023 Fidelis Care. Todos los derechos reservados.

NJ3CADMHB12821S_1022
092-22-56



Fidelis Care

Al cuidado de usted y su familia

¡Bienvenido a Fidelis Care! Nos complace que se haya unido a nuestra familia. Al trabajar con todas las personas de Fidelis Care, verá que ponemos a usted y a su familia en primer lugar para que reciban una mejor atención.

¡Le deseamos buena salud!

Usted está primero, por lo que trabajamos arduamente para asegurarnos de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Trabajamos con muchos proveedores, hospitales, laboratorios y otros socios de atención médica para brindarles a usted y su familia todos los servicios que ofrece NJ FamilyCare. Juntos, administraremos todas sus necesidades de atención médica.

Este Manual del Afiliado le brinda más información sobre los beneficios y cómo funciona el Plan de Salud. Léalo y guárdelo en un lugar seguro. Esperamos que encuentre las respuestas a la mayoría de sus preguntas. En caso contrario, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Nuestro personal amable intentará ayudarlo. Para obtener más información, visítenos en **www.fideliscarenj.com**.

Discrimination Is Against the Law

Fidelis Care complies with all applicable federal civil rights laws. We do not exclude or treat people in a different way based on race, color, national origin, age, disability or sex.

We have free aids and services to help people with disabilities communicate with us. That includes help such as sign language interpreters. We can also give you info in other formats. Those formats include large print, audio, accessible electronic formats and Braille.

If English is not your first language, we can translate for you. We can also provide written info in other languages.

If you need these services, call us at **1-888-453-2534**. TTY users can call **711**. We're here for you Monday–Friday from 8 a.m. to 6 p.m.

Do you feel that we did not give you these services? Or do you feel we discriminated in some way? If so, you can file a grievance by mail, phone, fax, or email. You can reach us at Fidelis Care Grievance Department, P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631-3384. You can reach us by phone at **1-888-453-2534**; TTY **711**. Our fax is **1-866-388-1769**. Our email is **OperationalGrievance@fideliscarenj.com**. If you need help filing a grievance, a Fidelis Care Civil Rights Coordinator can help you.

You can also file a civil rights complaint online with the U.S. Dept. of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Go to the Complaint Portal at <http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. File by mail to: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. You can call them at **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TTY).

You can get complaint forms at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

If English is not your first language, we can translate for you. We can also give you info in other formats. That includes Braille, audio and large print. Just give us a call toll-free. You can reach us at **1-888-453-2534**. For TTY, call **711**.

Si el español es su idioma materno, podemos traducir la información para usted. También podemos proporcionarle información en otros formatos, entre ellos, Braille, audio y letra grande. Solo llámenos, sin costo alguno. Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-888-453-2534**. Para TTY, llame al **711**.

若您中文是您的第一語言，我們可以為您翻譯。我們也提供其他格式的資訊，包括點字版、音訊和大字印刷。請致電免費專線 **1-888-453-2534**。TTY 請撥打 **711**。

귀하의 모국어가 한국어인 경우 번역해 드릴 수 있습니다. 점자, 오디오, 대형 활자본 등 다른 형식으로도 정보를 제공해 드릴 수 있습니다. 수신자 부담 전화 **1-888-453-2534**(TTY: **711**)번으로 전화하여 당사에 문의해 주십시오.

Se português for a sua língua materna, podemos traduzir por si. Também lhe podemos fornecer informações noutros formatos, tais como braille, áudio e em letras grandes. Para tal, basta contactar-nos através do número **1-888-453-2534**. Para TTY, ligue para o **711**. A chamada não tem quaisquer custos.

જો ગુજરાતી તમારી પ્રથમ ભાષા છે, તો અમે તમારા માટે અનુવાદ કરીને આપી શકીએ છીએ. અમે તમને બીજા ફોર્મેટ્સમાં પણ માહિતી આપી શકીએ છીએ. તેમાં બ્રેઇલ, ઓડિયો અને મોટી પ્રિન્ટનો સમાવેશ થાય છે. અમને ફક્ત એક ટોલ-ફ્રી કોલ કરો. તમે **1-888-453-2534** પર અમારો સંપર્ક કરી શકો છો. TTY માટે, **711** પર કોલ કરો.

Jeśli język polski jest Twoim pierwszym językiem, możesz skorzystać z tłumaczenia. Możesz również otrzymać informacje w innych formatach, takich jak alfabet Braille'a, plik dźwiękowy lub duży druk. Wystarczy wykonać bezpłatne połączenie na numer **1-888-453-2534**, (TTY: **711**).

Se l'italiano è la sua prima lingua, possiamo provvedere alla traduzione per lei. Possiamo anche fornirle informazioni in altri formati, tra cui Braille, audio e stampa grande. È sufficiente chiamarci al numero verde **1-888-453-2534**. Per TTY, chiamare il numero **711**.

إذا كانت العربية لغتك الأولى، فيمكننا توفير خدمة الترجمة لك. يمكننا أيضًا تزويدك بمعلومات بتنسيقات أخرى ويشمل ذلك طريقة برايل والتسجيل الصوتي والطباعة بأحرف كبيرة. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم المجاني. يمكنك التواصل معنا عبر الرقم **1-888-453-2534**. للهاتف النصي TTY، اتصل على الرقم **711**.

Kung Tagalog ang una ninyong wika, puwede kaming magsalin para sa inyo. Puwede rin kaming magbigay sa inyo ng impormasyon sa iba pang format. Kabilang dito ang Braille, audio, at malaking print. Tawagan lang kami nang libre. Puwede kayong makipag-ugnayan sa amin sa **1-888-453-2534**. Para sa TTY, tumawag sa **711**.

Если вашим родным языком является русский, мы можем предоставить вам услуги перевода. Мы также можем предоставить вам информацию в других форматах. Сюда относятся такие форматы, как шрифт Брайля, аудиоформат и крупный шрифт. Просто позвоните нам по бесплатному номеру телефона. Вы можете связаться с нами по номеру **1-888-453-2534**. TTY: **711**.

Si Kreyòl Ayisyen se pa premye lang ou, nou ka tradwi pou ou. Epitou nou ka ba w enfòmasyon nan lòt fòm. Sa gen ladan Bray, odyo, ak gwo enpresyon. Sèlman ba nou yon koutfil gratis. Ou ka jwenn nou nan **1-888-453-2534**. Pou TTY, rele **711**.

अगर हिंदी आपकी पहली भाषा है, तो हम आपके लिए अनुवाद कर सकते हैं. हम आपको अन्य फॉर्मेट में भी जानकारी दे सकते हैं. इसमें ब्रेल, ऑडियो और बड़े प्रिंट शामिल हैं. बस हमें टोल-फ्री कॉल करें. आप हमसे **1-888-453-2534** पर संपर्क कर सकते हैं. TTY के लिए, **711** पर कॉल करें.

Nếu ngôn ngữ chính của quý vị là tiếng Việt, chúng tôi có thể phiên dịch cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở các định dạng khác. Bao gồm chữ nổi, âm thanh và bản in chữ lớn. Chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí. Quý vị có thể liên hệ với chúng tôi theo số **1-888-453-2534**. Đối với TTY, gọi số **711**.

Si le français est votre langue maternelle, nous pouvons vous fournir une traduction. Nous pouvons également vous fournir des informations dans d'autres formats, notamment en braille, au format audio ou encore en gros caractères. Il vous suffit de nous appeler gratuitement au **1-888-453-2534**. Pour le mode TTY, composez le **711**.

اگر اردو آپ کی پہلی زبان ہے تو ہم آپ کے لیے ترجمہ کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کو دوسری شکلوں میں بھی معلومات دے سکتے ہیں۔ اس میں بریل، آڈیو اور بڑا پرنٹ شامل ہے۔ بس ہمیں ایک ٹال فری نمبر پر کال کریں۔ آپ ہم سے **1-888-453-2534** پر رابطہ کر سکتے ہیں۔ TTY کے لیے، **711** پر کال کریں۔

Tabla de Contenidos

FIDELIS CARE AL CUIDADO DE USTED Y SU FAMILIA	1
El diccionario Fidelis Care.....	9
NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES.....	15
CÓMO EMPEZAR CON NOSOTROS	17
Verifique su tarjeta de identificación (ID) y manténgala en un lugar seguro	17
Conozca a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)	18
Complete su Evaluación de riesgos para la salud.....	23
Servicios No Relacionados con la Atención Médica: Línea de Ayuda de Community Connections.....	23
Aplicación móvil MyFidelis Care	24
Recuerde usar la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas.....	25
En caso de una emergencia.....	25
Llámenos	25
Nuestro sitio web	27
Conozca sus derechos y responsabilidades.....	27
Nuevas Formas de Gestionar sus Registros de Salud Digitales.....	27
Si tiene otro seguro médico.....	28
Conserve este manual.....	28
Nuestro Directorio de proveedores.....	29
Principios básicos de la atención.....	29
Médicamente necesario	29
Cómo concertar y conseguir sus citas médicas	30
Formulario de Solicitud de Asistencia para Citas	34
Gastos compartidos.....	35
Si recibe una factura de un proveedor	36
Responsabilidad de pago del paciente	36
SU PLAN DE SALUD	37

Tabla de Contenidos

Servicios cubiertos por Fidelis Care	38
Beneficios de salud conductual.....	61
Atención de la salud conductual: miembros en la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) o los Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS)	67
Atención de la salud conductual: miembros que no están en la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) o los Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS).....	67
Podemos ayudarlo a encontrar proveedores de servicios de salud conductual	68
Qué hacer en caso de emergencia de salud del comportamiento o si se encuentra fuera del área de servicios del plan	69
Beneficios adicionales de Fidelis Care	69
Servicios no cubiertos por Fidelis Care ni el Cargo por Servicio (FFS).....	70
Servicios no cubiertos	70
Servicios cubiertos por Cargo por Servicio (FFS)	71
Cómo recibir los servicios cubiertos	72
Autorización Previa.....	72
Plazos de autorización previa	73
Pautas para el tratamiento dental	73
Servicios dentales que puede obtener sin autorización	74
Servicios de proveedores fuera de nuestra red	75
Administración de la utilización.....	75
Segunda opinión médica o dental y autorremisiones médicas.....	76
Cuidado fuera del horario de atención.....	77
Atención de Emergencia.....	77
Atención que no es de emergencia en la sala de emergencias.....	78
Atención de emergencia fuera del área	79
Atención de urgencia	79
Atención posterior a la estabilización.....	80
Miembros con Necesidades Especiales	80
Tratamiento de menores de edad.....	80

Niños con necesidades de atención médica especiales.....	81
Atención Dental para Necesidades Especiales	82
Miembros con Necesidades de Atención Médica Especiales (SHCN) en un Quirófano (OR) o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	83
Miembros que están confinados en sus hogares.....	84
Administración del cuidado.....	85
Planificación familiar	86
Histerectomía y esterilización.....	87
Cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido.....	87
Programa de Servicios de Doulas Comunitarias.....	88
Programa de Administración del Cuidado de Maternidad Fidelis Care BabySteps.....	89
Programa Women, Infants and Children (WIC)	89
¿Le gustaría amamantar?	104
Dental Care	104
Emergencia dental	107
No discriminación por identidad de género	108
Revisión y gestión de la utilización: no discriminación por la identidad de género	109
Proveedores no participantes y cobertura fuera del área.....	109
Servicios de tratamiento de adicciones en consultorio (OBAT)	110
Programa de administración de enfermedades	110
Recetas.....	116
Lista de Medicamentos Preferidos	117
Medicamentos de venta libre (OTC)	118
Limitación de farmacia	118
Transición del cuidado	120
Transporte	120
Planificación de su cuidado.....	121
Servicios de Exámenes de detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)	121
Pautas de Salud Preventiva para Familias	123
Instrucciones anticipadas.....	136

Tabla de Contenidos

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA MIEMBROS	139
Quejas y apelaciones de los miembros	140
Protestas	140
Apelaciones	145
Determinación Adversa Inicial	147
Apelación interna	148
Apelaciones aceleradas (rápidas).....	149
Apelación externa (IURO)	149
Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid.....	150
Continuación de los beneficios.....	151
Su membresía en Fidelis Care	152
Inscripción	152
Cancelación de la inscripción	152
Recertificación	153
Reincorporación.....	154
Nuestra área de servicios	154
Mudanza fuera de nuestra área de servicios	155
Información importante de Fidelis Care	155
Programas de incentivo de proveedores, operaciones y estructura del plan de salud	155
Evaluación de nueva tecnología.....	155
Fraude, dispendio y abusos	156
Cuando tiene NJ FamilyCare y otro seguro	157
Derechos de los miembros	157
Obligaciones de los miembros.....	159

El diccionario Fidelis Care

Al leer este manual, verá algunas palabras que pueden resultarle desconocidas. A continuación, le ofrecemos una lista de esas palabras y su significado.

Palabras/Frases

Instrucción Anticipada: Un documento legal (en papel), como un testamento vital o un poder legal duradero. Este documento le indica a los proveedores y a su familia cómo desea que lo cuiden en caso de no poder manifestar sus decisiones por sí mismo.

Beneficios/Servicios: Cuidado de la salud cubierto por nuestro Plan.

Remisión del médico de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)/ Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS): Los miembros de Medicaid o los miembros potenciales de Medicaid pueden calificar para los programas de MLTSS si:

- Tienen una discapacidad intelectual/del desarrollo o una afección relacionada; y
- Son evaluados por la División de Discapacidades del Desarrollo.

La evaluación incluye una revisión de los programas y las opciones.

División de Servicios de Discapacidad (DDS): Es parte del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey. La DDS ayuda a las personas con discapacidades y sus familias a obtener recursos y ayuda. La DDS:

- Brinda información y servicios que lo ayudan a conectarlo con artículos o personas que necesita; y
- Comienza la inscripción en Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS) para niños de 20 años o menos.

Servicios de Doulas Comunitarias: Una *doula comunitaria* es una acompañante no clínica o una entrenadora para el parto. Las doulas comunitarias capacitadas proporcionan apoyo físico y emocional, además de información a los miembros antes, durante y después del parto.

Trabajador de la Salud Comunitaria (CHWs): Trabajadores de la salud pública capacitados que trabajan estrechamente con las comunidades a las que atienden. Esto permite que el CHWs conecte a los miembros de la comunidad con sistemas, servicios y programas de atención médica cerca de donde viven.

Palabras/Frases

Competencia Cultural y Lingüística: Servicios de atención médica que respetan los idiomas y los antecedentes culturales únicos de todos los miembros.

Poder Notarial Duradero: Un documento legal (en papel) en el que se le permite a otra persona a decidir en su nombre si usted no puede hacerlo.

Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT): Un programa que es para la atención médica preventiva y los controles de niño sano para niños menores de 21 años.

Servicios de Intervención Temprana: Un conjunto de servicios para familias con bebés y niños pequeños, desde el nacimiento hasta los tres años de edad, que han tenido retrasos en el desarrollo o que son personas con discapacidades.

Emergencia: Una condición médica muy grave que debe ser tratada de inmediato.

Cuidador Familiar: Familiares, amigos o vecinos que ayudan a cuidar a una persona con una enfermedad crónica o discapacidad.

Planificación Familiar: Esta beneficio cubre los servicios y suministros para prevenir o retrasar el embarazo. Este incluye lo siguiente:

- Educación y asesoramiento;
- Una consulta médica para cambiar el método anticonceptivo; o
- Esterilización (tratamiento que deja a una persona incapaz de reproducirse).

No cubre el aborto (y los servicios relacionados). Tampoco cubre los tratamientos de infertilidad cuando hay dificultad para quedar embarazada.

Queja Formal: Es un reclamo o una manera de expresar una disconformidad. Podría involucrar al plan de salud, a su personal o a cualquier proveedor de la red, centro de salud o su personal. Por ejemplo, las quejas sobre si es difícil llegar a una consulta médica o un tratamiento.

Palabras/Frases

Disparidad de la Salud: Diferencias sociales evitables que pueden impedir que las personas estén lo más saludables posible. Las disparidades en la salud pueden ser el resultado de alguna de las siguientes causas:

- Pobreza;
- El entorno en el que una persona creció o vive actualmente;
- Falta de acceso a los servicios de atención médica;
- Falta de acceso a una buena educación; y
- Otros factores.

Fuente: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/disparities/index.html>

Equidad en la Salud: La capacidad de las personas de estar lo más saludables posible, independientemente de la raza, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género, la situación socioeconómica, el sitio geográfico, el idioma preferido u otros factores que afectan el acceso a la atención y los resultados de la salud.

Alfabetización Sanitaria: Es el grado en que las personas tienen la capacidad de buscar, comprender y utilizar información y servicios para informar decisiones y acciones relacionadas con la salud para ellos y otros.

Plan de Salud: Un plan, como el nuestro, que trabaja con los proveedores de cuidado de la salud para coordinar los servicios de cuidado de la salud para mantenerle sano.

Poblaciones Históricamente Marginadas: Personas, grupos o comunidades a las que se les ha negado el acceso, histórica y sistemáticamente, a los servicios o recursos como resultado de la discriminación y otras formas de opresión.

Tarjeta de Identificación (ID): Tarjeta que le entregamos que prueba que usted es miembro de nuestro Plan. También se la conoce como tarjeta de seguro.

Vacunas: Vacunas que pueden mantenerlo a usted y sus hijos a salvo de muchas enfermedades graves, como la gripe y otras.

Paciente Internado: Cuando usted es admitido en un hospital.

Palabras/Frases

Servicios Médicamente Necesarios: Servicios médicos y dentales que usted necesita para mejorarse y mantenerse saludable.

Miembro: Usted, su hijo o cónyuge, o alguien que se ha inscrito en nuestro Plan de Salud.

Fuera de la Red: Término que usamos cuando un proveedor no está contratado por nuestro Plan.

Paciente ambulatorio: Cuando usted recibe atención en un centro médico, pero no lo admiten como un paciente internado.

Servicios Posteriores a la Estabilización: Atención de seguimiento luego de abandonar el hospital para asegurarnos de que mejora.

Lista de Medicamentos Preferidos (PDL): Una lista de medicamentos que los médicos y farmacéuticos del plan de salud han formulado.

Receta: Medicamento para el cual su proveedor escribe una orden.

Autorización Previa (PA)/Derivaciones: Cuando necesitamos aprobar cuidados o recetas antes de que usted los reciba.

Dentista de Cuidado Primario (PCD): Un dentista autorizado que es el proveedor de atención médica. También organizan y proporcionan cuidado dental inicial y primario a los pacientes. Además, lo derivan a atención especializada cuando es necesario. Estos dentistas también ayudan a garantizar que se complete todo el tratamiento recomendado. El plan de salud puede asignar un PCD, o bien, el miembro puede elegirlo.

Proveedor de Cuidado Primario (PCP): El proveedor personal que administra todas sus necesidades de atención médica.

Proveedor: Aquellos que trabajan con nosotros para brindarle cuidado médico, como los médicos, los hospitales, las farmacias y los laboratorios.

Palabras/Frases

Proveedores de la Red: Todos los proveedores, como los médicos, los hospitales, las farmacias y los laboratorios, que tienen un contrato con nosotros para brindarles atención a nuestros miembros.

Examen para Servicios Comunitarios (SCS): Examen de detección establecido por el estado que identifica a las personas que más necesitan Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS). Es necesario para todas las personas que desean MLTSS.

Determinantes Sociales de la Salud (SDoH)/Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud/Impulsores de la Salud: Los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- Acceso a una vivienda segura;
- Acceso a alimentos saludables;
- El entorno en el que una persona creció o vive actualmente;
- Acceso a una buena educación;
- Acceso a trabajos bien pagados; o
- Discriminación basada en la raza, etnia, discapacidad, orientación sexual, identidad de género, entre otros.

Especialista: Proveedor que fue a la facultad de medicina, se ha capacitado y ejerce en un campo específico de la medicina. Es alguien como un cardiólogo, que trata el corazón, o un podólogo, que trata los pies.

Tratamiento: Cuidado que usted recibe de proveedores y centros.

TTY: Número especial para llamar si tiene problemas para escuchar o hablar.

Atención Dental Urgente: Tratamiento de una afección oral o dental para reducir el dolor, prevenir infecciones o prevenir daños permanentes en la boca o los dientes de una persona. La mayoría de las afecciones dentales urgentes deben tratarse en un consultorio o clínica dentro de las 24 horas.



Números de Teléfono **Importantes**

Números de teléfono importantes

Servicios para Miembros (incluso para consultas de la vista o farmacias)	1-888-453-2534 (TTY: 711)
Línea de ayuda para dejar de fumar de NJ/ Centros para dejar de fumar	1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY: 711), disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) o visite: njqitline.org momsquit.com
NJ Hopeline Línea directa de prevención de suicidios que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana	1-855-654-6735 www.njhopeline.com
NJ Speak Up Línea telefónica que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para satisfacer las necesidades de salud mental de madres e hijos	1-800-328-3838 https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/mentalhealth/about-disorders/
Servicios Dentales para Miembros (Liberty Dental Plan)	1-888-442-2375 (TTY: 711)
PerformCare Un único punto de acceso para la atención de la salud conductual de menores de edad	1-877-652-7624 (TTY: 711) www.performcarenj.org
Reach NJ: Centro de Acceso a Tratamiento de Adicciones IME Línea telefónica que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para exámenes de detección y remisiones del médico al tratamiento del trastorno por consumo de sustancias	1-844-276-2777 o 1-844-REACH NJ (732-2465)
Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas de Fidelis Care	1-800-919-8807 (TTY: 711)
Línea para Crisis de Salud Conductual las 24 horas de Fidelis Care	1-800-411-6485
Community Connections Línea de Ayuda (CCHL) Comunicarse con Servicios Sociales Comunitarios	1-866-775-2192

Mantenga estos números cerca de su teléfono. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Nuestro horario de atención habitual es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. O visítenos en **www.fideliscarenj.com**.



Cómo empezar con nosotros

Estas son algunos asuntos importantes que debe recordar al comenzar con Fidelis Care.

Verifique su tarjeta de identificación (ID) y manténgala en un lugar seguro

Recibirá su tarjeta de ID de Fidelis Care (tarjeta de seguro) por correo. Si no la recibe dentro de los siete días posteriores a convertirse en miembro, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Le enviaremos otra tarjeta de ID. También puede solicitar una nueva tarjeta de ID en **www.fideliscarenj.com**.

Su tarjeta de ID demuestra que usted es miembro de Fidelis Care. Lleve su tarjeta de identificación con usted en todo momento y no deje que nadie la utilice. Su tarjeta de ID contiene información acerca de su plan. Deberá mostrarla siempre que necesite atención. Esto incluye citas médicas, atención de urgencia, consultas de la vista, dentales, de salud conductual, atención de emergencia y recogida de recetas de la farmacia.

Asegúrese de llevar con usted su Tarjeta de Identificación de Beneficios de Salud (HBID) del estado de New Jersey. También debe llevar con usted su tarjeta de HBID para acceder a los servicios que están cubiertos directamente por el Cargo por Servicio de Medicaid (FFS) y que no proporcionamos nosotros.


También deberá analizar los datos que aparecen en su tarjeta de ID. Allí figura la información de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). También figura la **fecha de entrada en vigor** (la fecha en que se convierte en miembro de Fidelis Care).

Los miembros de Fidelis Care pueden elegir un Dentista de Cuidado Primario (PCD) en cualquier momento. Al momento de la inscripción, Liberty les asignará a los miembros de Fidelis Care el Dentista de Cuidado Primario más cercano en función de factores tales

Cómo comenzar con nosotros

como el idioma, la preferencia cultural, el historial previo del miembro u otro miembro de la familia, etc. Los miembros de Fidelis Care pueden cambiar el PCD en cualquier momento llamando a Liberty y solicitando un dentista nuevo, visitando el sitio web de Liberty y seleccionando un dentista nuevo, o contactando a un PCD dentro de la red de su elección.

¿Qué sucede si el PCP que aparece es incorrecto? Llame a Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva tarjeta de ID con el PCP correcto. Llámenos al número gratuito **1-888-453-2534** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

	FIDELIS CARE
Member: SAMPLE A SAMPLE	Issue Date: 07/15/2023
Member ID: 1234567	Medicaid #: 98765432
Plan Name: NJ FamilyCare C	
Effective Date: 08/01/2023	Co-Pay Information
Primary Care Provider (PCP): Allison Smith	Dental \$X
PCP Phone: 1-555-123-9876	Emergency \$X
Dental: 1-888-442-2375	PCP \$X
	Pharmacy \$X
	Specialist \$X

Member Services:	1-888-543-6543 / TTY: 711	
Members: Present this card to receive services from network providers. For benefits, provider network, dental benefits, or general information, call Member Services. If you have a medical emergency, dial 911 or go to the nearest emergency room and call your PCP within 48 hours. Prior authorization is not required.		
Servicios a Miembros:	1-888-543-6543 / TTY: <711	
Miembros: Pr presente esta tarjeta para recibir servicios de proveedores de la red. Llame a Servicios a Miembros para obtener información sobre beneficios, proveedores de la red, beneficios dentales o información general. Si usted tiene una emergencia médica, marque el 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana y llame a su PCP en un plazo máximo de 48 horas. No se requiere autorización previa.		
Medical claims are to be mailed to: Las reclamaciones médicas deben ser enviadas a: Fidelis Care P.O. Box 31224 Tampa, FL 33631-3224		
www.fideliscarenj.com		
RxBIN:XXXX	RxPCN:XXXX	RxGRP:XXXX

Cada vez que reciba una nueva tarjeta de ID, destruya la anterior. Si pierde la tarjeta de ID o no la recibe, podemos reemplazarla. Para reemplazar su tarjeta de ID, visite el portal seguro para Miembros y solicite una nueva o llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Le enviaremos una nueva tarjeta de ID en un plazo de 7 días hábiles.

Conozca a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Su PCP es su socio en la salud y será su proveedor de atención médica principal. Lo ayuda a organizar toda su atención médica. También pueden contratar a alguien, como un asistente médico o un profesional de enfermería, para que también lo ayude a cuidarlo.

Esto incluye lo siguiente:

- Controles periódicos;
- Vacunas; y
- Consultas por enfermedad;
- Remisiones a otros proveedores, como especialistas.

Alentamos a todos nuestros miembros nuevos para que visiten a su PCP y a su Dentista de Atención Primaria (PCD) dentro de los 90 días (3 meses) después de haberse unido a nuestro plan. Esto incluye a aquellos que pertenecen al programa de la División de Discapacidades de Desarrollo (DDD) de New Jersey. La reunión con el PCP y el PCD les da a ambos la oportunidad de conocerse y de conocer su historia clínica. También podrá crear un plan de atención para usted.

Para ayudar a su PCP o PCD, consiga su historia clínica de todos los médicos que haya consultado anteriormente. Puede realizar una cantidad de consultas ilimitadas con su PCP. Esto no le representará ningún costo. Solicite una cita con él cuando se sienta enfermo. También debe hacerse un control de bienestar cada año.

¿Necesita ayuda con esto? Llame a Servicios para Miembros al 1-888-453-2534 (TTY: 711). Puede contactarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Infórmenos cuando quede embarazada. Podemos brindarle información sobre el nacimiento y el cuidado de su bebé.

Hay cosas que puede hacer para ayudar a tener un embarazo seguro. Hable con su proveedor sobre los problemas médicos que tenga, como la diabetes e hipertensión. No consuma tabaco, alcohol o drogas, ahora ni durante el embarazo. Debe consultar a su proveedor antes de embarazarse si ha tenido los siguientes problemas:

- Tres o más abortos espontáneos;
- Nacimiento prematuro (nacido antes de las 38 semanas de embarazo); o
- Parto de un feto muerto.

Los PCP de nuestra red están capacitados en diferentes especialidades, entre las que se incluyen las siguientes:

- Medicina familiar e interna;
- Medicina general;
- Medicina geriátrica;
- Medicina pediátrica; y
- Obstetricia/ginecología (OBG/GYN).

Si asiste regularmente a un especialista, puede solicitarnos que este sea su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Si se aprueba, el especialista también puede establecer todas sus necesidades de atención médica de rutina, como así también los servicios médicos que ofrecen.

Cómo comenzar con nosotros



Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Llame al **1-888-453-2534** (TTY: **711**)
de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Si no eligió un PCP o PCD antes de inscribirse en nuestro Plan, nosotros le elegiremos uno según lo siguiente:

- Dónde puede haber recibido servicios anteriormente;
- Dónde vive;
- Su preferencia de idioma;
- Si el proveedor acepta nuevos pacientes; y
- Sexo (en caso de OB/GYN).

Si no está conforme con el PCP o PCD asignado, puede cambiarlo en cualquier momento. Nuestros representantes de Servicios para Miembros están aquí para ayudarlo a elegir un nuevo PCP o PCD. Puede comunicarse con ellos llamando al número gratuito **1-888-453-2534** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Cuando elija su nuevo PCP o PCD, sepa que nuestros proveedores son sensibles a las necesidades de muchas culturas.

- Tenemos proveedores que hablan su idioma y que conocen sus tradiciones y costumbres;
- Podemos informarle sobre las instituciones educativas y la capacitación de un proveedor, de modo que sepa que están calificados; y
- Puede elegir al mismo PCP para toda su familia o uno diferente para cada miembro de la familia (dependiendo de las necesidades de cada uno).

Tenemos algunas maneras para que encuentre un PCP o PCD y otros proveedores en su área. Estos proveedores componen nuestra “red de proveedores” o “red”:

- *Herramienta Find a Provider/Pharmacy (Encontrar un proveedor/farmacia):*
 - Esta herramienta está disponible en **findaprovider.fideliscarenj.com**;
 - Puede buscar un proveedor dentro de cierta distancia de su casa, por nombre o por tipo de práctica; y
 - ¡Estamos agregando nuevos proveedores a nuestra red constantemente! Verificar esta herramienta en línea es la mejor manera de obtener la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores.

Los miembros en el programa de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) de NJ podrán elegir a un PCP de nuestra red fuera del condado en el que viven.

- **Llámenos:**

- Podemos ayudarlo a buscar y elegir un nuevo proveedor. Llámenos al **1-888-453-2534** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

- **Nuestro Directorio de Proveedores impreso:**

- Llame a Servicios para Miembros y pídaenos que le enviemos un Directorio de proveedores impreso
- Las versiones electrónicas de los directorios de proveedores se encuentran disponibles en nuestro sitio web en **<https://www.fideliscarenj.com/members/medicaid/nj-familycare.html>**
- Los proveedores se enumeran por condado y especialidad
- En el Directorio de proveedores, encontrará lo siguiente:
 - ◇ PCP;
 - ◇ Hospitales;
 - ◇ Farmacias;
 - ◇ Especialistas;
 - ◇ Proveedores de salud conductual; y
 - ◇ Dentistas generales y especialistas dentales, incluidos los dentistas de niños.

Usted o su representante autorizado deben comunicarse con el PCP o PCD para programar una cita, tan pronto como sea posible después de que se haya inscrito. De lo contrario, Fidelis Care intentará contactarlo a usted o su representante para coordinar un examen físico. Estos son los plazos dentro de los cuales podremos llamarlo nosotros o su PCP y PCD:

- **Para niños (menores de 21 años):** dentro de los 90 días de la inscripción;
- **Para adultos:** dentro de los 180 días de la inscripción; y
- **Para adultos miembros de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD):** dentro de los 90 días de la inscripción.
- **Encuentre un dentista:**
 - El Directorio de Dentistas de NJ FamilyCare que tratan a los niños menores de 6 años también está en nuestro sitio web. Puede encontrarlo aquí **<https://www.fideliscarenj.com/members/medicaid/nj-familycare.html>**
 - El Directorio de Dentistas de NJ FamilyCare que tratan a niños menores de 6 años también está disponible en el sitio web de Liberty Dental Plan. Puede encontrarlo aquí: **<https://client.libertydentalplan.com/Content/documents/wellcarenj/WellCare-NJ-NJFC-Age-0-6-Provider-Directory.pdf>**

Cómo comenzar con nosotros

- También puede encontrar listados de dentistas que tratan a niños o adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) aquí:

◇ Niños https://www.fideliscarenj.com/content/dam/centene/wellcare/nj/pdfs/NJ_Caid_IDD_Child_Dental_Directory_Multi_07_2022_R.pdf

◇ Adultos https://www.fideliscarenj.com/content/dam/centene/wellcare/nj/pdfs/NJ_Caid_IDD_Adult_Dental_Directory_Multi_07_2022_R.pdf

¿Le gustaría cambiar su PCP? Nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden ayudarlo a encontrar un PCP nuevo. También le enviarán una tarjeta de ID de miembro nueva con la información del PCP nuevo allí.

Puede cambiar su PCD en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros de Liberty Dental Plan al **1-888-442-2375** (TTY: **711**). Cuando realice su elección, llámelo para concertar una cita. Usted debe tener su tarjeta de ID durante su consulta.

Llámenos al número gratuito **1-888-453-2534** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Además, puede solicitar el cambio a través de nuestro sitio web.

Los cambios de PCP efectuados entre el primer día y el día 10 del mes entrarán en vigor de inmediato. Los cambios realizados después del día 10 del mes entrarán en vigor al inicio del mes siguiente.

Fidelis Care puede rechazar una solicitud para un cambio de PCP. A continuación, se presentan situaciones en las que podemos denegar una solicitud:

- Si un PCP solicita que no se incluya un miembro en la lista de pacientes del PCP; o
- Si un PCP tiene demasiados pacientes para atender a más.

Un PCP o PCD puede optar por no atenderlo si considera que no puede entenderse con usted o si cree que no es capaz de satisfacer sus necesidades de atención médica.

Si esto sucede, usted puede elegir un nuevo PCP o nosotros le elegiremos un nuevo PCP. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) para solicitarnos asistencia.

¿Qué ocurre si su PCP u otro proveedor decide **salir de la red**? El consultorio de su PCP puede mudarse, cerrar o salir de nuestra red. Si esto sucede, le enviaremos una carta. La carta le da detalles sobre el cambio y cómo lo manejamos. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo PCP en nuestra red.

Simplemente visite **findaprovider.fideliscarenj.com** para utilizar la herramienta *Find a Provider/Pharmacy* (*Encontrar un Proveedor/Farmacia*). O llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Si tiene un plan de tratamiento con su PCP actual, es posible que pueda continuar con ese PCP hasta 120 días después de que salga de la red. Llame a Servicios para Miembros para saber más. Sepa que tiene acceso a la cobertura de PCP y especialistas las 24 horas, los siete días de la semana.

Complete su Evaluación de riesgos para la salud

Es fundamental que complete el formulario de Evaluación de Riesgos para la Salud. Cuando lo haga, podemos asegurarle que recibirá los cuidados que necesita.

El formulario de Evaluación de Riesgos para la Salud se encuentra en su paquete de bienvenida. Incluimos un sobre con franqueo pagado para que nos pueda devolver el formulario.

¿Necesita un formulario? Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Servicios No Relacionados con la Atención Médica: Línea de Ayuda de Community Connections

A través de *Community Connections*, podrá ponerse en contacto con varios servicios que lo ayudarán a usted y su familia o seres queridos a llevar una vida mejor y más saludable.



Llame para ponerse en contacto con los Servicios en Base a la Comunidad que pueden ayudar:

1-866-775-2192

Puede ser difícil concentrarse en su salud si tiene problemas con su vivienda o si le preocupa tener suficiente comida para alimentar a su familia. Si el dinero también es una dificultad, es posible que necesite ayuda para encontrar un trabajo, cuidado de niños o pagar facturas. Fidelis Care puede comunicarlo con los recursos de su comunidad. Estos recursos pueden ayudarlo a gestionar estas necesidades, más allá de la atención médica, que pueden afectar su salud o la de sus seres queridos.

Community Connections de Fidelis Care está aquí para usted.

Llame a la Línea de Ayuda de Community Connections al 1-866-775-2192 para servicios que pueden ayudarlo si:

- Tiene problemas para obtener suficientes alimentos para usted o su familia;
- Le preocupan sus condiciones de vida o su vivienda;
- Le resulta difícil llegar a las citas, el trabajo o la escuela debido a problemas de transporte;

Cómo comenzar con nosotros

- Se siente inseguro o está sufriendo violencia doméstica (si está en peligro inmediato, llame al **911**); o
- Si tiene otro tipo de necesidades tales como:
 - Necesidades financieras (servicios públicos, renta);
 - Necesidades de cuidado de niños asequible;
 - Necesidades para encontrar empleo o educación;
 - Necesidades de cuidadores y apoyo; o
 - Necesidades de suministros para la familia (como pañales, leche de fórmula, cunas, entre otros).

Aplicación móvil MyFidelis Care

Nuestra aplicación móvil MyFidelis Care pone su información médica al alcance de la mano. Descargar esta aplicación no tiene costos en las tiendas de aplicaciones de Apple y Android.

La aplicación MyFidelis Care en su teléfono inteligente o tableta le permite:

- Buscar proveedores, clínicas de atención rápida y hospitales;
- Cambiar de PCP;
- Visualizar servicios de bienestar para usted; y
- Visualizar recordatorios de citas.

¿No está registrado? ¡Es fácil!

Descargue la aplicación MyFidelis Care en su teléfono inteligente. Para registrarse, haga clic en “Not Registered” (No registrado) cuando vea la pantalla para iniciar sesión. Será redirigido a una página web donde puede registrarse.

Eso es todo. ¡Está listo para obtener información de salud en cualquier lugar, en cualquier momento!

Asegúrese de informar a Servicios para Miembros si desea que le enviemos **mensajes de texto** con recordatorios e información. Llámenos al número gratuito **1-888-453-2534** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Recuerde usar la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

Nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas está disponible todos los días de la semana. Tenga su tarjeta de ID con usted cuando llame. Llame al número gratuito cuando no esté seguro del tipo de atención que necesita. Lo ayudaremos por teléfono.

Cuando usted llame, un enfermero le hará preguntas. Proporcione tantos detalles como sea posible. Por ejemplo, dígame dónde le duele, qué aspecto tiene y qué siente. El enfermero puede ayudarlo a decidir si usted:

- Necesita ir a su PCP para una consulta normal o urgente;
- Necesita ir a un centro de atención de urgencia;
- Necesita ir a la sala de emergencias (ER); o
- Puede cuidarse a sí mismo en su hogar, con orientación.

Puede obtener ayuda con problemas como:

- Dolor de espalda;
- Un corte o una quemadura;
- Tos, resfrío o gripe;
- Mareos; o
- Se siente mal.

¿Cree que tiene una emergencia médica real? Esto podría ser una fractura de huesos, una hemorragia intensa o una inflamación. Llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

En caso de una emergencia...

Llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

En la página 77 de este manual, hablamos más sobre las emergencias.

Llámenos

Si tiene preguntas, llámenos. Nuestro equipo de Servicios para Miembros está listo para ayudarlo. Llámenos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. La línea gratuita es **1-888-453-2534** (TTY: **711**).



Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas
Número sin cargo:
1-800-919-8807 (TTY: 711)

Cómo comenzar con nosotros

Es importante que nos informe si se produce un cambio significativo en su vida. Por ejemplo, si usted:

- Se casa o divorcia;
- Tiene un bebé o adopta un niño;
- Sufre la muerte de su cónyuge o hijo;
- Consigue un nuevo empleo; y/o
- Recibe seguro médico de otra compañía.

Llámenos en cualquier momento que necesite ayuda. Nosotros podemos ayudarlo a:

- Obtener una tarjeta de ID nueva;
- Cambiar de PCP;
- Encontrar y elegir un proveedor;
- Concertar una cita con un proveedor;
- Actualizar su información de contacto, como la dirección postal y el número de teléfono; y/o
- Obtener un programa de talleres y datos de eventos educativos.

Queremos que se sienta bien al trabajar con nosotros y sus proveedores. ¿Habla usted otro idioma? ¿Necesita algún contenido en Braille, letra grande o audio? Tenemos servicios de traducción y otros formatos sin costo. Llámenos si lo necesita.

Si llama fuera del horario de atención con una solicitud no urgente, deje un mensaje. Le llamaremos al siguiente día hábil. Nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería se encuentra disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede escribirle a nuestro equipo de Servicios para Miembros:



Fidelis Care
Attn: Member Services
P.O. Box 31370
Tampa, FL 33631-3370

Nuestro sitio web

Puede encontrar respuestas en nuestro sitio web. Visite www.fideliscarenj.com y haga clic en **Medicaid** para acceder a lo siguiente:

- Nuestro Manual del Afiliado;
- Nuestra herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor);
- Boletines de noticias para miembros; y
- Sus derechos y obligaciones como miembro.



Visite nuestro sitio web:
www.fideliscarenj.com

En nuestro Portal para Miembros puede hacer lo siguiente:

- Cambiar de PCP;
- Actualizar su dirección y su número de teléfono; y
- Solicitar la tarjeta de ID de Miembro, el Manual del Afiliado y el Directorio de Proveedores.

Los miembros que necesitan servicios de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias, pueden llamar a la Entidad de Administración Interina (IME) al **1-844-276-2777**. También puede llamar a Reach NJ al **1-844-REACH NJ (732-2465)**.

Conozca sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan. Puede leer esta información más adelante en este manual.

Nuevas Formas de Gestionar sus Registros de Salud Digitales

La Norma de Interoperabilidad y Acceso de Pacientes (CMS 9115 F) les facilita a los miembros la obtención de sus registros de salud cuando más lo necesitan.

Ahora tiene acceso total a sus registros de salud desde su dispositivo móvil, como el teléfono inteligente. Esto le permite gestionar mejor su salud y saber qué ayuda tiene disponible.

Imagínese...

- Ir a un nuevo proveedor porque usted no se siente bien, y ese proveedor es capaz de obtener la historia clínica de los últimos cinco años;
- Utilizar un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista;

Cómo comenzar con nosotros

- Tener acceso a su historia clínica para que un proveedor o especialista pueda decirle rápidamente qué ocurre y asegurarse de que reciba la mejor atención;
- Ver si su reclamación se ha pagado, denegado o se está procesando desde su computadora; y
- Poder disponer de su historia clínica cuando cambie de plan de salud*.

**En 2023, los miembros pueden comenzar a solicitar que sus registros de salud vayan con ellos si cambian de plan de salud.*

Además, la nueva norma facilita la búsqueda de información sobre:**

- Reclamaciones (pagadas y denegadas);
- Partes específicas de su información clínica;
- Cobertura de medicamentos de farmacia; y
- Proveedores de atención médica.

***Puede obtener información sobre las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016.*

Para obtener más información, visite su cuenta de Miembro en línea.

Si tiene otro seguro médico

¿Tiene usted o alguien de su familia seguro médico con otra compañía?

Si es así, nosotros debemos saberlo. Por ejemplo:

- Si trabaja y tiene un seguro médico a través de su empleador;
- Si sus hijos tienen seguro médico a través de su otro padre o madre; y
- Si perdió el seguro médico que nos había informado previamente.

Es importante que nos brinde esta información. Si no lo hace, puede haber problemas cuando deba recibir su atención y posibles facturas.

Para obtener más información, lea la guía de Responsabilidad de Terceros (TPL) que se incluye en el Paquete de Bienvenida.

Conserve este manual

Este manual tiene información valiosa, como:

- Sus beneficios y servicios y cómo obtenerlos;
- Instrucciones anticipadas (consulte la sección de Instrucciones anticipadas en la página 136 de este manual);

- Cómo usar los procesos de apelaciones y quejas para los casos en que no esté conforme con una decisión que hayamos tomado; y
- Cómo protegemos su privacidad.

¿Qué pasa si pierde su manual? Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) si pierde este manual. Le enviaremos uno nuevo. También puede encontrar el Manual del Afiliado en www.fideliscarenj.com/members/medicaid/nj-familycare.html.

Nuestro Directorio de proveedores

Para encontrar a un proveedor, visite la herramienta *Find a Provider (Encontrar un Proveedor)* en findaprovider.fideliscarenj.com. ¿Le gustaría tener una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores? Nos complacerá enviarle una. Esto no le representará ningún costo. Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. También puede encontrar el Directorio de Proveedores en www.wellcarenewjersey.com/members/medicaid/nj-familycare.html.

Principios básicos de la atención

Recibirá su atención de su PCP, especialistas, hospitales y otros de nuestra red de proveedores. Nosotros, o un proveedor de la red, debemos aprobar o “autorizar” su cuidado. Su PCP o el especialista debe enviar todos los registros médicos antes de prestar los servicios solicitados.

Medicamente necesario

El cuidado que aprobamos debe ser “medicamente necesario”. Esto significa que el cuidado, los servicios o los suministros que usted solicita son necesarios para su tratamiento. Deben:

- Ser necesario para tratar o diagnosticar su afección, mantenerlo saludable, prevenir enfermedades o para evitar que su condición médica actual empeore;
- Seguir las prácticas médicas aceptadas;
- No ser artículos solamente para la comodidad;
- Ser en la cantidad correcta y que se ofrezcan en el lugar y en el momento correcto; y
- Ser seguros para usted.

Cómo concertar y conseguir sus citas médicas

Nuestras pautas se aseguran de que reciba las citas médicas puntualmente. Esto también se llama *acceso a la atención*. Nuestros proveedores de la red están obligados a ofrecerle el mismo horario de atención que a los pacientes con otro seguro.

Esta tabla muestra cuánto debería demorar en conseguir una cita.

Tipo de proveedor	Tiempo de Conducción/Distancia si Vive en Una Zona Urbana	Distancia en automóvil/distancia si usted vive en una zona rural
PCP y especialistas	30 minutos para llegar a su cita	20 millas
Hospitales	15 millas	15 millas

¿Cuánto tiempo debe esperar para conseguir una cita? Eso depende del tipo de cuidado que necesite. Tenga en cuenta estos plazos al concertar sus citas.

Tipo de cita	Tipo de cuidado	Hora de la cita
Asistencia médica	Emergencia	De inmediato (tanto dentro como fuera de nuestra área de servicios), las 24 horas del día, los siete días de la semana (no es necesaria la autorización previa para servicios de emergencia)
	Urgente	Dentro de las 24 horas (un día) de su solicitud
	PCP por enfermedad pediátrica	Dentro de las 24 horas (un día) de su solicitud
	PCP por enfermedad de adultos	Dentro de las 72 horas (tres días) de su solicitud
	Consultas al PCP de rutina/bienestar	Dentro de los 28 días de su solicitud
	Consulta a un especialista	4 semanas (un mes) de su solicitud
	Visitas al hospital que no son casos de emergencia	4 semanas (un mes) de su solicitud
	Cuidado de seguimiento después de una internación en el hospital	Según sea necesario

Tipo de cita	Tipo de cuidado	Hora de la cita
Cuidado dental	Emergencia	De inmediato (tanto dentro como fuera de nuestra área de servicios), las 24 horas del día, los siete días de la semana (no es necesaria la autorización previa para servicios de emergencia)
	Urgente	Dentro de las 48 horas (dos días) desde su solicitud
	Consultas de rutina	Dentro de los 28 días de su solicitud
Salud conductual y trastorno por consumo de sustancias	Emergencia	De inmediato (tanto dentro como fuera de nuestra área de servicios), las 24 horas del día, los siete días de la semana (no es necesaria la autorización previa para servicios de emergencia)
	Urgente	Dentro de las 24 horas (un día) de su solicitud
	Consultas de rutina	Dentro de los 10 días de su solicitud

¿Necesita ayuda para concertar una cita con un PCP o especialista?

Si tiene dificultades para programar un horario de visita con su PCP o con un especialista, podemos ayudarlo.

Puede encontrar una lista actualizada de nuestros proveedores dentro de la red en el Directorio de Proveedores en el sitio web en **findaprovider.fideliscarenj.com**. Allí, puede buscar proveedores y lugares cercanos que puedan brindarle el tipo de atención que necesita.

Si tiene problemas para encontrar un proveedor cercano que pueda brindarle el tipo de atención que necesita o si tiene problemas para obtener un horario de visita, llámenos al número gratuito **1-888-453-2534** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Nuestro personal de Servicios para Miembros puede ayudarlo a programar una cita.

También puede obtener ayuda a través del **Formulario de Solicitud de Asistencia para Citas** en nuestro sitio web **www.fideliscarenj.com**. También encontrará una copia de este formulario en la siguiente página de este manual. Puede enviarla por fax al **1-877-297-3112** o por correo electrónico a **NJApptAssistance@fideliscarenj.com**.



Formulario de Solicitud de Asistencia para Citas

Nombre: _____

Apellido: _____

Número de ID del Miembro: _____

El número de teléfono más conveniente para contactarlo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Qué tipo de proveedor o especialista necesita? Si desea una cita con un proveedor específico, indique su nombre y apellido.

Brinde su ubicación (la dirección donde vive actualmente):

¿Necesita ayuda para organizar un traslado hacia sus consultas médicas? **Sí** **No**

¿Ya se comunicó con nosotros para solicitar ayuda para programar una cita? **Sí** **No**

Si la respuesta es sí, indique la fecha en que se comunicó con Servicios para Miembros.

FECHA: DD/MM/AAAA _____

Puede presentar un reclamo formal. Esto también se denomina “presentar una queja”. Si desea presentar una queja, marque la casilla que está a la derecha. **Quiero presentar una queja.**



Gastos compartidos

Si es miembro del NJ FamilyCare Plan C o D, deberá pagar un copago por algunos servicios. Estos montos de copagos están en la tabla de servicios cubiertos que comienza en la página 38.

Un **copago** es lo que paga a un proveedor por la atención en el momento en que la recibe.

Estos son datos importantes sobre copagos:

- Usted debe hacer copagos directamente al proveedor en el momento del servicio; y
- Puede encontrar los importes de los copagos en su tarjeta de ID de miembro de Fidelis Care. (También los indicamos en la sección *Servicios cubiertos por Fidelis Care* en este manual que comienza en la página 38).

Sus copagos no pueden superar el cinco por ciento (5%) de su ingreso anual. Téngalo en cuenta. Informe al Coordinador de Beneficios de Salud de NJ FamilyCare si supera el límite del cinco por ciento (5%) en un año calendario. Puede llamar al Coordinador de Beneficios de Salud de NJ FamilyCare al número gratuito **1-800-701-0710**.

Si tiene más de 55 años, los beneficios recibidos son reembolsables de su patrimonio al Estado de New Jersey.

*Esto es para recordarle que la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) tiene la potestad de presentar una reclamación y gravamen contra el patrimonio de un cliente o excliente de Medicaid difunto para recuperar todos los pagos de Medicaid para servicios recibidos **por dicho cliente a partir de los 55 años de edad. Podrá requerirse que su patrimonio pague a la DMAHS por dichos beneficios.***

El monto que la DMAHS pueda recuperar incluye, pero no está limitado a, todos los pagos por capitación a cualquier organización de cuidado administrado o intermediario de transporte, independientemente de si cualquiera de los servicios fue recibido de un individuo o entidad que fuera reembolsada por la organización de cuidado administrado o intermediario de transporte. La DMAHS puede recuperar dichos montos cuando no haya cónyuge sobreviviente, hijos menores de 21 sobrevivientes, hijos de cualquier edad ciegos no sobrevivientes e hijos de cualquier edad no sobrevivientes que estén permanente y totalmente discapacitados como se determina en la Administración del Seguro Social. Esta información le fue previamente proporcionada cuando se inscribió en NJ FamilyCare.

Para conocer más, visite https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/The_NJ_Medicaid_Program_and_Estate_Recovery_What_You_Should_Know.pdf.

Si recibe una factura de un proveedor

No la pague. Si recibe una factura (ya sea de un proveedor de la red o uno fuera de la red), llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Lo ayudaremos a resolver el problema.

Responsabilidad de pago del paciente

¿Qué es la Responsabilidad de Pago del Paciente (PPL)? Es la parte que un miembro custodio puede pagar por el alojamiento y la comida si usted vive en un centro de enfermería o en un centro de vida asistida. El monto se basa en sus ingresos disponibles. Lo determina su agencia de bienestar del condado local. La PPL no se aplica a servicios médicos. La PPL debe pagarla el miembro u otra fuente (por ejemplo, la familia del miembro) directamente al centro. Un administrador de cuidados le dirá si la PPL se aplica a usted



Su

Plan de Salud

Servicios cubiertos por Fidelis Care

Esta es una lista de servicios cubiertos.

Algunos servicios son pagados directamente por el Programa de Cargo por Servicio (FFS) de Medicaid del estado de New Jersey en lugar de hacerlo Fidelis Care. Se enumeran aquí como “cubiertos por FFS”. Para obtener estos servicios, puede hablar con los siguientes:

- Su PCP o PCD; o
- Nuestro equipo de Servicios para Miembros, al **1-888-453-2534** (TTY: **711**).

Para servicios de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias, puede llamar a la Entidad de Administración Interina (IME) al **1-844-276-2777**.

Para obtener información sobre los cuatro **Centros de Atención al Cliente de Asistencia Médica**, visite https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/info/resources/macc/MACC_Directory.pdf.

Podemos ayudarlo sobre cómo consultar a un proveedor de su elección. Debe recibir todos los servicios de atención médica cubiertos que no sean de emergencia a través de nuestros proveedores de la red.

Si obtiene servicios de proveedores que no estén en nuestra red o si obtiene servicios que no sean beneficios cubiertos, usted podría ser responsable del pago de dichos servicios.

Si recibe servicios de proveedores que no están en nuestra red, pero tiene una autorización, se cubrirán los servicios proporcionados fuera de la red.

Le informaremos si los beneficios cambian. Puede encontrar información actualizada sobre los beneficios en nuestros boletines para miembros y en www.fideliscarenj.com. ¿Tiene preguntas? Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Abortos	Cubiertas por FFS. Abortos y servicios relacionados, incluidos (entre otros) procedimientos quirúrgicos; anestesia; antecedentes y exámenes físicos; y pruebas de laboratorio.			
Acupuntura	Cubierta por Fidelis Care.			

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios para autismo	<p>Cubiertos por Fidelis Care y FFS.</p> <p>Solo para miembros menores de 21 años con trastorno de espectro autista.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen un tratamiento de Análisis Conductual Aplicado (ABA), servicios y dispositivos de comunicación aumentada y alternativa, servicios de Integración Sensorial (SI), servicios de salud asociados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) y servicios de Relación del Desarrollo, que incluyen, entre otros, DIR, DIR Floortime y la terapia de enfoque Greenspan.</p>			
Sangre y productos sanguíneos	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Tienen cobertura la sangre completa y sus derivados, así como los costos necesarios de procesamiento y administración. La cobertura es ilimitada (sin límite en el volumen o la cantidad de productos sanguíneos). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre.</p>			
Densitometría ósea	<p>Cubierta por Fidelis Care.</p> <p>Cubre una medición cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario), así como la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>			
Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Para todas las personas de 20 años o más, los exámenes de detección cardiovasculares anuales están cubiertos. Las pruebas más frecuentes se cubren cuando se determina que son médicamente necesarias.</p>			
Servicios Quiroprácticos	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre la manipulación de la columna.</p>			

Su Plan de Salud

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Detección de cáncer colorrectal	Cubierta por Fidelis Care. Cubre cualquier gasto en el que se incurra por la realización de exámenes de detección de cáncer colorrectal en intervalos regulares para beneficiarios de 45 años de edad o más y para aquellos de cualquier edad que se consideren de alto riesgo de cáncer colorrectal.			
Examen de detección de cáncer colorrectal: <i>enema de bario</i>	Cubierto por Fidelis Care. Cuando se utiliza en lugar de una sigmoidoscopia o colonoscopia flexible, se cubre una vez cada 48 meses.			
Examen de detección de cáncer colorrectal: <i>colonoscopia</i>	Cubierto por Fidelis Care. Cubierto una vez cada 120 meses o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible de detección.			
Detección de cáncer colorrectal: <i>Prueba de sangre oculta en heces</i>	Cubierta por Fidelis Care. Cubierta una vez cada 12 meses.			
Examen de detección de cáncer colorrectal: <i>sigmoidoscopia flexible</i>	Cubierto por Fidelis Care. Cubierto una vez cada 48 meses.			

Servicio	Beneficio
Servicios dentales	NJ FamilyCare Plan A/ABP y NJ FamilyCare Plan B
	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre los servicios de diagnóstico, prevención, restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis, cirugía bucal y maxilofacial, así como otros servicios generales complementarios.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica.</p> <p>Los servicios de ortodoncia están permitidos para los niños y están restringidos a la edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión discapacitante o de una necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen (entre otros): evaluaciones orales (exámenes); radiografías y otros diagnósticos por imágenes; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes; coronas; tratamiento de conducto; raspado y alisado radicular; dentadura postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos orales (para incluir extracciones); anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesaria para procedimientos quirúrgicos orales).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y las radiografías necesarias están cubiertos dos veces al año.</p> <p>Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para miembros con necesidades de cuidado médico especiales.</p> <p>El tratamiento dental en una sala de operaciones o un centro de cirugía ambulatoria está cubierto con autorización previa y documentación para demostrar la necesidad médica.</p> <p>Los niños deben someterse a su primer examen dental cuando cumplan un año o cuando les salga su primer diente, lo que ocurra primero. El programa NJ Smiles les permite a los proveedores no dentales realizar exámenes bucales, evaluaciones de riesgo de caries, orientación anticipada y aplicaciones de barniz de flúor para niños hasta los cinco (5) años de edad.</p>

Servicio	Beneficio
Servicios dentales (continuación)	NJ FamilyCare Plan C y NJ FamilyCare Plan D
	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre los servicios de diagnóstico, prevención, restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis, cirugía bucal y maxilofacial, así como otros servicios generales complementarios.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa con documentación de necesidad médica.</p> <p>Los servicios de ortodoncia están permitidos para los niños y están restringidos a la edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión discapacitante o de una necesidad médica.</p> <p>Los ejemplos de servicios cubiertos incluyen (entre otros): evaluaciones bucales (exámenes); radiografías y otras imágenes de diagnóstico; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos de flúor; empastes; coronas; tratamiento de conductos; raspado y alisado radicular; dentaduras completas y parciales; procedimientos quirúrgicos bucales (para incluir extracciones); anestesia/sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesario para procedimientos quirúrgicos bucales).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y las radiografías necesarias están cubiertos dos veces al año.</p> <p>Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para miembros con necesidades de cuidado médico especiales.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro de cirugía ambulatoria está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p>Los niños deben someterse a su primer examen dental cuando cumplan un año o cuando les salga su primer diente, lo que ocurra primero. El programa NJ Smiles les permite a los proveedores no dentales realizar exámenes bucales, evaluaciones de riesgo de caries, orientación anticipada y aplicaciones de barniz de flúor para niños hasta los cinco (5) años de edad.</p> <p>Los miembros de NJ FamilyCare C y D tienen un copago de \$5 por consulta dental (excepto para servicios preventivos y de diagnóstico).</p>

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Exámenes de detección de diabetes	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Los exámenes de detección están cubiertos (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si cumple con otros requisitos, como sobrepeso y 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>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre monitores de control de glucosa en la sangre, tiras reactivas, insulina, dispositivos de asistencia para inyecciones, jeringas, bombas de insulina, dispositivos de infusión de insulina y agentes de administración oral para el control del azúcar en la sangre. Cubre inserciones o calzado terapéutico para personas con pie diabético. El calzado o las plantillas deben ser prescritos por un podólogo (u otro proveedor calificado) y proporcionados por un podólogo, ortopedista, técnico protésico o un especialista en ajustes de calzado.</p>			
Pruebas y monitoreo de la diabetes	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre exámenes oculares anuales para detectar retinopatía diabética, así como exámenes del pie cada seis meses para miembros con neuropatía periférica diabética y pérdida de sensibilidad protectora.</p>			

Su Plan de Salud

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Diagnóstico y radiología terapéutica y servicios de laboratorio</p> <p>- Debe recibir los resultados dentro de 24 horas para casos de emergencia y atención de urgencia</p> <p>- Debe recibir los resultados dentro de los 10 días hábiles en casos que no sean de emergencia ni de urgencia.</p>	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubiertos, incluidos (entre otros) tomografías computarizadas (CT), imágenes de resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (ECG) y radiografías (X-rays).</p>			
<p>Equipo médico duradero (DME)</p>	<p>Cubierto por Fidelis Care.</p>			
<p>Atención de Emergencia</p>	<p>Cubierta por Fidelis Care.</p> <p>Cubre el departamento de emergencias y los servicios médicos.</p>		<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre los servicios del médico y del departamento de emergencias.</p> <p>Los miembros de NJ FamilyCare C tienen un copago de \$10.</p>	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre los servicios del médico y del departamento de emergencias.</p> <p>Los miembros de NJ FamilyCare D tienen un copago de \$35.</p>

Servicio	Beneficio
Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)	<p align="center">NJ FamilyCare Plan A/ABP</p>
	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>La cobertura incluye (entre otros) cuidados de niño sano, exámenes de detección preventivos, exámenes médicos, servicios y exámenes de detección dentales, de la visión y la audición (así como cualquier tratamiento que se identifique como necesario a partir de los resultados de exámenes o detecciones), inmunizaciones (incluido el programa completo de inmunización de la infancia), exámenes de detección de plomo y servicios de enfermería privada. Los servicios de enfermería privada están cubiertos para beneficiarios de EPSDT elegibles menores de 21 años que viven en la comunidad y cuya condición médica y plan de tratamiento justifica la necesidad.</p>
	<p align="center">NJ FamilyCare Plan B, NJ FamilyCare Plan C y NJ FamilyCare Plan D</p>
	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura incluye exámenes médicos de detección y diagnóstico tempranos y periódicos, servicios dentales, de la vista, auditivos y de detección de plomo.</p>

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Servicios y suministros de planificación familiar</p>	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Fidelis Care reembolsa los servicios de planificación familiar brindados por proveedores de la red no participantes basados en cronograma de tarifas de Medicaid.</p> <p>El beneficio de planificación familiar proporciona cobertura para servicios y suministros para prevenir o retrasar el embarazo y puede incluir: educación y asesoramiento en el método anticonceptivo deseado o, actualmente, en uso por la persona, o una consulta médica para cambiar el método anticonceptivo. También incluye, entre otros, esterilizaciones, definidas como procedimientos médicos, tratamientos u operaciones con el fin de hacer que una persona sea incapaz de reproducirse de forma permanente.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen exámenes físicos (incluidos de pelvis y mamas) y de antecedentes familiares, pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, dispositivos y suministros médicos (incluidos kits de prueba de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones de Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad del cuidado y asesoramiento genético.</p> <p><i>Excepciones: los servicios relacionados principalmente con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad no están cubiertos (ya sea que los proporcionen proveedores dentro o fuera de la red).</i></p>			
<p>Centros de Salud Habilitados Federalmente (FQHC)</p>	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Incluye servicios de atención primaria y para pacientes ambulatorios de organizaciones comunitarias.</p>			

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios auditivos/ audiología	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre exámenes de audición rutinarios, exámenes de audición y de equilibrio de diagnóstico, exámenes otológicos y de audífonos previos a prescribir los audífonos, exámenes con el propósito de realizar ajustes en los audífonos, exámenes de seguimiento, ajustes y reparaciones después del vencimiento de la garantía.</p> <p>Los audífonos, así como otros accesorios y suministros asociados, están cubiertos.</p>			
Servicios de agencia de salud a domicilio	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre servicios de enfermería y servicios de terapia realizados por una enfermera registrada, una enfermera con licencia o un asistente de salud a domicilio.</p>			
Servicios de Cuidado para Pacientes Terminales	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre medicamentos para el alivio del dolor y el control de los síntomas; servicios médicos, de enfermería y sociales; así como determinados equipos médicos duraderos y otros servicios, como asesoramiento espiritual y para situaciones de duelo.</p> <p>Cubierto en la comunidad y en centros institucionales.</p> <p>La habitación y la junta solo se incluyen cuando los servicios se prestan en entornos institucionales (no residencial). El cuidado para pacientes terminales para los miembros menores de 21 años cubrirá tanto el cuidado paliativo como el curativo.</p> <p>NOTA: Cualquier cuidado no relacionado con la condición terminal del miembro se cubre de la misma manera que se trataría en otras circunstancias.</p>			
Inmunizaciones	<p>Cubiertas por Fidelis Care.</p> <p>Tienen cobertura las vacunas contra la gripe y contra la hepatitis B; vacunas antineumocócicas y otras recomendadas para adultos.</p> <p>El programa completo de inmunización de la infancia está cubierto como un componente de EPSDT.</p>			

Su Plan de Salud

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p>Cubierta por Fidelis Care.</p> <p>Cubre internaciones en hospitales de acceso crítico; centros de rehabilitación para pacientes internados; cuidado de la salud mental para pacientes internados; instalación en habitación semiprivada; servicios de médicos y cirujanos; anestesia; servicios de laboratorio, radiografía y otros servicios de diagnóstico; servicios terapéuticos; enfermería general y otros servicios y suministros que proporciona habitualmente el hospital.</p>			
Pacientes internados Atención hospitalaria <i>Cuidado agudo</i>	<p>Cubierto por Fidelis Care.</p> <p>Incluye alojamiento y alimentación; enfermería y otros servicios relacionados; uso de instalaciones hospitalarias/hospital de acceso crítico; medicamentos y materiales biológicos; suministros, aparatos y equipos; ciertos servicios terapéuticos y diagnósticos, servicios médicos o quirúrgicos proporcionados por ciertas internistas o residentes en capacitación; y servicios de transporte (incluido el transporte por ambulancia).</p>			
Pacientes internados Atención hospitalaria <i>Psiquiátrico</i>	<p>Para obtener detalles de la cobertura, consulte la tabla de Salud Conductual en la página 61.</p>			
Mamografías	<p>Cubiertas por Fidelis Care.</p> <p>Cubre una mamografía inicial para mujeres de 35 a 39 años de edad y una mamografía por año para mujeres a partir de los 40 años y más, y para aquellas que tengan antecedentes médicos familiares de cáncer de mama u otros factores de riesgo. Hay más exámenes de detección disponibles si son médicamente necesarios.</p>			

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Servicios Atención Médica Infantil y Maternal</p>	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre servicios médicos de atención perinatal y pruebas relacionadas de detección de audición y atención del recién nacido, incluidos atención de partería, CenteringPregnancy, LARC (Anticoncepción Reversible de Acción Prolongada) de postparto inmediato y todos los servicios dentales (que incluyen, entre otros, atención dental preventiva adicional y servicios de tratamiento dental médicamente necesarios).</p> <p>Cubre los Servicios de Doula Comunitarias:</p> <p>Una doula es una acompañante de parto no clínica, una entrenadora de parto y/o de apoyo posparto que recibió capacitación para proporcionar apoyo físico, emocional e informativo a las miembros antes, durante y después del parto.</p> <p>También cubre la educación para el parto, el cuidado de las duchas vaginales, el apoyo a la lactancia.</p> <p>El equipo de lactancia, incluidos los extractores de leche y los accesorios, están cubiertos como un beneficio de DME.</p>			
Servicio	Beneficio			
<p>Atención médica diurna (Servicios de salud diurnos para adultos)</p>	<p>NJ FamilyCare Plan A/ABP</p>			
	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Un programa que ofrece servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación bajo supervisión médica y de enfermería en un centro de cuidados ambulatorios (para pacientes ambulatorios), con el objetivo de satisfacer las necesidades de aquellos individuos con discapacidades físicas y/o cognitivas para dar soporte a su vida comunitaria.</p>			
	<p>NJ FamilyCare Plan B, NJ FamilyCare Plan C y NJ FamilyCare Plan D</p>			
<p>No está cubierta para miembros de NJ FamilyCare B, C o D.</p>				

Su Plan de Salud

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios de partera	Cubiertos por Fidelis Care.		Cubiertos por Fidelis Care. Copago de \$5 por cada consulta (excepto por las consultas de cuidado prenatal)	
Servicios en Centro de Enfermería	Cubiertos por Fidelis Care. Los miembros pueden tener responsabilidad de pago del paciente.	No están cubiertos para miembros de NJ FamilyCare B, C, o D.		
Servicios en un centro de enfermería: <i>A largo plazo (Cuidados Básicos)</i>	Cubiertos por Fidelis Care. Cubiertos para aquellos que necesitan nivel de atención de custodia (MLTSS). Los miembros pueden tener responsabilidad de pago del paciente.	No están cubiertos para miembros de NJ FamilyCare B, C, o D.		
Servicios en un centro de enfermería: <i>Centro de enfermería (Centro de Cuidado para Pacientes Terminales)</i>	Cubiertos por Fidelis Care. El cuidado para pacientes terminales se puede cubrir en un entorno de centro de enfermería. <i>*Consulte los Servicios de Cuidado para Pacientes Terminales.</i>	No están cubiertos para miembros de NJ FamilyCare B, C, o D.		

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Servicios en un centro de enfermería: <i>Centro de enfermería (Especializada)</i></p>	<p>Cubiertos por Fidelis Care. Incluye cobertura para Servicios de rehabilitación que tienen lugar en un entorno de centro de enfermería.</p>	<p>No están cubiertos para miembros de NJ FamilyCare B, C, o D.</p>		
<p>Servicios en un centro de enfermería: <i>Centro de enfermería (atención especial)</i></p>	<p>Cubiertos por Fidelis Care. La atención en un Centro de Enfermería para Cuidado Especial (SCNF), o una unidad SCNF independiente y distinta dentro de un centro de enfermería convencional certificado por Medicaid, está cubierta para los miembros para quienes se ha determinado la necesidad de servicios de enfermería intensivos más allá del alcance de un centro de enfermería convencional.</p>	<p>No están cubiertos para miembros de NJ FamilyCare B, C, o D.</p>		

Su Plan de Salud

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Trasplantes de órganos	Cubiertos por Fidelis Care. Cubre trasplantes de órganos médicamente necesarios incluidos (entre otros): trasplantes de hígado, pulmón, corazón, corazón-pulmón, páncreas, riñón, hígado, córnea, intestino y médula ósea (incluidos los trasplantes autólogos de médula ósea). Incluye los costos del donante y el destinatario.			
Cirugía para pacientes ambulatorios	Cubierta por Fidelis Care.			
Visitas a la clínica/al hospital para pacientes ambulatorios	Cubiertas por Fidelis Care.		Cubiertas por Fidelis Care. Copago de \$5 por consulta (sin copago si la consulta es para servicios preventivos).	
Rehabilitación para pacientes ambulatorios <i>(terapia ocupacional, fisioterapia, patología del lenguaje del habla)</i>	Cubierta por Fidelis Care. Cubre terapia física, ocupacional, de patologías del habla y de rehabilitación cognitiva.	Cubierta por Fidelis Care. Cubre fisioterapia, terapia ocupacional y del habla/lenguaje.		
Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos	Cubiertos por Fidelis Care. Los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos tienen cobertura cada 12 meses para todas las mujeres, independientemente del nivel de riesgo de cáncer cervical o vaginal que se haya determinado. Todas las mujeres tienen cobertura cada 12 meses de un examen clínico de mamas. Todos los costos de laboratorio asociados con los exámenes mencionados tienen cobertura. Los exámenes reciben cobertura más frecuente en aquellos casos en los que se consideran necesarios para fines de diagnóstico médico.			

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Asistente de cuidado personal</p>	<p>Cubierto por Fidelis Care.</p> <p>Cubre tareas relacionadas con la salud, realizadas en el hogar del beneficiario por una persona calificada, bajo la supervisión de una enfermera profesional registrada, según lo certifique un médico de conformidad con el plan escrito de cuidado del beneficiario. de cuidado.</p>	<p>Cubierto para miembros de NJ FamilyCare B, C, o D a través de EPSDT.</p>		

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Podiatría</p>	<p>Cubierta por Fidelis Care. Cubre exámenes de rutina y servicios de podología que sean médicamente necesarios, así como calzado terapéutico o inserciones para pacientes con pie diabético en estado avanzado y exámenes para la adaptación de dicho calzado o dichas inserciones.</p> <p>Excepciones: cuidado higiénico rutinario de los pies, como el tratamiento de callos y callosidades, el corte de uñas y el cuidado, como la limpieza o remojo de los pies, solo están cubiertos en el tratamiento de una afección patológica asociada.</p>		<p>Cubierta por Fidelis Care. Cubre exámenes de rutina y servicios de podología que sean médicamente necesarios, así como calzado terapéutico o inserciones para pacientes con pie diabético en estado avanzado y exámenes para la adaptación de dicho calzado o dichas inserciones.</p> <p>\$5 de copago por consulta para miembros de NJ FamilyCare C y D.</p> <p>Excepciones: el cuidado higiénico rutinario de los pies, como el tratamiento de callos y callosidades, el corte de uñas y el cuidado, como la limpieza o el remojo de los pies, solo están cubiertos en el tratamiento de una afección patológica asociada.</p>	

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Medicamentos con Receta</p>	<p>Cubiertos por Fidelis Care. Incluye medicamentos recetados (medicamentos recetados y de venta libre, incluidos los medicamentos administrados por médicos); vitaminas y productos minerales recetados (excepto vitaminas prenatales y flúor) incluidos, entre otros, vitaminas terapéuticas como vitaminas A, D, E de alta potencia, hierro, zinc y minerales, incluidos potasio y niacina. Se cubren todos los factores de coagulación de la sangre.</p>		<p>Cubiertos por Fidelis Care. Incluye medicamentos recetados (con receta y de venta libre, incluidos los medicamentos administrados por médicos); vitaminas y productos minerales recetados (excepto vitaminas prenatales y flúor) incluidos, entre otros, vitaminas terapéuticas como vitaminas A, D, E de alta potencia, hierro, zinc y minerales, incluidos potasio y niacina. Todos los factores de coagulación de la sangre están cubiertos.</p> <p>Para los miembros de NJ FamilyCare C y D, hay un copago de \$1 para medicamentos genéricos y un copago de \$5 para medicamentos de marca.</p>	

Su Plan de Salud

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios de médicos – Atención primaria y especializada	Cubiertos por Fidelis Care. Cubre los servicios médicamente necesarios y ciertos servicios preventivos en entornos ambulatorios.		Cubiertos por Fidelis Care. Cubre los servicios médicamente necesarios y ciertos servicios preventivos en entornos ambulatorios. Copago de \$5 por cada consulta (excepto por las consultas de niño sano de acuerdo con el programa recomendado de la Academia Estadounidense de Pediatría; tratamiento y pruebas de detección de plomo, vacunas adecuadas para la edad, atención prenatal y pruebas de Papanicolaou, cuando corresponda).	
Servicios de Enfermería Privada	Cubiertos por Fidelis Care. Se cubren los servicios de enfermería privada para los miembros que viven en la comunidad y cuya condición médica y plan de tratamiento justifiquen la necesidad. Los Servicios de Enfermería Privada solo están disponibles para miembros de EPSDT de menos de 21 años y para miembros con MLTSS (de cualquier edad).			
Examen de detección del cáncer de próstata	Cubierto por Fidelis Care. Cubre examen de diagnóstico anual, incluido un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) en hombres asintomáticos a partir de los 50 años y a partir de los 40 años para hombres con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de este tipo de cáncer.			

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Prótesis y aparatos ortopédicos	Cubiertos por Fidelis Care. La cobertura incluye (entre otros) aparatos ortopédicos para brazo, pierna, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros y reemplazos artificiales; determinadas prótesis mamarias luego de una mastectomía y prótesis para reemplazar partes internas o funciones del cuerpo. También cubre la reparación certificada de zapatos, prótesis auditivas y dentaduras postizas.			
Diálisis renal	Cubierta por Fidelis Care.			
Exámenes físicos anuales de rutina	Cubiertos por Fidelis Care.		Cubiertos por Fidelis Care. Sin copagos.	
Servicios para dejar de fumar o vapear	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>La cobertura incluye el asesoramiento para ayudarlo a dejar de fumar o vapear, los medicamentos como bupropión y vareniclina, los inhaladores orales y los aerosoles nasales de nicotina, así como productos de venta libre como los parches transdérmicos de nicotina, el chicle y las pastillas de nicotina.</p> <p>Tenemos a disposición los siguientes recursos para ayudarlo a dejar de fumar o vapear:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea de ayuda para dejar de fumar de NJ: diseñe un programa que se adapte a sus necesidades y reciba apoyo de asesores. Llámenos al 1-866-NJ-STOPS (1-866-657-8677) (TTY: 711) de lunes a viernes, de De 8 a.m. a 9 p.m., (excepto los días festivos), los sábados de 8 a.m. a 7 p.m.; y domingos, de 9 a.m. a 5 p.m., hora del este El programa admite 26 idiomas diferentes. Obtenga más información en njquitline.org. 			

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Transporte (emergencia) <i>(ambulancia, unidad móvil de cuidados intensivos)</i></p>	<p>Cubierto por Fidelis Care.</p> <p>Cobertura para atención de emergencia, incluidas (entre otras) ambulancia y unidad móvil de cuidados intensivos.</p>			
<p>Transporte (que no es de emergencia) <i>(ambulancia que no es de emergencia, vehículos de asistencia médica/MAV, vehículos de flota, vehículos clínicos)</i></p>	<p>Cubiertas por FFS.</p> <p>El cargo por Servicio de Medicaid cubre todo el transporte que no es de emergencia, como Vehículos de Asistencia Médica (MAV) y ambulancias (camilla) de Soporte Vital Básico (BLS).</p> <p>Se deben seguir las pautas de la TPL para los miembros con Medicare, ya que Modivcare no proporcionará todos los servicios para los miembros con doble elegibilidad.</p> <p>También se cubren los servicios de transporte de vehículos de flota, como el billete o los pases de autobuses y trenes, el servicio de automóviles y el reembolso de los gastos por millaje.</p> <p>Puede requerir órdenes médicas o alguna otra coordinación por parte del plan de salud, el PCP o PCD, o los proveedores.</p> <p>Para los servicios relacionados con el COVID, los servicios de transporte de vehículos de flota/automóviles, los servicios ambulatorios, los servicios ambulatorios con asistencia, las sillas de ruedas, las camillas, los pases de transporte/autobús masivos y el reembolso de millaje están cubiertos.</p> <p>Los servicios de transporte de Modivcare están cubiertos para los miembros de NJ FamilyCare A, ABP, B, C y D. Todos los transportes, incluidos los servicios de vehículos de flota, están disponibles para todos los miembros, incluidos los de las categorías B, C y D.</p>			

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Urgente Cuidado médico</p>	<p>Cubierto por Fidelis Care. Cubre la atención para tratar una enfermedad o lesión repentina que no es una emergencia médica, pero que es potencialmente perjudicial para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de las 24 horas para evitar que su afección empeore).</p>		<p>Cubierto por Fidelis Care. Cubre la atención para tratar una enfermedad o lesión repentina que no es una emergencia médica, pero que es potencialmente perjudicial para su salud (por ejemplo, si su médico determina que es médicamente necesario que reciba tratamiento médico dentro de las 24 horas para evitar que su afección empeore). NOTA: Puede haber un copago de \$5 por la atención médica urgente proporcionada por un médico, optometrista, dentista o enfermero profesional.</p>	

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
<p>Servicios de cuidado de la visión</p>	<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre los servicios de cuidado de la vista médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de enfermedades o lesiones oculares, incluido un examen ocular completo una vez al año. Cubre los servicios de optometría y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos de baja visión, dispositivos de terapia visual y lentes intraoculares.</p> <p>Se cubren los exámenes anuales de retinopatía diabética para los miembros con diabetes.</p> <p>Se cubre un examen de la vista de glaucoma cada cinco años para los mayores de 35 años, y cada 12 meses para los que tienen un alto riesgo de padecer glaucoma.</p> <p>Se cubren algunas otras pruebas de diagnósticos para los miembros con degeneración macular relacionada con la edad.</p>		<p>Cubiertos por Fidelis Care.</p> <p>Cubre los servicios de cuidado de la vista médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de enfermedades o lesiones oculares, incluido un examen ocular completo una vez al año. Cubre los servicios de optometría y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos de baja visión, dispositivos de terapia visual y lentes intraoculares.</p> <p>Se cubren los exámenes anuales de retinopatía diabética para los miembros con diabetes.</p> <p>Se cubre un examen de la vista de glaucoma cada cinco años para los mayores de 35 años, y cada 12 meses para los que tienen un alto riesgo de padecer glaucoma.</p> <p>Se cubren algunas otras pruebas de diagnósticos para los miembros con degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Copago de \$5 por consulta para obtener servicios de optometrista.</p>	

Servicio/ beneficio	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios de cuidado de la visión: <i>Lentes correctivos</i>	Cubiertos por Fidelis Care. Cubre 1 par de lentes/marcos o lentes de contacto cada 24 meses para beneficiarios de entre 19 y 59 años de edad y una vez al año para quienes tengan 18 años de edad o menos o para mayores de 60 años. Cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con un lente intraocular.			

Beneficios de salud conductual

Fidelis Care cubre una serie de beneficios de Salud Conductual (BH) para usted. La salud conductual incluye tanto los servicios de salud mental como los servicios de tratamiento para los trastornos por abuso de sustancias. A veces, hablar con un amigo o familiar puede ayudarlo a resolver un problema. Cuando eso no sea suficiente, llame a su proveedor o a Fidelis Care. Podemos brindarle apoyo y ayudarlo a encontrar un proveedor que sea una buena opción para usted. Podemos hablar con sus proveedores y colaborar con la búsqueda de proveedores de salud mental y para el tratamiento por abuso de sustancias que lo ayuden. Es importante que tenga a alguien con quien hablar para que pueda trabajar en la solución de problemas.

Fidelis Care le cubre algunos servicios, mientras que el Cargo por Servicio (FFS) de Medicaid paga por otros de forma directa. Encontrará detalles en el siguiente gráfico.

Cuando solicite autorización previa o haga otros arreglos para recibir un servicio de BH, usted y su proveedor deben llamar a la **Entidad de Administración Interina (IME)** para los servicios de adicción cubiertos por el FFS al **1-844-276-2777**. Usted y su proveedor también deben llamar a Servicios para Miembros para todos los servicios cubiertos por el plan Fidelis Care a la línea gratuita **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

También contamos con una línea para crisis disponible las 24 horas. Si cree que usted o un miembro de su familia están padeciendo una crisis de salud mental, llame a este número en cualquier momento (las 24 horas del día, los siete días de la semana) al **1-800-411-6485**. Una persona capacitada escuchará su problema. Lo ayudará a determinar la mejor manera de manejar la crisis.

Los miembros de NJ FamilyCare que no son clientes de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) o no están en el programa MLTSS deben llamar a su oficina local del Centro de Asistencia Médica al Cliente (MACC) para obtener referencias a servicios de salud mental y para citas de salud mental. Si no está seguro de dónde está su oficina de MACC, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) para obtener ayuda.

Su Plan de Salud

Servicio/ beneficio	Miembros en DDD, y MLTSS	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Salud mental					
Rehabilitación de Salud Mental para Adultos (Casas y Apartamentos con Grupos Supervisados)	Los servicios de Rehabilitación de Salud Mental para Adultos (Casas y Apartamentos con Grupos Supervisados) están cubiertos por Fidelis Care para los Miembros en DDD y MLTSS.	Cubiertos por FFS.	No están cubiertos para miembros de NJ FamilyCare B, C, y D.		
Servicios psiquiátricos para pacientes internados	Fidelis Care cubre los servicios psiquiátricos para pacientes internados para miembros en FIDE SNP, DDD y MLTSS.	Cubiertos por Fidelis Care La cobertura incluye servicios en un hospital general, en la unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, en un centro de cuidados a corto plazo (STCF) o en un hospital de acceso crítico.			
Red de profesionales médicos independientes o IPN (psiquiatra, psicólogo o APN)	Cubiertos por Fidelis Care	Cubiertas por FFS.			

Servicio/ beneficio	Miembros en DDD, y MLTSS	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	Cubiertos por Fidelis Care	<p>Cubiertas por FFS.</p> <p>La cobertura incluye los servicios recibidos en un hospital general para pacientes ambulatorios, los servicios de una clínica/hospital para pacientes ambulatorios de salud mental y los servicios para pacientes ambulatorios recibidos en un hospital psiquiátrico privado.</p> <p>Se cubren los servicios en estos lugares para miembros de todas las edades.</p>			
Servicios de cuidado parcial (salud mental)	<p>Cubiertos por Fidelis Care</p> <p>Con un límite de 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días a la semana).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Cubiertas por FFS.</p> <p>Con un límite de 25 horas por semana (5 horas por día, 5 días a la semana).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>			
Servicios de hospitalización parcial de salud mental aguda/ servicios de hospitalización parcial psiquiátricos	<p>Cubiertos por Fidelis Care</p> <p>La admisión solo se autoriza en un centro de exploración de emergencia psiquiátrica o después del alta hospitalaria psiquiátrica.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Cubiertas por FFS.</p> <p>La admisión solo se autoriza en un centro de exploración de emergencia psiquiátrica o después del alta hospitalaria psiquiátrica.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>			

Su Plan de Salud

Servicio/ beneficio	Miembros en DDD, y MLTSS	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios de emergencia psiquiátrica (PES)/Servicios de emergencia afiliados (AES)	Cubiertos por FFS para todos los miembros.				
Tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias	La Sociedad Americana de Medicina adicción (ASAM) proporciona directrices para ayudar a determinar qué tipo de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias (SUD) es adecuado para una persona que necesita servicios de SUD. Algunos de los servicios de este gráfico muestran el nivel de ASAM asociado a ellos (que incluye "ASAM" seguido de un número).				
Administración de abstinencia para pacientes ambulatorios con supervisión prolongada presencial/desintoxicación para pacientes ambulatorios ASAM 2 – WM	Cubiertos por Fidelis Care.	Cubiertas por FFS.			
Desintoxicación médica para pacientes internados/administración de abstinencia para pacientes internados con tratamiento médico (según el hospital) ASAM 4 – WM	Cubierta por Fidelis Care para todos los miembros.				

Servicio/ beneficio	Miembros en DDD, y MLTSS	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios residenciales a largo plazo (LTR) <i>ASAM 3.1</i>	Cubiertos por Fidelis Care.	Cubiertas por FFS.			
Tratamiento para la adicción en consultorio (OBAT)	Cubierto por Fidelis Care. Cubre la coordinación de los servicios del paciente según sea necesario para crear y mantener un plan de cuidado de SUD integral e individualizado, y para hacer remisiones a los programas de apoyo a la comunidad según sea necesario.				
Administración de desintoxicación no médica/ administración de abstinencia no hospitalaria <i>ASAM 3.7 – WM</i>	Cubiertos por Fidelis Care.	Cubiertas por FFS.			
Servicios de tratamiento con opioides	Cubiertos por Fidelis Care.	Cubiertas por FFS. Incluye la cobertura del tratamiento asistido por medicamentos (MAT) y tratamiento asistido por medicamentos sin metadona . La cobertura para el Tratamiento Asistido por Medicamentos Sin Metadona incluye, entre otros, los medicamentos agonistas y antagonistas opiáceos aprobados por la FDA, así como la dispensación y administración de dichos medicamentos; el asesoramiento sobre trastornos por abuso de sustancias; la terapia individual y grupal; y las pruebas toxicológicas.			

Su Plan de Salud

Servicio/ beneficio	Miembros en DDD, y MLTSS	NJ FamilyCare Plan A/ABP	NJ FamilyCare Plan B	NJ FamilyCare Plan C	NJ FamilyCare Plan D
Servicios para pacientes ambulatorios intensivos para el trastorno por abuso de sustancias (IOP) <i>ASAM 2.1</i>	Cubiertos por Fidelis Care.	Cubiertas por FFS.			
Servicios para pacientes ambulatorios para el trastorno por abuso de sustancias (OP) <i>ASAM 1</i>	Cubiertos por Fidelis Care.	Cubiertas por FFS.			
Servicios de cuidado parcial para el trastorno por abuso de sustancias (PC) <i>ASAM 2.5</i>	Cubiertos por Fidelis Care.	Cubiertas por FFS.			
Servicios residenciales a corto plazo para el trastorno por abuso de sustancias (STR) <i>ASAM 3.7</i>	Cubiertos por Fidelis Care.	Cubiertas por FFS.			

Atención de la salud conductual: miembros en la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) o los Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS)

Fidelis Care cubre servicios de salud conductual para aquellas personas en el programa de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) de NJ, así como el programa Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS).

Estamos aquí para ayudarlo cada vez que crea necesitar atención médica del comportamiento. Esto incluye el tratamiento del trastorno por uso de sustancias (SUD) y servicios de salud mental. Tenemos varias maneras de ayudarlo a encontrar un proveedor de salud del comportamiento.

- Utilice la herramienta *Find a Provider (Encontrar un Proveedor)* disponible en **findaprovider.fideliscarenj.com**;
- Consulte su *Directorio de Proveedores*; o
- Llámenos al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Atención de la salud conductual: miembros que no están en la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) o los Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS)

Si usted no participa en los programas de la DDD o los MLTSS, la mayoría de sus cuidados de salud conductual (tratamiento del trastorno por consumo de sustancias y de salud mental) estarán cubiertos por el programa de Cargo por Servicio (FFS) de Medicaid. No necesita la remisión de su PCP para consultar a un proveedor de la salud conductual.

Si tiene 18 años de edad o más y necesita atención médica del comportamiento:

- Llame a su PCP o psiquiatra;
- Llame al Centro de Acceso para Adiciones de la IME al **1-844-276-2777** o **1-844-REACH NJ (732-2465)** las 24 horas, los 7 días de la semana. La Entidad de Administración Provisoria (IME) es un centro único para obtener servicios y realizar preguntas sobre el trastorno por abuso de sustancias (SUD); y/o
- Llame a la oficina local del Centro de Atención al Cliente de Asistencia Médica (MACC) para obtener más información. Una lista de las oficinas de MACC actuales está disponible en **https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/info/resources/macc/MACC_Directory.pdf**.

Para la atención de la salud conductual para los niños de 18 años o menos:

- Llame al Sistema de Cuidado Infantil de New Jersey al **1-877-652-7624** (TTY: **711**); y/o
- Llame a su oficina local de MACC para obtener información. Una lista de las oficinas de MACC actuales está disponible en **https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/info/resources/macc/MACC_Directory.pdf**.

Si atraviesa una crisis después del horario de atención y necesita ayuda, llame en cualquier momento (las 24 horas del día, los siete días de la semana) a la Línea para Crisis de Salud Conductual al **1-800-411-6485**.

Podemos ayudarlo a encontrar proveedores de servicios de salud conductual

Llámenos si experimenta cualquiera de las sensaciones indicadas a continuación. Lo ayudaremos a encontrar proveedores que puedan ayudarlo.

- Sentimientos de tristeza, estrés o preocupación muy fuertes;
- Sentimientos de desesperanza y/o indefensión;
- Sentimientos de culpa o falta de valoración;
- Problemas para dormir;
- Pérdida del apetito;
- Pérdida o aumento de peso;
- Falta de interés en cosas que le agradan;
- Problemas para prestar atención;
- Pensamientos sobre lastimarse a sí mismo o a otros;
- Molestia por pensamientos extraños, como oír o ver cosas que otras personas no oyen ni ven;
- Dolor de cabeza, estómago o espalda para el que su proveedor no ha descubierto la causa;
- Problemas de alcohol, drogas y/o medicamentos con receta; y/o
- Adicción o uso indebido de los medicamentos con receta.

Qué hacer en caso de emergencia de salud del comportamiento o si se encuentra fuera del área de servicios del plan

¿Cree usted que su salud está en riesgo? Algunas personas sienten que podrían lastimarse a sí mismas o a otros. Si tiene sentimientos de estos tipos, llame al **911** o vaya al hospital más cercano. No necesita una autorización previa para una emergencia de salud del comportamiento.

Un proveedor puede considerar que necesita mayor atención después de su visita a la sala de emergencias. Fidelis Care cubrirá los costos de la atención posterior recomendada por el proveedor para la salud conductual. Haga un seguimiento con su PCP dentro de 24 a 48 horas después de abandonar el hospital.

Beneficios adicionales de Fidelis Care

Beneficios adicionales de Fidelis Care	
Programa Stay Connected (embarazos de alto riesgo/afecciones crónicas)	Proporciona un teléfono celular gratuito a los Miembros que no tienen y que participan en un programa de administración del cuidado por un embarazo de alto riesgo o una afección crónica.
Programa SafeLink Cell	Proporciona un teléfono inteligente gratuito por hogar. Incluye lo siguiente: Incluye 350 minutos de conversación mensual, mensajes de textos ilimitados y 4.5 G de datos al mes.
Artículos de venta libre (OTC)	Proporciona \$10 en artículos de venta libre (OTC) cada mes, por cada jefe de familia. No se necesita receta.

Servicios no cubiertos por Fidelis Care ni el Cargo por Servicio (FFS)

Servicios no cubiertos

- Todas las reclamaciones que surjan directamente de servicios brindados por o en instituciones que sean propiedad del gobierno federal u operadas por este, como hospitales de la Administración de Veteranos;
- Todos los servicios que no sean médicamente necesarios;
- Todos los servicios o suministros entregados por los cuales su proveedor no le cobra;
- Cirugía cosmética (*excepto cuando sea médicamente necesaria y aprobada*);
- Trasplantes de órganos experimentales;
- Cuidados de relevo excepto para los miembros de Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS);
- Curas de reposo, artículos de comodidad y ayuda personal, servicios y suministros no relacionados directamente con su cuidado, incluidos los siguientes:
 - Comidas para los huéspedes y lugares para quedarse;
 - Cargos por teléfono;
 - Costos de viaje; y
 - Artículos para llevar a casa y otros costos similares.

Excepción: los gastos de los padres acompañantes para una intervención médica fuera del estado están cubiertos por los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT).

- Los servicios facturados para los cuales los registros de atención médica correspondientes no reflejen de manera adecuada y legible los requisitos del procedimiento descrito o el código de procedimiento utilizado por el proveedor que factura;
- Los servicios que impliquen el uso de equipos en centros, cuya compra, alquiler o construcción no haya sido aprobada por las leyes del Estado de New Jersey;
- Servicios o elementos entregados por afecciones o lesiones accidentales surgidas o que se produzcan en el curso del empleo, por las cuales haya beneficios disponibles según las disposiciones de cualquier ley de compensación del trabajador, ley de beneficios por discapacidad temporal, ley de enfermedad ocupacional o legislación similar; reclame o reciba usted los beneficios, y se obtenga un resarcimiento de un tercero por los daños y perjuicios resultantes;

- Servicios o elementos entregados por lesiones o enfermedad que se produzca mientras se encuentre en servicio militar activo;
- Servicios o artículos reembolsados en función de la presentación de un estudio de costos cuando no hay registros aceptables u otras pruebas que justifiquen los costos presuntamente incurridos o los ingresos de los beneficiarios disponibles para compensar esos costos;
- Los servicios en una institución psiquiátrica para pacientes internados (que no sea un hospital para enfermedades agudas) si tiene menos de 65 años y más de 21 años;
- Servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- Servicios principalmente para el diagnóstico y el tratamiento para la infertilidad, incluidos:
 - Reversión de esterilización y visitas al consultorio relacionadas (médicas o clínicas);
 - Medicamentos;
 - Servicios de laboratorio; y
 - Servicios de diagnóstico y radiología, y procedimientos quirúrgicos.
- Servicios prestados a todas las personas sin cargo; servicios y artículos proporcionados sin cargo a través de programas de otros organismos públicos o voluntarios;
- Parte de cualquier beneficio que esté cubierto o se pague según una póliza de seguro de salud, de accidentes o de cualquier otro seguro (incluidos los beneficios a pagar conforme a las leyes de seguro automotor sin culpa de NJ), cualquier otro sistema de beneficios de salud gubernamental o privado, o a través de responsabilidad similar de terceros, que incluya la disposición del Fondo de Sentencias y Reclamaciones no satisfechas; y
- Servicios voluntarios o asistencia informal suministrada por un pariente, amigo, vecino o miembro de su hogar (excepto si se brinda por indicación del participante).

Servicios cubiertos por Cargo por Servicio (FFS)

Además de sus servicios de cuidado administrado cubiertos, puede recibir algunos servicios que cubre el programa de Cargo por Servicio (FFS) de Medicaid. Estos servicios aparecen a continuación. Para obtener estos servicios, puede usar nuestra herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor) para ver proveedores que aceptan miembros de Medicaid. No necesita que su PCP lo derive a estos servicios. (Una remisión del médico es cuando necesitamos aprobar su cuidado antes de que usted lo reciba).

Los servicios incluyen:

- Servicios de aborto médicamente necesarios;
- Transporte médico sin carácter de emergencia (traslado);
- Exámenes de abuso sexual y pruebas de diagnóstico relacionadas;
- Servicios en centro de atención intermedia/discapacidad intelectual;
- Algunos servicios de salud conductual, consulte la página 61 para obtener más información; y
- Servicios y suministros de planificación familiar de un proveedor fuera de la red.

La lista de los servicios cubiertos por el FFS está en la sección *Servicios Cubiertos por Fidelis Care* que comienza en la página 38.

Cómo recibir los servicios cubiertos

Cuando necesite cuidado regular, llame a su PCP o PCD para servicio dental. Lo envían a un especialista para realizarse pruebas, recibir atención especializada y otros servicios cubiertos que necesita, pero que no proporcionan. Cubrimos este tipo de cuidado.

Si su PCP o PCD no le ofrece un servicio cubierto que necesita, pregúntele cómo puede obtenerlo.

Autorización Previa

La autorización previa significa que debemos aprobar un servicio antes de que usted pueda recibirlo.

A veces, es posible que su PCP, PCD u otro proveedor tengan que solicitarnos que aprobemos un cuidado antes de que usted reciba el servicio o la receta. Esto se denomina “Autorización Previa (PA)”. Su PCP, PCD u otro proveedor se comunicará con nosotros para obtener esta aprobación. Cuando recibamos su solicitud de autorización previa, nuestro personal de enfermería y proveedores la revisarán. Si no aprobamos la solicitud, se lo haremos saber con un aviso por escrito. En este aviso por escrito se le brindarán detalles sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Estos servicios necesitan autorización previa:

- Todos los alquileres de DME y cualquier compra de DME superior a \$500;
- Servicios de atención médica a domicilio;
- Procedimientos optativos para pacientes internados;
- Admisión de pacientes internados;

- Admisiones en un hospital de atención aguda a largo plazo;
- Admisión en centros de rehabilitación para pacientes internados;
- Admisiones en un centro de enfermería especializada;
- Radiología avanzada;
- Pruebas de laboratorio reproductivas y genéticas;
- Procedimientos experimentales y de investigación;
- Servicios de terapia para pacientes ambulatorios;
- Procedimientos selectos para pacientes ambulatorios (contáctese con Servicios para Miembros para saber los procedimientos específicos); y
- Procedimientos selectos dentales y de ortodoncia.

Plazos de autorización previa

Tomamos decisiones de autorización previa para servicios que no son de emergencia dentro de los 14 días calendario posteriores a la solicitud o antes.

Usted o su proveedor puede, en cambio, solicitarnos que tomemos una decisión rápida para una autorización previa. (Una decisión rápida se toma en 24 horas). Puede solicitarnos esto si usted o su proveedor creen que esperar la decisión puede poner su vida o salud en peligro. Para solicitarnos esto, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión rápida. Si es así, decidiremos a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de servicio.

Usted o su especialista/PCP o PCD pueden pedirnos tomar una decisión rápida para una PA en su lugar. (Una decisión rápida se toma dentro de las 24 horas.) Puede solicitarla si usted o su PCP o PCD/especialista piensan que esperar una decisión podría poner en peligro su vida o salud.

Pautas para el tratamiento dental

¿Qué sucede si cambia a Fidelis Care de una cobertura de Cargo por Servicio (FFS) de Medicaid u otro plan de cuidado administrado? Si tiene una autorización previa para el cuidado dental de un proveedor al que ya acude que no está en nuestra red, puede seguir recibiendo el cuidado de ese proveedor. Esto puede continuar durante un período de transición o hasta que su dentista de cabecera (PCD) lo atienda y se cree un nuevo plan de cuidado. Esto es cierto también si los servicios no han sido comenzados, salvo que el dentista tratante cambie el plan de tratamiento.

Esta autorización previa será válida hasta su fecha de vencimiento o durante seis meses, lo que sea más largo. Esto incluye las autorizaciones previas para servicios de ortodoncia previamente aprobados por FFS u otro plan de cuidado administrado. La autorización previa para servicios de ortodoncia será válida siempre que usted:

- Sea elegible para los servicios mediante Fidelis Care; y
- No sobrepase el límite de edad para servicios de ortodoncia.

¿Qué sucede si inició servicios en un plan de salud NJFC diferente o en el programa FFS antes de unirse a Fidelis Care? En ese caso, pagaremos los servicios dentales aprobados y comenzados antes de que se uniera a nuestro Plan. Los servicios deberán completarse dentro de los 90 días luego de que usted se una a nuestro Plan.

- Estos servicios dentales incluirán (entre otros): corona (colado, porcelana fundida con metal y cerámica), muñón y perno colado, tratamiento de endodoncia y prótesis fija y extraíble (dentaduras y puentes).

¿Qué sucede si comenzó los servicios en un plan NJFC diferente o en el FFS, se completan luego del límite de 90 días, pero los realizó un proveedor de la red de Fidelis Care? Cubriremos los códigos y servicios iniciados.

- El dentista deberá seguir nuestras reglas de PA para cualquier servicio planificado, pero no comenzado.

¿Qué sucede si comenzó los servicios en un plan NJFC diferente o en el FFS, se completan luego del límite de 90 días, pero los realizó un proveedor fuera del plan? Fidelis Care le pagará al proveedor que no es del plan.

Servicios dentales que puede obtener sin autorización

No necesita nuestra aprobación o la de su PCD para los siguientes servicios:

- Visitas al consultorio de especialistas dentro de la red para hablar sobre las opciones de tratamiento;
- Servicios dentales preventivos; por ejemplo, consultas dentales preventivas y de diagnóstico dos veces al año;
- Tratamiento de emergencias dentales; y
- Empastes dentales y extracciones simples.

A pesar de que usted no necesita aprobación para estos servicios, tendrá que elegir un dentista o especialista de la red. Consulte su *Directorio de proveedores* para elegir uno. También puede utilizar la herramienta “Find a Pharmacy” (Encontrar una Farmacia) en findaprovider.fideliscarenj.com. Puede cambiar su PCD en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros de Liberty Dental Plan al **1-888-442-2375** (TTY: **711**). Cuando realice su elección, llámelo para concertar una cita. Usted debe tener su tarjeta de ID durante su consulta.

Servicios de proveedores fuera de nuestra red

A veces, un servicio que necesita no está disponible a través de un proveedor en nuestra red. Si esto sucede, la cubriremos fuera de la red. (Puede necesitarse aprobación previa.)

¿Utiliza un proveedor fuera de la red que cree que ofrece un mejor servicio para sus necesidades médicas o dentales? Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar que se agregue a este proveedor a nuestra red. Además, el proveedor puede contactarse con nosotros para solicitar unirse a nuestra red en <https://www.fideliscarenj.com/providers/non-fidelis-care-providers.html>.

¿Padece usted una afección crónica que exija cuidado continuo de un especialista? Si es así, puedes solicitar una **remisión del médico permanente** a ese especialista. Una **remisión del médico permanente** significa que puede ver a su especialista con regularidad sin necesidad de que su PCP o PCD lo derive. ¿Tiene alguna pregunta o necesita ayuda con una **remisión del médico permanente**? En ese caso, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Administración de la utilización

Los planes de salud suelen usar Administración de la Utilización (UM). La UM se asegura de que los miembros reciban el cuidado y los servicios adecuados. Ayuda a gestionar los costos al mismo tiempo que prestamos atención médica de calidad. Nuestro programa de Administración de la Utilización consta de cuatro partes. Esto es lo que significa:

- **Autorización previa:** recibir nuestra aprobación antes de que obtenga un servicio;
- **Revisiones prospectivas:** antes de que reciba un cuidado, nos aseguramos de que este sea adecuado para usted;
- **Revisiones concurrentes:** revisamos su cuidado mientras lo recibe para comprobar si usted se vería beneficiado con alguna otra atención; y
- **Revisiones retrospectivas:** analizamos si el cuidado que recibió fue apropiado.

En ocasiones no podemos aprobar la cobertura para servicios o cuidados. Nuestro Director médico toma estas decisiones. Usted debe saber:

- Las decisiones se basan en la necesidad médica para la mejor utilización de la atención y los servicios;
- Las personas que toman las decisiones no reciben ningún pago por rechazar el cuidado (nadie lo recibe); y
- No promovemos el rechazo del cuidado en modo alguno.

¿Tiene preguntas sobre el programa UM? Llame a la línea gratuita al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Segunda opinión médica o dental y autorremisiones médicas

Segunda opinión

Si desea una segunda opinión sobre su cuidado, consulte a su PCP o PCD. O bien, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener una autorremisión. Fidelis Care será financieramente responsable de una segunda opinión quirúrgica y/o médica.

Las segundas opiniones se pueden utilizar para los siguientes casos:

- Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas graves;
- Procedimientos quirúrgicos optativos;
- Cuando un proveedor recomienda un tratamiento distinto al que usted considera necesario;
- Cuando cree que tiene una afección que el proveedor no pudo diagnosticar; o
- Diagnóstico y tratamiento de afecciones dentales que se tratan dentro de una especialidad dental.

Cuando obtenga una segunda opinión, Fidelis Care le solicitará que elija otro proveedor de la red dentro de su área. Si un proveedor participante no está disponible, puede elegir un proveedor no participante que se encuentre cerca, siempre y cuando obtenga primero una autorización previa de Fidelis Care. Fidelis Care debe cubrir los servicios fuera de la red si la red de Fidelis Care no puede brindarle los servicios necesarios. No obstante, deberá acudir a un proveedor de nuestra red para cualquier prueba que solicite el proveedor de la segunda opinión o cualquier tratamiento que recomiende.

Comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a obtener una segunda opinión con un proveedor fuera de la red. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Su PCP o PCD revisará la segunda opinión. Después de recibir su segunda opinión, usted y su proveedor pueden decidir la mejor manera de proceder con su cuidado.

No necesita una autorización previa o remisión del médico a cualquier dentista o especialista dental en la red de Fidelis Care. El procedimiento para obtener una segunda opinión dental es el mismo que el que se necesita para segundas opiniones médicas.

Autorremisión

Fidelis Care le facilita el acceso a un cuidado de la salud de calidad. Para consultar a un especialista de la red, no necesita ser remitido por su PCP. Esto significa que puede elegir el servicio con el que se sienta más cómodo y que sienta que será el mejor para ayudarlo. Sin embargo, es importante informar a su PCP cuando haya consultado a otro proveedor. Su PCP es responsable de coordinar su atención.

Como recordatorio, debe usar un especialista de la red de Fidelis Care. Para encontrar un especialista, visite la herramienta *Find a Provider (Encontrar un proveedor)* disponible en **findaprovider.fideliscarenj.com**.

Es importante recordar que si inicia una autorremisión de un proveedor no participante sin la autorización, puede ser responsable del costo de la atención. Debe buscar atención cuando esté disponible dentro de la red.

Cuidado fuera del horario de atención

Si se enferma o se lastima cuando el consultorio de su PCP o PCD está cerrado y no es una emergencia, puede llamar a su PCP de todos modos. El número de su PCP figurará en su tarjeta de ID.

El consultorio de su PCP o PCD tendrá un proveedor “de guardia”. Este proveedor está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Lo llamarán y le dirán qué debe hacer.

Si no puede comunicarse con el consultorio de su PCP o PCD, puede acudir a un centro de atención de urgencia.

Además, recuerde que puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería en cualquier momento al **1-800-919-8807**.

Atención de Emergencia

Una Afección Médica de Emergencia es aquella condición médica lo suficientemente grave como para que una persona sensata con conocimiento promedio de la medicina y la salud pueda esperar razonablemente que, sin cuidado médico inmediato, una persona en ese estado pueda estar en peligro.

Acuda a la sala de emergencias en las siguientes situaciones:

- Fractura(s);
- Herida(s) con pistola o cuchillo;
- Sangrado que no se detendrá;
- Está embarazada, en trabajo de parto y/o con sangrado;
- Dolor torácico intenso o ataque cardíaco;
- Sobredosis de drogas;
- Siente que es un peligro para usted mismo o los demás;
- Intoxicación;
- Quemadura(s) grave(s);
- Shock (puede sudar, estar sediento o tener mareos o piel pálida);
- Convulsiones;
- Mandíbula rota o dislocada;
- Hinchazón, sangrado o infección facial grave;
- Traumatismo facial;
- Dientes naturales rotos o falta de rellenos o coronas;
- Dificultad para respirar; o
- De repente no puede ver, moverse o hablar.

NO acuda a la sala de emergencias en las siguientes situaciones:

- Tiene gripe, un resfrío, dolor de garganta o dolor de oído;
- Tiene un esguince o tensión;
- Un corte o una raspadura que no necesita puntos;
- “Dientes del bebé” sueltos;
- Obtener más medicamentos o un resurtir una receta; o
- Erupción debido al pañal.

Si está embarazada y tiene contracciones, se trata de una emergencia si:

- No hay tiempo suficiente para dirigirse de forma segura a otro hospital antes del parto; o
- Cualquier transporte puede ser una amenaza para la seguridad de la mujer embarazada o del niño no nacido.

En caso de emergencias dentales, como dolor, hinchazón limitada y/o sangrado en la boca, o si se le cayó un diente, llame primero a su dentista. Si no puede comunicarse con su dentista o si no tiene dentista, llame a Liberty Dental al **1-888-442-2375** (TTY: **711**). Consulte la sección “Emergencia dental” en la Página 107.

En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano de inmediato.

- Muestre su tarjeta de ID de Fidelis Care en la sala de emergencias;
- Pídale al personal que nos llame (el proveedor de la sala de emergencias decidirá si se trata de una emergencia); e
- Informe a su PCP o PCD y Fidelis Care cuando visite una sala de emergencias. Podemos ayudar a garantizar que reciba la atención que necesita. ¡Hágalo lo antes posible!

¿No está seguro de si es una emergencia? Llame a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al **1-800-919-8807** (TTY: **711**) o su PCP o PCD. No necesita autorización previa (aprobación previa) para recibir atención de emergencia o atención médica de urgencia, ya sea dentro o fuera de la red. Cubriremos este tipo de cuidado. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Pagaremos todos los servicios relacionados con el examen. No rechazaremos una reclamación por un examen médico de emergencia que hubiera parecido una emergencia para una persona normal, pero se considerara más tarde como no de emergencia.

Atención que no es de emergencia en la sala de emergencias

No debe ir a la sala de emergencias si tiene una enfermedad médica si no se necesita cuidado inmediato. Esto se denomina atención que no es de emergencia. El personal de la sala de emergencias llevará a cabo una evaluación para decidir si su enfermedad es una emergencia. Si deciden que su enfermedad no es una emergencia, deben informarle. Antes

de que el personal de la sala de emergencias le proporcione el cuidado para un problema que no es una emergencia, debe decirle a dónde puede ir para obtener atención.

Atención de emergencia fuera del área

Cuando usted se enferma o se lesiona, es importante que reciba cuidado, aun cuando viaja. Si usted se enferma o se lesiona mientras está de viaje, llame a Servicios para Miembros. La línea gratuita es 1-888-453-2534 (TTY: 711). Estos números se encuentran en el reverso de su tarjeta de ID.

- Vaya al hospital más cercano si tiene una emergencia mientras está de viaje. No importa si no se encuentra en nuestra área de servicios;
- Muestre su tarjeta de identificación;
- Llame a su proveedor o tan pronto como pueda; y
- Solicite al personal del hospital que nos llame. Les podemos decir cómo presentar su reclamación.

Atención de urgencia

La atención de urgencia es el tratamiento de una afección que no es una emergencia, pero que debe tratarse en el plazo de 24 horas para evitar que empeore. Algunos ejemplos de estas afecciones incluyen lo siguiente:

- Resfrío, tos o dolor de garganta;
- Calambres;
- Infección del oído;
- Hematomas, cortes o quemaduras menores;
- Sarpullidos o inflamación leve;
- Dolores de espalda;
- Fiebre baja;
- Esguinces; y
- Dolor intenso.

¿No está seguro de si necesita atención de urgencia? Llame a su PCP, PCD o a la Línea de Asesoramiento de Enfermería al **1-800-919-8807** (TTY: **711**).

**Los servicios de atención de urgencia no requieren aprobación previa.
No necesita consultar a un proveedor de la red para atención de urgencia.
Necesita mostrar su tarjeta de ID de Fidelis Care al proveedor de atención de urgencia.**

Solicite al proveedor o al personal de atención de urgencia que nos llame. No necesita una aprobación para recibir atención de urgencia. Asegúrese de informar a su PCP o PCD si recibe atención de urgencia, para que puedan proporcionarle atención de seguimiento.

Recuerde que también puede obtener atención de urgencia cuando viaje fuera del estado.

Atención posterior a la estabilización

Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos relacionados con una condición médica de emergencia que se proporcionan después de que dicha afección está bajo control y estabilizada. Esto incluye los servicios y el tratamiento proporcionados para que su enfermedad permanezca estable, así como los servicios prestados para mejorar o intentar resolver esta enfermedad. Los servicios posteriores a la estabilización están cubiertos y sujetos a una autorización previa necesaria.

Miembros con Necesidades Especiales

Para adultos, los miembros con Necesidades Especiales son los siguientes:

- Miembros con condiciones médicas crónicas y/o graves que necesitan tratamiento especializado;
- Miembros con discapacidades físicas, mentales o del desarrollo (incluso los miembros elegibles para Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS));
- Miembros que necesitan tratamiento para Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD); y
- Miembros que están confinados en sus hogares.

Tratamiento de menores de edad

Fidelis Care también administra la atención médica de personas menores de 18 años (menores de edad).

El tratamiento está cubierto cuando lo solicitan los padres del menor o el tutor legal del menor. En algunos casos, la ley de New Jersey permite a los menores de edad tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismos.

En los siguientes casos, se permite llevar a cabo el tratamiento sin el consentimiento de los padres o los tutores:

- Cuando un menor asiste a una sala de emergencias para el tratamiento de una condición médica de emergencia, podrá ser atendido sin el consentimiento de los padres o tutores;
- Cuando los menores desean servicios de planificación familiar, atención de maternidad o servicios relacionados con infecciones de transmisión sexual (ITS). Estos servicios estarán cubiertos sin consentimiento de los padres/tutores cuando sea médicamente necesario; y
- Cuando necesiten tratamiento menores de edad que vivan solos y tengan su propio número de ID de Medicaid como jefes de su propia familia.

Fidelis Care garantiza la permanencia del cuidado y una transición sin problemas de la atención de nuestros miembros que actualmente se atienden con un proveedor que no

participante. Cuando un miembro se inscribe por primera vez o un miembro existente le presenta al Plan una relación existente con un proveedor no participante, el miembro puede continuar un tratamiento en curso durante un período de transición específico para una afección o hasta que el miembro sea evaluado por su PCP y PCD, o los especialistas y un plan de atención nuevo se establezca mutuamente.

Los miembros pueden trabajar con un administrador de atención especializada para que lo guíe a él y al proveedor no participante durante la continuidad de la atención.

Fidelis Care garantiza que los miembros reciban los servicios necesarios a través de una red de proveedores que se especializan en la atención a miembros con necesidades especiales de atención médica, incluidos los pacientes remitidos a centros de atención de especialidad, como un Centro de Cuidado Infantil de Día. Nuestra red de proveedores consiste de proveedores especializados con experiencia y pericia en la atención a miembros con necesidades especiales.

Además, Fidelis Care facilita los procesos de remisión del médico permanente del médico para aquellos miembros que necesiten atención especial a largo plazo. Un miembro puede recibir una remisión del médico permanente por hasta seis meses a la vez y/o seis o más consultas.

Niños con necesidades de atención médica especiales

El equipo de Administración del Cuidado ofrece servicios a niños con necesidades de atención médica especiales. Los servicios pueden incluir:

- Atención psiquiátrica y asesoramiento para el Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) para miembros de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD);
- Servicios de intervención en crisis; y
- Servicios hospitalarios para pacientes internados.

El equipo de Administración de cuidado también brinda educación y coordina otros tipos de cuidado. Estos incluyen lo siguiente:

- Atención preventiva del niño sano;
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- Coordinación de las necesidades de atención médica con especialistas;
- Estrategias de intervención y diagnóstico;
- Coordinación de terapias de atención médica a domicilio;
- Coordinación de servicios más continuos;
- Administración a largo plazo de complicaciones médicas continuas; y

- Continuación de los servicios con proveedores fuera de la red cuando se considere que es lo mejor para el paciente.

Los niños con necesidades especiales también tienen beneficios de Exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT) para que puedan cuidar de su salud. Ayudamos a promover y conservar la salud del niño, desde el nacimiento hasta que cumple 21 años de edad. Este programa ayuda a mantener el registro de las vacunas del niño y las consultas de niño sano. Les recuerda a los padres o tutores que realicen pruebas de detección con el PCP del niño para detectar problemas médicos temprano y continuar con las revisiones. También pone a los niños en contacto con los servicios de apoyo. Esto les da la mejores oportunidades de recibir atención, tan pronto como sea posible, para que puedan tener la mejor vida posible. Los niños del programa EPSDT con necesidades especiales tienen un beneficio dental adicional de cuatro consultas dentales preventivas al año.

Algunos niños tienen una afección que necesita atención continua de un especialista dentro de la red o tienen una afección o enfermedad que incapacita o que pone en riesgo la vida. Puede solicitar al PCP del niño una “remisión del médico permanente”. Esto permite que el niño acuda al especialista con la frecuencia necesaria para tratar la afección.

Los niños con una necesidad especial pueden contar con un especialista que está dentro de la red como su PCP. Las remisiones del médico a algunos centros de atención para la atención altamente especializada o remisiones para continuar con la atención con un proveedor fuera de la red están disponibles a pedido, cuando sea necesario.

Atención Dental para Necesidades Especiales

El proveedor odontológico de Fidelis Care, Liberty Dental Plan (LDP), proporciona supervisión de la administración de atención compleja y la coordinación de servicios odontológicos para quienes requieren atención odontológica especial. Los miembros con problemas de cuidado odontológico graves y/o necesidades de atención odontológica especiales pueden solicitar asistencia para coordinar servicios de atención odontológica llamando a Servicios para Miembros de Liberty Dental Plan al 1-888-442-2375 (TTY: 711). También puede encontrar listados de dentistas que tratan a niños o adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) aquí:

- Niños https://www.fideliscarenj.com/content/dam/centene/wellcare/nj/pdfs/NJ_Caid_IDD_Child_Dental_Directory_Multi_07_2022_R.pdf
- Adultos https://www.fideliscarenj.com/content/dam/centene/wellcare/nj/pdfs/NJ_Caid_IDD_Adult_Dental_Directory_Multi_07_2022_R.pdf

Entre las consultas y la información disponible se incluyen instrucciones de higiene oral para cuidar la higiene bucal de un miembro en las consultas al dentista. El Administrador de Cuidados asignado para supervisar la salud bucal del miembro creará un “Plan de Cuidado

Odontológico” para ayudar en la organización del cuidado.

Los miembros con discapacidades de desarrollo y necesidades especiales pueden requerir consultas de diagnóstico, periodontales y de prevención más frecuentes si son necesarias desde el punto de vista médico (se permiten cuatro consultas anuales sin autorización previa).

En ciertas situaciones, los servicios dentales pueden proporcionarse de la siguiente manera:

- Atención odontológica móvil: el proveedor utiliza equipos odontológicos portátiles para brindar servicios de atención odontológica fuera de su consultorio/clínica, en entornos que incluyen escuelas y hogares; o
- Atención odontológica móvil (con una camioneta): el proveedor utiliza un vehículo específicamente equipado con un equipo odontológico para brindar servicios dentro de la camioneta.

Fidelis Care se compromete a brindarle acceso a través de la teleodontología, cuando sea posible y adecuado. A partir del 1 de julio de 2023, los beneficios de la teleodontología estarán disponibles para los miembros del programa de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) o del programa de Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS). Esto significa que si usted y el dentista se encuentran en diferentes lugares, aun así puede recibir la atención.

Las consultas de teleodontología pueden incluir consultas dentales para ayudar con un dolor de muelas o para ver qué tan bien está cuidando los dientes y la boca. Nuestro programa de teleodontología lo pone en contacto con proveedores de atención dental desde su hogar o desde cualquier lugar donde pueda estar en el teléfono o la computadora. La mayoría de los dentistas podrán conectarse a cualquier computadora portátil, navegador web de la computadora, teléfono inteligente, o tableta de forma segura y sin riesgos. Su información médica está protegida como si estuviera en una consulta presencial. Si tiene alguna pregunta sobre la teleodontología, llame a su PCD o a Servicios para Miembros al **1-888-442-2375**.

Comuníquese con Fidelis Care, Liberty Dental Plan o con su administrador de cuidados para obtener información adicional.

Miembros con Necesidades de Atención Médica Especiales (SHCN) en un Quirófano (OR) o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Los miembros con Necesidades de Atención Médica Especiales (“SHCN”) pueden requerir que el tratamiento se lleve a cabo dentro de un quirófano de un hospital (“OR”) o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (“ASC”) como un servicio ambulatorio.

Liberty Dental Plan ofrece administración del cuidado de los servicios dentales para los miembros con SHCN, a pedido. Para solicitarlo, llame a Servicios para Miembros de Liberty

Dental Plan al **1-888-442-2375** (TTY: **711**). Los administradores de cuidado ayudan a los miembros y proveedores a establecer los servicios. También ayudan a coordinar las autorizaciones para las hospitalizaciones requeridas por motivos odontológicos. También ayudan con los servicios dentales en el quirófano hablando con los expertos médicos y dentales del Plan. Además, incluyen al miembro/padre/tutor y al personal en estas charlas en el lugar donde se llevará a cabo la cirugía cuando sea necesario. Todo esto se hace de manera eficiente y oportuna.

Trabajarán de manera individual para ayudar a coordinar sus necesidades de atención médica odontológica.

Para hacerlo, hará lo siguiente:

- Posiblemente, le hagan preguntas para obtener más información sobre sus afecciones médicas;
- Trabajan con los PCP y los PCD para establecer los servicios necesarios y ayudarlo a entender sus necesidades de atención médica;
- Le brindan información para ayudarlo a entender cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios, incluso los que se encuentran en su área;
- Lo ayudan a organizar las consultas a los proveedores y los traslados; y
- Lo acompañan a cualquier consulta médica, según sea necesario.

Miembros que están confinados en sus hogares

Todos los miembros identificados como confinados en sus hogares pueden recibir los servicios basados en el hogar y/o en la comunidad que ofrece Fidelis Care. El objetivo es identificar sus necesidades y, luego, utilizar un enfoque integral para tratarlas.

Algunos servicios incluyen lo siguiente:

- Administración del cuidado;
- Servicios de cuidado de la salud a domicilio (enfermero certificado, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla);
- Servicios nutricionales (dieta saludable);
- Proveedores de servicios de telemedicina (necesidades de atención médica y psiquiátrica);
- Vacunas (como vacunas contra la gripe y otras);
- Transporte (traslados a consultas médicas); y
- Psicoterapia.

Administración del cuidado

El objetivo del programa de Administración del Cuidado es identificar, dar soporte y comprometer a las personas con altas necesidades. Nuestro programa de Administración del Cuidado integra asistencia médica, conductual, social y económica para los miembros, en un enfoque integral de la administración del cuidado. Esto incluye asistencia con evaluaciones de salud y de riesgos, coordinación de atención/beneficios, prestación de servicios, recursos comunitarios y educación para garantizar que tengan una vida más feliz y saludable en la comunidad.

Puede acceder a la Administración del Cuidado en cualquier momento. Puede autorremitirse al programa utilizando los siguientes métodos:

- Llamando a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**);
- Llamando a la línea telefónica de asesoramiento de enfermería o la línea telefónica para crisis, ambas disponibles las 24 horas del día, proporcionadas durante la Evaluación Integral de Necesidades inicial; o
- Llamando a nuestra línea de Administración del Cuidado al **1-844-901-3781**.

Si se lo remite, se comunican con usted y acepta unirse al programa de Administración del Cuidado, recibirá una Evaluación de las Necesidades de Atención (CNA) en un plazo de 30 días a partir de su identificación o remisión del médico al equipo de administración del cuidado. En este servicio, se identifica cualquier necesidad de atención médica, seguido por la creación de un plan de cuidado personalizado que se comparte con las personas y los proveedores involucrados en su cuidado. Este plan de atención se puede utilizar como un mapa de ruta para que se satisfagan las principales necesidades de atención médica.

Nuestros administradores del cuidado capacitados lo ayudan a usted, su familia y su PCP o PCD. Ayudarán a establecer los servicios que pueda necesitar para gestionar su salud. Esto incluye derivaciones a centros de cuidado especial.

Nuestros programas de administración de cuidado le ofrecen los servicios de un administrador de cuidado de la salud y de otro personal de contacto. Ellos trabajarán personalmente con usted para ayudar a coordinar sus necesidades de atención médica. Para hacerlo, hará lo siguiente:

- Posiblemente le hagan preguntas para obtener más información sobre su afección;
- Trabajan con los PCP o PCD para organizar los servicios necesarios y lo ayudan a entender sus necesidades de la salud;
- Le brindan información para ayudarlo a conocer cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios, por ejemplo, a través de los recursos locales;
- Lo ayudan con la coordinación de las consultas a los proveedores y los traslados; y
- Lo acompañan a cualquier sitio médico según sea necesario.

Su Plan de Salud

Todos los miembros nuevos (excepto la División de Discapacidades del Desarrollo [DDD] y la División de Protección Infantil y Permanencias [DCP&P]) se monitorean con la *Herramienta de Detección de Salud Inicial*. Esto se usa para ver si usted tiene necesidades de salud física y/o mental que requieran de un tratamiento inmediato. También verificaremos si necesita un examen de detección más minucioso. Este examen de detección se llama *Evaluación Integral de Necesidades*. Nos ayuda a saber sus necesidades de un especialista en salud médica o conductual que pueda ayudarlo mejor. Todos los miembros nuevos de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y de la División de Protección Infantil y Permanencias (DCP&P) reciben automáticamente una Evaluación Integral de Necesidades.

Cualquier necesidad especial que pueda tener se identificará a través de una Evaluación Integral de las Necesidades. Se completará la evaluación y nos ayudará a trabajar con usted para diseñar un plan de atención.

Su administrador de cuidados trabajará con usted para desarrollar un plan de cuidado individualizado, destinado a atender y apoyar sus necesidades.

Planificación familiar

Los servicios de planificación familiar son un beneficio cubierto. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Asesoramiento y/o recetas para el control de la natalidad;
- Un examen mamario para descartar cáncer de mama;
- Asesoramiento y pruebas genéticas;
- Pruebas de VIH/SIDA/ITS;
- Esterilización (un tratamiento que impide la capacidad de fecundar o quedar embarazada);
- Anticoncepción a Largo Plazo Reversible (LARC);
- Exámenes pélvicos; y
- Pruebas de embarazo.

Usted puede elegir dónde recibir estos servicios.

Para elegir un proveedor de nuestra red, busque en el Directorio de Proveedores o llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

También puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor de cargo por servicio (FFS) de Medicaid, incluso si no pertenece a nuestra red. En este caso, deberá mostrar su tarjeta de ID de beneficios de salud de New Jersey (HBID). No necesita una remisión del médico.

Su proveedor no necesita remitirlo para obtener servicios de planificación familiar. También puede recibir estos servicios en un Centro de salud con calificación federal (FQHC) o de un proveedor de Medicaid fuera de la red.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Histerectomía y esterilización

Si elige someterse a una cirugía como una histerectomía o vasectomía para evitar tener hijos, el proveedor que realiza la intervención deberá explicar totalmente la cirugía y sus resultados.

- Debe firmar un formulario antes de someterse a la cirugía;
- Este formulario también establece que usted comprende que la cirugía es permanente, que su proveedor le informó sobre los numerosos tipos de métodos anticonceptivos no permanentes y que ha respondido todas sus preguntas;
- El formulario también indica que la decisión de esterilizarse es totalmente suya; y
- Se debe firmar el formulario al menos 30 días antes de la cirugía.

Podemos proporcionarle un traductor o un intérprete para asistirlo si el inglés no es su idioma principal.

Cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido

Es importante que asista a todas sus consultas *prenatales* (antes del nacimiento) y *de posparto* (después del nacimiento) para asegurarse de que tanto usted como su bebé se mantengan saludables. Si está embarazada, debe visitar a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) en un plazo de tres semanas después de haberse inscrito en nuestro Plan. (Esto depende de sus factores de riesgo y del estado de su embarazo). Su proveedor deberá verla:

- Tres semanas de prueba de embarazo positiva (en el hogar o de laboratorio);
- Tres días de identificación de embarazo de alto riesgo;
- Siete días de la solicitud en el primer y segundo trimestre; y
- Tres días de la primera solicitud en el tercer trimestre.

Puede consultar a cualquier obstetra/ginecólogo o partera por el embarazo sin que la derive su PCP.

Es importante que empiece a recibir cuidado prenatal en cuanto se quede embarazada.

- Visite a su PCP, obstetra/ginecólogo o partera durante todo el embarazo;

Su Plan de Salud

- Asegúrese de asistir a todas las consultas cuando su PCP, obstetra/ginecólogo o partera se lo indique; y
- Asegúrese de consultar a su proveedor después de tener a su bebé para recibir cuidado de seguimiento (entre 21 y 56 días después del nacimiento de su bebé).

El equipo de Administración del Cuidado puede ayudarlo a programar consultas prenatales y darle soporte durante el embarazo. Llámenos al **1-844-901-3781** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

A continuación, otros aspectos que debe tener en cuenta:

Si usted tiene un bebé mientras es miembro de Fidelis Care, la inscripción cubre los costos de los servicios para su bebé hasta por un año.

Llame a la Agencia de Bienestar o la Oficina de Servicios Sociales del condado para recibir un número de identificación de Medicaid para su bebé. Se recomienda hacerlo dentro de los 60 días posteriores al nacimiento de su hijo para evitar retrasos. Llámenos al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. para darnos este número cuando lo reciba de la Agencia de Bienestar o la Oficina de Servicios Sociales del condado.

Además debe elegir un PCP para su bebé. El PCP realizará controles regulares del bebé y le colocará las vacunas. Debe hacerlo antes de que el niño nazca. Si no le elige un PCP, elegiremos uno por usted.

Programa de Servicios de Doulas Comunitarias

Sabemos que tendrá preguntas sobre su embarazo y su bebé. Es por eso que Fidelis Care cuenta con servicios de doula comunitarias para miembros embarazadas. Una doula comunitaria es una profesional capacitada que ofrece apoyo emocional y físico durante el embarazo y parto. Además, las doulas comunitarias la ayudan a acceder a los recursos de la comunidad, ofrecen educación sobre la lactancia y mucho más.

Durante el embarazo, las doulas comunitarias ofrecen su apoyo de la siguiente manera:

- Responden preguntas sobre el proceso de parto; y
- Establecen un plan de parto.

En el momento del parto:

- Siempre se queda con usted para brindarle comodidad y apoyo; y
- La ayudan a hablar con el personal médico sobre lo que quiere y lo que no quiere.

Después del parto:

- Le brindan ayuda relacionada con la lactancia; y

- Y dan soporte y ánimo luego de llevar a su bebé a casa.

¿Le gustaría recibir más información?

¡Nos complacerá ayudarla! Llame a nuestro equipo de Administración del Cuidado al: **1-844-901-3781** (TTY: **711**).

Programa de Administración del Cuidado de Maternidad Fidelis Care BabySteps

Fidelis Care BabySteps es un programa gratuito para las mujeres embarazadas. El objetivo es mantenerla saludable y brindarle la mejor manera de tener un bebé sano. Para hacer esto, nuestros coordinadores de cuidado de BabySteps se comunicarán con usted para realizar una Evaluación de los Riesgos Prenatales (PRA). La PRA nos ayuda a saber si la administración o la coordinación del cuidado podrían ayudarlos a usted y a su bebé por nacer con cualquier problema que pudiera surgir durante su embarazo.

El Programa de Administración del Cuidado de Maternidad BabySteps está diseñado para prolongar el período de gestación y reducir el riesgo de lo siguiente:

- Complicaciones del embarazo;
- Bajo peso al nacer; y
- Parto prematuro;
- Enfermedades infantiles.

El programa combina la administración del cuidado, la coordinación de los mismos, la gestión de las enfermedades y la educación de la salud para mejorar la salud de las embarazadas y de las madres con recién nacidos.

Si desea inscribirse, llame a la Administración del Cuidado al **1-844-901-3781** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Programa Women, Infants and Children (WIC)

El programa Women, Infants and Children (WIC) es un programa de nutrición. Es para las personas (embarazadas y quienes han tenido recientemente un bebé), bebés y niños. El programa proporciona:

- Alimentación y educación nutricional;
- Remisiones a otros servicios sociales, de salud y bienestar; y
- Asistencia para madres que amamantan.

Si está embarazada, o ha sido madre recientemente, consulte a su PCP sobre WIC. Llame a su agencia WIC local para consultar si usted es elegible para registrarse en este programa. Deberá concertar una cita para hablar con ellos. Necesitará pruebas de que vive en New Jersey y de sus ingresos.

Su Plan de Salud

A continuación, se presenta una lista de agencias WIC y su información de contacto a partir de la fecha en que se redactó este manual. Encuentre la lista más actualizada de las agencias WIC actuales locales en nj.gov/health/fhs/wic/participants/find-wic/.

Norte	
Condado de Essex	
Programa WIC de la ciudad de Newark	
Correo electrónico: NewarkWIC@ci.newark.nj.us	
City of Newark Department of Health and Community Wellness 110 William Street Newark, NJ 07102	1-973-733-7604
Newark Beth Israel Medical Center 166 Lyons Avenue Newark, NJ 07112	1-973-705-3504 o 1-973-705-3505
Irvington Site (Briar Hill Building) 50 Union Avenue Suite 702 Irvington, NJ 07111	1-973-761-2517
Saint James Health Center 228 Lafayette Street 4 th Floor Newark, NJ 07105	1-862-229-6360
Programa WIC de Rutgers New Jersey Medical School	
Correo electrónico: rutgerswic@njms.rutgers.edu	
Doctors Office Center (DOC) 90 Bergen Street Suite 5400 Newark, NJ 07101	1-973-972-3416
Ivy Hill Apartments Senior Citizen Center 230 Mt. Vernon Place Newark, NJ 07106	1-973-972-3416
University Hospital OB-GYN Clinic 140 Bergen Street C Level Newark, NJ 07103	1-973-972-3416

Programa WIC de la ciudad de East Orange

Correo electrónico: **wic@eastorange-nj.gov**

City of East Orange
185 Central Avenue, Fifth Floor
East Orange, NJ 07018

1-973-395-8960

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Essex, visite: **<https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Essex%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf>**

Condado de Bergen

Saint Joseph Medical Center

Correo electrónico: **wic@sjhmc.org**

Hackensack Department of Health
215 State Street
Hackensack, NJ 07601

1-973-754-4575

St. Mark's Episcopal Church
118 Chadwick Road
Teaneck, NJ 07666

1-973-754-4575

First Presbyterian Church
457 Division Avenue
Carlstadt, NJ 07072

1-973-754-4575

St. Paul's Episcopal Church
113 Engle Street
Englewood, NJ 07631

1-973-754-4575

Cliffside Park Head Start
263 Lafayette Avenue
Cliffside Park, NJ 07010

1-973-754-4575

Bergenfield Department of Health
198 North Washington Avenue
Bergenfield, NJ 07621

1-973-754-4575

Su Plan de Salud

St. John's Episcopal Church 301 East Main St Ramsey, NJ 07446	1-973-754-4575
BCCAP Weatherization Training Center 541 Midland Avenue Garfield, NJ 07026	1-973-754-4575
Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Bergen, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Bergen%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf	
Condado de Hudson	
Programa WIC de Jersey City Correo electrónico: wichelp@jcnj.org	
City of Jersey City Department of Health & Human Services City Hall Annex, 1 Jackson Square Jersey City, NJ 07305	1-201-547-6842
Bayonne Hospital (Health Start) 29 East 29 th Street Bayonne, NJ 07002	1-201-547-6842
Programa WIC de North Hudson Community Action Corporation (NHAC) Correo electrónico: wic2@nhcac.org	
North Hudson Community Action Corp. 407 39 th Street, Union City, NJ 07087	1-201-866-4700
Kearny Health Department 645 Kearny Avenue Kearny, NJ 07032	1-201-866-4700
Town of Harrison 326 Harrison Avenue (basement level) Harrison, NJ 07029	1-201-866-4700
Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercado de productores del condado de Hudson, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Hudson%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf	

Condado de Morris

Programa WIC de Saint Joseph Medical Center

Correo electrónico: **wic@sjhmc.org**

St. Margaret Church 6 Sussex Avenue Morristown, NJ 07960	1-973-754-4575
--	-----------------------

Boonton United Methodist Church 626 Lathrop Avenue Boonton, NJ 07005	1-973-754-4575
--	-----------------------

Zufall Health Center 18 West Blackwell Street Dover, NJ 07801	1-973-754-4575
---	-----------------------

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercado de productores del condado de Morris, visite: **<https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Morris%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf>**

Condado de Passaic

Programa WIC de Saint Joseph Medical Center

Correo electrónico: **wic@sjhmc.org**

Saint Joseph WIC Program 800 Main Street Paterson, NJ 07524	1-973-754-4575
---	-----------------------

Center for Family Resources 12 Morris Rd. Ringwood, NJ 07666	1-973-754-4575
--	-----------------------

Pompton Lakes Health Department 25 Lenox Avenue Pompton Lakes, NJ 07442	1-973-754-4575
---	-----------------------

Wayne Health Department 475 Valley Road Wayne, NJ 07470	1-973-754-4575
---	-----------------------

Su Plan de Salud

Greater Bergen Community Action HS 500 East 35 th Street Paterson, NJ 07504	1-973-754-4575
Boys and Girls Club of Clifton, Inc 181 Colfax Avenue Clifton, NJ 07013	1-973-754-4575
Programa WIC de la ciudad de Passaic Correo electrónico: passaicwic@cityofpassaicnj.gov	
City of Passaic 333 Passaic Street Passaic, NJ 07055	1-973-365-5620
Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Passaic, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Passaic%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf	
Condado de Sussex	
Programa WIC de Northwest Community Action Partnership (NORWESCAP) Correo electrónico: wic@norwescap.org	
The First United Methodist Church 111 Ryerson Avenue Newton, NJ 07860	1-973-579-5155
Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Sussex, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Sussex%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf	
Condado de Warren	
Programa WIC de Northwest Community Action Partnership (NORWESCAP) Correo electrónico: wic@norwescap.org	
NORWESCAP WIC Program 350 Marshall Street Phillipsburg, NJ 08865	1-908-454-1210

Trinity Methodist Church 213 Main Street Hackettstown, NJ 07840	1-908-454-1210
First Presbyterian Church 41 East Church Street Washington, NJ 07882	1-908-454-1210
Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Warren, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Warren%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf	
Central	
Condado de Hunterdon	
Programa WIC de Northwest Community Action Partnership (NORWESCAP) Correo electrónico: wic@norwescap.org	
Flemington United Methodist Church 116 East Main Street Flemington, NJ 08822	1-908-454-1210
Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Hunterdon, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Hunterdon%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf	
Condado de Mercer	
Programa WIC de The Children's Home Society (CHS) Mercer Correo electrónico: wicnutritionist@chsofnj.org	
The Children's Home Society of NJ's Mercer WIC Program 1440 Parkside Ave. Ewing, NJ 08638	1-609-498-7755
Hamilton Health Department McManimon Building: 320 Scully Avenue Hamilton, NJ 08610	1-609-498-7755

Su Plan de Salud

Princeton Twp. Municipal Building WIC 400 Witherspoon Street Princeton, NJ 08542	1-609-498-7755
CHS South Clinton Office 635 South Clinton Avenue Trenton, 08611	1-609-498-7755
First Baptist Church of Hightstown 125 South Main Street Hightstown, NJ 08520	1-609-498-7755
Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercado de productores del condado de Mercer, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Mercer%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf	
Condado de Middlesex	
Visiting Nurses Association (VNA) del Programa WIC de Central Jersey Correo electrónico: wic@vnahg.org	
How Lane Health Center 123 How Lane (Rear of Building) New Brunswick, NJ 08901	1-732-249-3513
Presbyterian Church of Jamesburg 177 Gatzmer Avenue Jamesburg, NJ 08831	1-732-249-3513
Edison Township Health Department 80 Idlewild Road Edison, NJ 08817	1-732-249-3513
Perth Amboy WIC Program 313 State Street Second Floor Perth Amboy, NJ 08861	1-732-376-1188
Acelero Head Start 301 Augusta Street South Amboy, NJ 08879	1-732-376-1188

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercado de productores del condado de Middlesex, visite: <https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Middlesex%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf>

Condado de Monmouth

Visiting Nurses Association (VNA) del Programa WIC de Central Jersey

Correo electrónico: wic@vnahg.org

VNA of Central NJ WIC Admin Site 790 Rt 35 Middletown, NJ 07748	1-732-471-9301
--	-----------------------

Trinity Church 503 Asbury Avenue, Asbury Park, NJ 07712	1-732-471-9301
---	-----------------------

Freehold Health Center 597 Park Avenue Freehold, NJ 07728	1-732-471-9301
---	-----------------------

Keyport VNA Community Health Center 35 Broad Street Keyport, NJ 07734	1-732-471-9301
---	-----------------------

Monmouth Day Care Center 9 Dr. James Parker Blvd Red Bank, NJ 07701	1-732-471-9301
---	-----------------------

Grace Methodist Church 115 Saint James Avenue Union Beach, NJ 07735	1-732-471-9301
---	-----------------------

First Presbyterian Church 9 th Avenue and E Street Belmar, NJ 07719	1-732-471-9301
--	-----------------------

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Monmouth, visite:

<https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Monmouth%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf>

Su Plan de Salud

Condado de Somerset

Programa WIC de Northwest Community Action Partnership (NORWESCAP)

Correo electrónico: wic@norwescap.org

People Care Center

120 Finderne Avenue, Room 4
Bridgewater, NJ 08807

1-908-685-8282

Watchung Avenue Presbyterian Church

170 Watchung Avenue
North Plainfield, NJ 07060

1-908-454-1210

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Somerset, visite: <https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Somerset%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf>

Condado de Union

Programa WIC de la ciudad de Plainfield

Correo electrónico: wic@plainfieldnj.gov

Plainfield WIC Program

510 Watchung Avenue
Plainfield, NJ 07060

1-908-753-3397

Programa WIC del Centro Médico Trinitas

Correo electrónico: WIC@rwjbh.org

Trinitas WIC

240 Williamson Street, Suite 403
Elizabeth, NJ 07201

1-908-994-5141

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Union, visite:

<https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Union%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf>

Sur

Condado de Atlantic

Programa WIC de Gateway Community Action Partnership

Correo electrónico: tricity_wic@gatewaycap.org

Egg Harbor City WIC 300 Philadelphia Avenue, Suite B Egg Harbor City, NJ 08215	1-609-593-3940
Atlantic City WIC 139 N. Iowa Avenue Atlantic City, NJ 08401	1-609-246-7767
Galloway Township 333 Jimmie Leeds Road, Unit 5 Galloway NJ 08205	1-609-382-5050
<p>Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Atlantic, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Atlantic%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf</p>	
Condado de Burlington	
Programa WIC del condado de Burlington	
Correo electrónico: WIC@co.burlington.nj.us	
Burlington County Health Department Raphael Meadow Health Center 15 Pioneer Blvd. Westampton, NJ 08060	1-609-267-4304
Nesbitt Recreation Center Anderson Avenue & Pemberton-Browns Mill Road Pemberton, NJ 08068	1-609-267-4304
Central Baptist Church Fifth & Maple Avenues Palmyra, NJ 08065	1-609-267-4304
1 st United Methodist Church Camden & Pleasant Valley Avenue Moorestown, NJ 08057	1-609-267-4304
Tabernale Fire Company #1 76 Hawkins Road & Rt. 206 Tabernacle, NJ 08088	1-609-267-4304

Su Plan de Salud

Shiloh Baptist Church 104 ½ Elizabeth Street Bordentown, NJ 08505	1-609-267-4304
JFK Center 429 JFK Way Willingboro, NJ 08046	1-609-267-4304
Burlington Housing Authority 800 Walnut Street Burlington, NJ 08016	1-609-267-4304
Riverside VFW 1125 S. Fairview Street Delran, NJ 08075	1-609-267-4304
Fort Dix/McGuire AFB-Education and Training Center 5240 New Jersey Avenue (Fort Dix Chapel) Fort Dix, NJ 08641	1-609-267-4304
Beverly Housing Authority 100 Magnolia Street Beverly, NJ 08010	1-609-267-4304
<p>Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Burlington, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Burlington%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf</p>	
Condado de Camden	
<p>Programa WIC de Gateway Community Action Partnership Correo electrónico: tricity_wic@gatewaycap.org</p>	
Blackwood Plaza 1111 South Black Horse Pike Blackwood, NJ 08012	1-856-302-1405
Mt Ephraim WIC 2881 Mt. Ephraim Ave., Unit 6-7 Camden, NJ 08104	1-856-225-5050/5051

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercado de productores del condado de Camden, visite: <https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Camden%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf>

Condado de Cape May

Programa WIC de Gateway Community Action Partnership

Correo electrónico: tricity_wic@gatewaycap.org

Cape May WIC
6 Moore Rd.
Cape May, NJ 08210

1-609-465-1224

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Cape May, visite:

<https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Cape%20May%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf>

Condado de Cumberland

Programa WIC de Gateway Community Action Partnership

Correo electrónico: tricity_wic@gatewaycap.org

Bridgeton WIC Office
10 Washington Street
Bridgeton, NJ 08302

1-856-451-5600

Millville WIC
811 West Main Street, Suite F
Millville, NJ 08332

1-856-300-5352

Vineland WIC Office
610 East Montrose Street
Vineland, NJ 08360

1-856-691-4191

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercado de productores del condado de Cumberland, visite: [https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/](https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Cumberland%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf)

[Cumberland%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf](https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Cumberland%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf)

Condado de Gloucester

Programa WIC del condado de Gloucester

Correo electrónico: gctic@co.gloucester.nj.us

Su Plan de Salud

<p>Gloucester County Department of Health & Senior Services 204 East Holly Avenue. Sewell, NJ 08080</p>	<p>1-856-218-4116</p>
<p>Williamstown-Monroe Township Municipal Building 125 Virginia Avenue Williamstown, NJ 08094</p>	<p>1-856-218-4116</p>
<p>West Deptford WIC Office 115 Budd Boulevard West Deptford, NJ 08096</p>	<p>1-856-423-7160</p>
<p>Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercado de productores del condado de Gloucester, visite: https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Gloucester%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf</p>	
<p>Condado de Ocean</p>	
<p>Programa WIC del condado de Ocean Correo electrónico: WIC@ochd.org</p>	
<p>Ocean County WIC Program Ocean County Health Department 175 Sunset Avenue Toms River, NJ 08755</p>	<p>1-732-370-0122</p>
<p>Southern Ocean Resource Center 333 Haywood Avenue Manahawkin, NJ 08050</p>	<p>1-732-370-0122</p>
<p>Ocean Health Initiatives (OHI) 10 Stockton Drive Toms River, NJ 08753</p>	<p>1-732-370-0122</p>
<p>Northern Ocean County Board of Health 1771 Madison Avenue Lakewood, NJ 08701</p>	<p>1-732-370-0122</p>

Ocean Health Initiatives Health Center
101 Second Street
Lakewood, NJ 08701

1-732-370-0122

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Ocean, visite: <https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/OceanCounty%20Farmers%20Market%20List.pdf>

Condado de Salem

Programa WIC de Gateway Community Action Partnership
Correo electrónico: tricity_wic@gatewaycap.org

Salem WIC Office
14 New Market Street
Salem, NJ 08079

1-856-935-8919

Para obtener una lista de las ubicaciones de los mercados de productores del condado de Salem, visite: <https://www.nj.gov/health/fhs/wic/documents/Salem%20County%20Farmers%20Market%20List.pdf>

Para obtener información sobre el Programa de Asistencia de Nutricional Suplementaria (SNAP) de NJ, visite: <https://www.nj.gov/humanservices/njsnap/about/njsnap/#:~:text=What%20is%20NJ%20SNAP.%20New%20Jersey%E2%80%99s%20Supplemental%20Nutrition,that%20can%20keep%20you%20and%20your%20family%20healthy>

Para obtener más información sobre ConnectingNJ, visite: <https://nj.gov/connectingnj/>

Para obtener más información sobre Salud Mental, visite: <https://www.state.nj.us/humanservices/dmhas/home/>

¿Le gustaría amamantar?

Los servicios de lactancia materna (amamantamiento) asisten a las mujeres que desean amamantar. El servicio de asesoramiento, las clases, los extractores de leche y los suministros están disponibles a través de Fidelis Care. También se proporcionan materiales educativos para reforzar una lactancia saludable y exitosa.

Fidelis Care cubre:

- Extractores de leche eléctricos estándar (de grado no hospitalario);
- Extractores de leche manuales; y
- Extractores de leche eléctricos de grado hospitalario (si son médicamente necesarios).

Fidelis Care cubre extractores de leche y suministros. Para obtener una lista de proveedores de extractores de leche, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) o comuníquese con el Administrador de Cuidados de BabySteps.

Hay otras formas en las que puede obtener ayuda:

- Consulte a su obstetra/ginecólogo o partera sobre la lactancia materna y las clases recomendadas;
- Llame al Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) al **1-800-328-3838** (TTY: **711**) para comunicarse con su oficina de WIC local y hablar con un especialista en lactancia. Esta también es la línea de remisiones del médico de WIC, disponible las 24 horas;
- Llame a La Leche League of Garden State al **1-877-452-5324** o visite **<http://www.lllgardenstate.com/local-support.html>**;
- Llame a la Línea Nacional de Ayuda para la Lactancia materna al **1-800-994-9662** (TTY: **711**);
- Llame a la oficina de NJ WIC del estatal al **1-609-292-9560**: o
- Visite el sitio web de NJ WIC en **<https://www.state.nj.us/health/fhs/wic/index.shtml>**.

Dental Care

El cuidado dental es importante para su salud general. No solo ayuda a proteger sus dientes, sino que también puede proteger su salud general.

- Debe consultar a su dentista al menos una vez cada seis meses para exámenes y limpiezas, a menos que su dentista le recomiende otra frecuencia;
- El cuidado dental regular en un consultorio odontológico o en un hogar dental establecido ayuda a proteger sus dientes y su salud general;

- Es importante concertar un examen dental con su Dentista de Cuidado Primario (PCD) apenas se inscriba en nuestro Plan;
- Debe completar el cuidado de seguimiento que recomiende su dentista y acudir a las citas; y
- Además debe realizarse la higiene bucal diaria en el hogar. Su hijo debe realizarse un chequeo dental antes de cumplir los 12 meses o poco después de la aparición del primer diente.

Sus beneficios dentales están cubiertos a través de Liberty Dental Plan, nuestro proveedor de servicios dentales. Con Liberty Dental Plan, un PCD coordinará el cuidado dental. Los miembros de Fidelis Care pueden elegir un PCD en cualquier momento.

Tras la inscripción inicial, Liberty asigna a los miembros de Fidelis Care el PCD más cercano, basándose en factores como el idioma, la preferencia cultural, los antecedentes del miembro o de otro miembro de la familia, etc.

Los miembros de Fidelis Care pueden cambiar su PCD en cualquier momento llamando a Liberty Dental Plan de manera gratuita al **1-888-442-2375** (TTY: **711**). Además, puede encontrar a un dentista para su hijo en **https://client.libertydentalplan.com/wellcare/wellcarenj?_ga=2.65965544.738827712.1638886474-836108195.1637003066**.

También puede usar nuestro *Directorio de Proveedores* para encontrar un dentista pediátrico de nuestra red. También puede utilizar la herramienta *Find a Pharmacy* (Encontrar una Farmacia) en **findaprovider.fideliscarenj.com**. Si desea una copia impresa del *Directorio de Proveedores*, llame a Servicios para Miembros. También podemos ayudar a concertar una cita. Llámenos al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

El Directorio de Dentistas de NJ FamilyCare que tratan a niños menores de 6 años también está en nuestro sitio web. En este directorio, se enumeran los dentistas de nuestra red Fidelis Care y que tratan a los niños de 6 años o menos. Puede encontrarlo en la sección *Directorio de Proveedores* del sitio web en **<https://www.fideliscarenj.com/members/medicaid/nj-familycare.html>**. Simplemente desplácese hacia abajo en la página web y encontrará el directorio.

¿Qué sucede si necesita un servicio, pero no sabe si es más médico que dental? Es posible que necesite cuidado dental que incluya el tratamiento de una afección que pueda ser importante o potencialmente mortal, como una fractura de la mandíbula o la extirpación de un tumor. En estos casos, los servicios prestados por un dentista se considerarán dentales. Los servicios prestados normalmente por parte de un proveedor médico se considerarán servicios médicos.

Su Plan de Salud

Fidelis Care lo ayudará a decidir qué servicios deben ser tratados por un proveedor en lugar de un dentista. También puede pedirle más información a su PCP o PCD. (Por ejemplo, si necesita cirugía para una mandíbula fracturada). Pueden explicarle la diferencia y decirle si es necesaria una aprobación previa para el tratamiento. Si necesita una remisión del médico para un especialista dental o médica, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Algunos servicios dentales deben autorizarse *antes* de su visita. Pregúntele a su dentista si su tratamiento necesita aprobación previa.

Para los siguientes servicios no se necesita autorización previa:

- Evaluación bucal: una cada seis meses (para todas las edades);
- Profilaxis: una cada seis meses (para todas las edades);
- Tratamiento con flúor: uno cada seis meses (para todas las edades);
- Sellantes: cubiertos para los miembros menores de 16 años (molares permanentes y premolares);
- Servicios de restauración: empastes plateados o del color del diente;
- Extracciones simples; o
- Servicios preventivos y de diagnóstico adicionales que están disponibles para miembros con necesidades especiales con documentación de necesidad médica.

Para obtener información sobre las pautas de autorización previa para el tratamiento dental y las pautas de autorización previa para el tratamiento dental para miembros con Necesidades de Atención Médica Especiales (SHCN) en un quirófano (OR) y en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC), consulte la página 83.

Consejos para la salud dental:

Cepílese los dientes dos veces al día;

Use el hilo dental al menos una vez al día;

Visite a su dentista para obtener un examen bucal cada seis meses (o según se le indique); y Complete todo el tratamiento necesario. ¡El cuidado de seguimiento es importante!

Emergencia dental

Puede obtener atención de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si necesita cuidado dental de emergencia, llame a su dentista de inmediato. El sistema de respuesta fuera del horario de atención de su proveedor permite que los miembros puedan comunicarse con un dentista de guardia las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si no puede comunicarse con su dentista o con el servicio de atención telefónica, llame a Liberty Dental al **1-888-442-2375** (TTY: **711**).

La mayoría de las emergencias dentales se tratan mejor en un consultorio odontológico que en la sala de emergencias de un hospital. Una emergencia dental que sería mejor tratada en una sala de emergencias de un hospital incluiría:

- Fractura de mandíbula y/o huesos faciales;
- Mandíbula dislocada;
- Inflamación severa o infección facial oral; o
- Sangrado oral no controlado;

Puede acudir a cualquier dentista para obtener atención de emergencia y aliviar el dolor, tratar una infección o dientes caídos, sueltos o rotos. No necesita una remisión del médico para los servicios de emergencia dentales que ofrece un dentista en un consultorio odontológico o un proveedor en la sala de emergencias. Muestre su tarjeta de ID Fidelis Care para acceder a estos servicios.

Si se encuentra fuera del área de servicios, llame en cualquier momento a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería al **1-800-919-8807** (TTY: **711**) para obtener ayuda con la atención dental de emergencia. Ellos pueden ayudarlo si no tiene un Dentista de Cuidado Primario (PCD) o si no está seguro de tener una afección dental de emergencia.

Las afecciones dentales de emergencia pueden incluir:

- Dientes rotos;
- Pérdida de empaste o corona;
- Dentadura rota;
- Hinchazón facial leve o localizada; y
- Dificultades de dentición
(dientes permanentes o de bebé);
- Dolor dental.

Los servicios dentales que no sean de emergencia solo están cubiertos si los proporciona un dentista dentro de la red. Los servicios que necesitan aprobación previa deben cumplir con las pautas del Plan. Su dentista puede proporcionarle más información sobre la aprobación previa y qué servicios la requieren.

Es importante que realice un seguimiento con su dentista después de cualquier emergencia o atención de urgencia que reciba.

No discriminación por identidad de género

Fidelis Care no discrimina en función de su identidad o expresión de género, o si usted es una persona transgénero.

Las políticas de no discriminación de Fidelis Care prohíben lo siguiente:

- 1.** Rechazar, cancelar, limitar o negar la emisión o renovación de un contrato sobre la base de la identidad o expresión de género de una persona con cobertura o potencial persona con cobertura, o por el hecho de que esta sea una persona transgénero;
- 2.** Solicitar o exigir un pago que se base total o parcialmente en la identidad o expresión de género de una persona con cobertura o potencial persona con cobertura, o por el hecho de que la persona con cobertura o posible persona con cobertura sea una persona transgénero;
- 3.** Designar la identidad o expresión de género como una condición preexistente de una persona con cobertura o una potencial persona con cobertura, o el hecho de que esta se sea una persona transgénero, para negar o limitar la cobertura;
- 4.** Negar o limitar la cobertura, o negar una reclamación, debido a la identidad o expresión de género de una persona con cobertura o potencial persona con cobertura, o al hecho de que esta sea una persona transgénero, para servicios como, por ejemplo, los siguientes:
 - Servicios de cuidado de la salud relacionados con la transición de género si la cobertura está disponible para aquellos servicios conforme al contrato cuando los servicios no estén relacionados con la transición de género, lo que incluye, entre otros, tratamiento de hormonas, histerectomía, mastectomía y terapia de la voz; o
 - Servicios de cuidado de la salud que se encuentran normal o exclusivamente disponibles para las personas de un sexo en particular cuando la negación o limitación se deba únicamente al hecho de que la persona con cobertura está inscrita como perteneciente al otro sexo o porque se haya sometido, o esté en proceso de someterse, a una transición de género.
- 5.** El Plan realiza revisiones para determinar si los servicios son médicamente necesarios.

Revisión y gestión de la utilización: no discriminación por la identidad de género

Al realizar la revisión y gestión de la utilización, Fidelis Care no discrimina en función de la identidad o expresión de género de una persona o si usted es una persona transgénero. Esto incluye lo siguiente:

- 1.** Determinación de la necesidad médica y protocolos de autorización previa para la atención relacionada con la transición se basa en los estándares médicos publicados más recientes establecido por expertos médicos reconocidos a nivel nacional en el campo de la salud transgénero, incluidos los estándares de atención de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero;
- 2.** Fidelis Care no excluye categóricamente la cobertura para un tratamiento específico relacionado con la transición, si este es el único tratamiento médicamente necesario que está disponible para esa persona; y
- 3.** Fidelis Care no establece una exclusión categórica de los servicios específicos de cuidado relacionados con la transición o el tratamiento de la disforia de género, incluidas las exclusiones amplias para solo un subconjunto de personas con cobertura, ni impone controles de utilización que no permitan que se cubra un tratamiento viable para la condición de una persona con cobertura.

Proveedores no participantes y cobertura fuera del área

Fidelis Care entiende que algunos de los procedimientos médicamente necesarios para el cuidado relacionado con la transición requieren proveedores especializados que posiblemente no pertenezcan a la red.

- 1.** Fidelis Care dispone y se encargará, sin costo adicional, de la cobertura de servicios de proveedores no participantes o que se encuentren fuera del área, en tanto los servicios médicamente necesarios solo puedan ser obtenidos en otro lugar, incluso cuando el servicio específico no sea ofrecido por ninguno de los proveedores participantes o cuando los proveedores participantes no cuenten con la capacitación o experiencia adecuadas para satisfacer las necesidades de salud particulares del miembro transgénero; y
- 2.** Fidelis Care coopera con proveedores no participantes a los que accede a elección del miembro, y con los que establece relaciones laborales de cooperación con el fin de aceptar remisiones de estos proveedores para el cuidado médico continuo, la gestión de las necesidades complejas de atención médica, y el intercambio de información de miembros, cuando corresponda, para garantizar la prestación del cuidado necesario

dentro del alcance de este contrato. Fidelis Care no niega la cobertura del cuidado relacionado con la transición, ya sea para un servicio cubierto de diagnóstico, prevención o tratamiento, basándose únicamente en que el diagnóstico haya sido realizado por un proveedor no participante.

Servicios de tratamiento de adicciones en consultorio (OBAT)

Los servicios de Tratamiento de Adicciones en Consultorio y los servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT) en consultorio están disponibles para todas las personas con trastornos de consumo de sustancias.

Estos incluyen lo siguiente:

- Opioide;
- Alcohol; o
- Policonsumo de sustancias.

Fidelis Care tiene una red de proveedores para estos servicios. Los asesores de los trastornos por el consumo de sustancias y otros proveedores similares crean un plan de cuidado personal basado en sus necesidades. Esto se utiliza como una guía para establecer los servicios. Sus proveedores lo ayudan a obtener servicios de apoyo, asesoramiento, servicios sociales, apoyos para la recuperación, educación familiar y/o remisiones para que reciba los niveles de atención adecuados.

El servicio también incluye acceso a apoyo entre pares. Los pares son personas que proporcionan ayuda no clínica y apoyo a lo largo de todas las etapas de recuperación. Lo hacen a través de la experiencia “vivida” del trastorno por consumo de sustancias y la recuperación continua. Los pares están disponibles a través de clínicas independientes y no pueden ser proporcionados por un proveedor/enfermero profesional (APN)/Consultorios para el Tratamiento de Adicciones (OBAT). Los pares ofrecen sus vivencias compartidas para permitir que otros se beneficien de sus experiencias pasadas. Esto ayuda a que el miembro se mantenga limpio.

Programa de administración de enfermedades

Fidelis Care tiene un Programa de Mejora de Cuidado Crónico/Administración de Enfermedades (DM/CCIP). En el programa, se ayuda a las personas (y a sus cuidadores) a administrar las enfermedades de largo plazo. Los participantes del programa reciben información y capacitación sobre la salud. Esto lo ayuda a tomar buenas decisiones y controlar sus afecciones. Esto lo ayudará a mejorar su salud y calidad de vida.

El programa se ofrece a personas con las siguientes afecciones:

Área de enfoque	Temas cubiertos
Asma	<ul style="list-style-type: none">• Cómo entender el asma;• Cómo evitar los desencadenantes;• Formas de autocontrolar el asma, como usar un medidor de flujo máximo o inhalador, o seguir un plan de acción para el asma;• Tomar los medicamentos según las indicaciones del médico;• Aprender la manera correcta de usar los medicamentos de control;• Mantenerse activo;• Mantenerse saludable mediante el seguimiento regular con los proveedores y utilizando recursos y herramientas para controlar el asma; y• Uso del equipo médico duradero según sea necesario.

Área de enfoque	Temas cubiertos
Diabetes	<ul style="list-style-type: none">• Cómo entender la diabetes, como la necesidad de lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">– Pruebas para medir el nivel promedio de azúcar en sangre;– Pruebas de colesterol;– Necesidad de examen ocular anual;– Control de la presión arterial;– Control de enfermedad renal; y– Cuidado de los pies.• Conocer los signos de niveles altos y bajos de azúcar en sangre y cómo actuar ante esto;• Aprender sobre la importancia de la planificación de comidas y establecer objetivos de alimentación saludable;• Mantenerse activo;• Tomar los medicamentos según las indicaciones del médico;• Mantener la salud general a través de pruebas preventivas de detección de diabetes, planificación de días por enfermedad y otras herramientas; y• Uso del equipo médico duradero según sea necesario, por ejemplo, los glucómetros (para controlar el azúcar en la sangre), las básculas y los brazaletes de presión arterial.

Área de enfoque	Temas cubiertos
<p>Enfermedad coronaria (CAD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de la CAD, incluida la necesidad de exámenes de detección del colesterol; • Conocer los síntomas y el tratamiento de la CAD; • Aprender sobre la importancia de tener una dieta baja en sodio y establecer objetivos de alimentación saludable; • Tomar los medicamentos según las indicaciones del médico; • Mantenerse activo; • Mantener la salud general mediante el seguimiento regular con los proveedores y el uso de otras herramientas y recursos; • Control de los factores de riesgo, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> – Fumar; – Colesterol; – Presión arterial; y – Estrés. • Usar equipo médico duradero según sea necesario, como básculas y brazaletes de presión arterial.

Área de enfoque	Temas cubiertos
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	<ul style="list-style-type: none">• Cómo entender la CHF;• Aprender sobre los síntomas y el tratamiento de la CHF;• Aprender sobre la importancia de tener una dieta baja en sodio y establecer objetivos de alimentación saludable;• Tomar los medicamentos según las indicaciones del médico.• Obtener ayuda sobre el uso correcto de los inhibidores de Enzima Convertidora de Angiotensina (inhibidores de la ECA) y bloqueadores de receptor de Angiotensina II (BRA);• Mantenerse activo;• Mantener la salud general mediante el seguimiento regular con los proveedores y el uso de otras herramientas y recursos; y• Usar equipo médico duradero según sea necesario, como básculas y brazaletes de presión arterial.
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)	<ul style="list-style-type: none">• Cómo entender la COPD;• Cómo evitar los desencadenantes;• Formas de automonitoreo mediante el uso de un inhalador;• Tomar los medicamentos según las indicaciones del médico;• Cómo tomar medicamentos de control;• Mantener la salud general mediante el seguimiento regular con los proveedores, abandonar el cigarrillo y el uso de otras herramientas y recursos; y• Uso del equipo médico duradero según sea necesario, por ejemplo, oxígeno.

Área de enfoque	Temas cubiertos
<p>Presión arterial alta (hipertensión)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender sobre la presión arterial alta; • Tratamiento de la presión arterial alta; • Orientación nutricional, como establecer objetivos de alimentación saludable; • Tomar los medicamentos según las indicaciones del médico. • Mantenerse activo; • Mantener la salud general mediante el seguimiento regular con los proveedores y el uso de otras herramientas y recursos; • Control de los factores de riesgo, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> – Tabaquismo; y – Estrés. • Usar equipo médico duradero según sea necesario, como básculas y brazaletes de presión arterial.
<p>Programas para dejar de fumar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre sus desencadenantes del hábito de fumar; • Cómo prepararse para dejar de fumar; • Elaborar un plan para dejar de fumar; • Aprender sobre los métodos para dejar de fumar, incluida la terapia de reemplazo de nicotina (NRT); • Encontrar apoyo a través de grupos o asesoramiento para dejar de fumar; • Cómo pasar el síndrome de abstinencia; y • Cómo mantenerse alejado del hábito.
<p>Control del peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo prepararse para perder peso; • Establecer objetivos para la pérdida de peso; • Diseñar un plan de control de peso; • Aprender sobre la importancia de la nutrición y la alimentación saludable; y • Mantenerse activo.

Su Plan de Salud

Usted y un administrador de cuidados crean un plan de cuidados. El plan de cuidados establece los pasos para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Incluye el aporte de su PCP o PCD y de especialistas. Si la persona que participa en el programa es menor de edad, obtendremos la opinión del cuidador del miembro. Este programa es voluntario. Un proveedor puede referirlo al programa o usted puede hacerlo por sí mismo. Si está inscrito en el programa, puede abandonarlo en cualquier momento.

Para obtener más información sobre el programa, llame al equipo de Administración del Cuidado al **1-844-901-3781** (TTY: **711**).

Recetas

Cuando necesite una receta, su médico se comunicará con la farmacia o le dará una receta por escrito para que la lleve allí. La farmacia puede surtirla por usted, pero si la receta no está incluida en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL), es posible que no esté cubierta.

Deberá obtener sus recetas de farmacias que pertenezcan a la red de nuestro Plan. Para encontrar una farmacia, utilice la herramienta *Find a Provider (Encontrar un Proveedor)* disponible en **findaprovider.fideliscarenj.com**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

En la farmacia, deberá mostrar su tarjeta de ID para retirar los medicamentos. Es posible que algunos medicamentos cubiertos supongan un copago para los miembros del NJ FamilyCare Plan C y D. Consulte la sección *Servicios Cubiertos por Fidelis Care*, que comienza en la página 38, para obtener más información.

Recuerde consultar a su proveedor y farmacéutico sobre medicamentos genéricos. Estos funcionarán de forma similar, pero suelen costar menos.

Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca. Contienen los mismos ingredientes activos, pero generalmente cuestan menos. En algunos casos, es posible que necesitemos que utilice la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca. Sin embargo, si el medicamento de marca es médicamente necesario, el proveedor que le receta puede solicitarnos que lo aprobemos.

Lista de Medicamentos Preferidos

Su beneficio de farmacia tiene una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). Esta es una lista de medicamentos recomendados por proveedores y farmacéuticos. Estos medicamentos son la misma medicina, con equivalencia terapéutica, pero a un costo menor en el programa Medicaid. Nuestros proveedores usan esta lista cuando recetan un medicamento. Nuestra PDL está disponible en www.fideliscarenj.com/members/medicaid/nj-familycare/pharmacy-services.html.

La PDL incluye medicamentos que pueden estar sujetos a:

- Autorización previa;
- Límites de cantidad;
- Terapia escalonada; y
- Límites de edad o género.

Fidelis Care no denegará, cancelará ni limitará ningún beneficio basado únicamente en la identidad o expresión de género de un miembro.

A veces, su proveedor necesitará enviarnos una Solicitud de determinación de cobertura (CDR). Esto es para los medicamentos que deben autorizarse antes de usarlos. También se utiliza para medicamentos que no están en nuestra PDL, pero que son médicamente necesarios. Permitimos a una farmacia darle un suministro de 72 horas de cualquier medicamento que necesite autorización previa, mientras usted espera una decisión sobre la autorización previa. Esto se puede hacer esté o no el medicamento en nuestra PDL.

No cubriremos algunos medicamentos, como:

- Medicamentos utilizados para perder peso;
- Los utilizados para ayudarlo a quedar embarazada;
- Los utilizados para la disfunción eréctil;
- Medicamentos que son para fines cosméticos o que contribuyen al crecimiento del cabello;
- Medicamentos de implementación de estudios de eficacia de drogas (DESI) y medicamentos que son idénticos, relacionados o similares a estos;
- Medicamentos de investigación o uso experimental; y
- Los utilizados para cualquier fin que no sea médicamente aceptado.

En la mayoría de los casos, no necesita autorización previa para los medicamentos con receta que se ordenan por afecciones relacionadas con la salud mental o trastorno por uso de sustancias (SUD). Excepto en casos tales como los siguientes:

- Si el medicamento recetado no se relaciona con sus afecciones de salud del comportamiento o trastorno por uso de sustancias (SUD); o
- Si el medicamento recetado no cumple con las normas del formulario (los que están en nuestra lista).

¿Puedo adquirir cualquier medicamento que desee?

Todos los medicamentos que sus proveedores le receten pueden estar cubiertos si están incluidos en nuestra PDL. Puede necesitar aprobación previa si su proveedor le receta medicamentos que no están en nuestra PDL o realiza un cambio en los medicamentos de su plan de tratamiento.

Algunos medicamentos pueden requerir terapia escalonada. Esto significa que podrá necesitar probar otro medicamento antes de que aprobemos el que pidió su proveedor originalmente. No podemos aprobar el medicamento solicitado si usted no prueba el otro primero, a menos que su proveedor nos diga el motivo por el cual es médicamente necesario que usted tome el otro medicamento. Usted puede apelar nuestra decisión si le negamos el medicamento. Su proveedor puede iniciar este proceso por usted.

Medicamentos de venta libre (OTC)

Usted puede obtener ciertos medicamentos de venta libre (OTC) en la farmacia mediante una receta. Entre algunos de los medicamentos OTC que cubrimos, se incluyen los siguientes:

- Difenhidramina;
- Meclizina;
- Antagonistas de los receptores H2;
- Ibuprofeno;
- Multivitaminas/multivitaminas con hierro;
- Jeringas de insulina;
- Antihistamínicos no sedativos;
- Suplementos de hierro;
- Productos para el cuidado dental, como cepillos de dientes, pasta de dientes, hilo dental, enjuague bucal y otros productos;
- Antifúngicos tópicos;
- Tiras reactivas para pruebas de orina;
- Aspirina recubierta;
- Antiácidos; y
- Inhibidores de la bomba de protones.

Limitación de farmacia

Usted puede ver a diferentes proveedores para su cuidado. Cada proveedor puede recetarle un medicamento diferente. Esto puede ser peligroso. Para ayudarlo con esto, tenemos un programa de Limitación de farmacia.

Este programa ayuda a coordinar sus medicamentos y sus necesidades de cuidado médico. Si consideramos que nuestro programa de limitación de farmacia lo ayudaría, lo restringiremos a una sola farmacia y/o proveedor por un período de tiempo determinado. Le enviaremos una carta si lo hacemos. También le informaremos a su PCP.

Así funciona:

- Usted recibirá todos sus medicamentos con receta de una farmacia y/o de un proveedor. Esto ayuda al farmacéutico a entender sus necesidades de medicamentos con receta.
- Se autorizará un suministro de medicamento de emergencia de 72 horas en farmacias que no sean la farmacia asignada a fin de garantizar la entrega del medicamento necesario; y
- En caso de urgencia o provisional, si la farmacia asignada no tuviera su medicamento, podrá recibir un suministro de emergencia de 72 horas en otra farmacia.

Si está inscrito en el Programa de Limitación, puede cambiar la farmacia y/o el PCP dando razones válidas, ya sea por viaje, mudanza o si su medicamento estuviera agotado en la farmacia asignada. La farmacia no asignada debe comunicarse con el servicio de asistencia de farmacia en su nombre para obtener una anulación temporal. También pueden ayudarlo a obtener una nueva farmacia.

¿Qué sucede si no está de acuerdo con la decisión de limitación? En ese caso, puede presentarnos una apelación llamando al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. O bien, escriba a:

**Fidelis Care
Pharmacy Department
P.O. Box 31397
Tampa, FL 33631-3397**

Tiene hasta 60 días calendario a partir de la fecha en la carta que le enviamos sobre su estado de limitación para solicitar una apelación.

Los miembros del NJ FamilyCare Plan A y ABP también pueden solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid. Los miembros de NJ FamilyCare Plan A y ABP tienen hasta 20 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos sobre su estado de limitación para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid. (Tenga en cuenta que esto es más breve que los 120 días habituales disponibles para solicitar una audiencia imparcial durante otros tipos de apelación). Si planea solicitar una apelación y una audiencia imparcial de Medicaid, debe solicitar ambas al mismo tiempo.

¿Tiene preguntas sobre el programa de limitación? Llámenos al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Transición del cuidado

Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita es importante para nosotros. Trabajaremos con usted para asegurarnos de que reciba sus servicios de atención médica si:

- Abandona otro plan de salud y recién comienza con nosotros;
- Uno de sus proveedores abandona nuestra red;
- Pasa del programa de cargo por servicio (FFS) de Medicaid a nuestro plan; o
- Está entrando en la edad adulta y necesita ayuda para elegir un PCP o PCD para adultos.

Tal vez ya reciba atención de un proveedor que no se encuentra en nuestra red. En este caso, puede seguir recibiendo cuidado de ese proveedor. Esto puede continuar por un período de transición o hasta que su PCP o PCD lo atienda y se cree un plan de atención nuevo.

Transporte

Para coordinar cualquier transporte médico que no sea de emergencia, llame a Modivcare (proveedor de transporte de NJ FamilyCare) al **1-866-527-9933**.

Los servicios de transporte, incluido los vehículos de flora, están cubiertos para todos los miembros, incluso para los miembros de NJ FamilyCare B, C o D. Para cualquier viaje que supere el límite de 20 millas permitido por Medicaid, se envía un formulario de Certificación de Proveedor Cercano (CPC) a la oficina de Medicaid designada o al MCO para que se revise y trate dentro de los 10 días hábiles. Si se aprueba la ubicación de la CPC, se aprueba de por vida. Si se rechaza, se envía una carta de denegación al miembro con la información sobre el proceso de apelación, en caso de que el cliente desee apelar la decisión. Si se presenta y rechaza una apelación, se notifica al miembro sobre la decisión y se le informa sobre el proceso de audiencia imparcial.

Si necesita ayuda para programar un traslado, puede solicitarle ayuda a su PCP o PCD o puede llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros al 1-888-453-2534 (TTY: 711). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

- Todo los traslados deben ser para un servicio médico, como una consulta a un proveedor o diálisis;
- Para citas/consultas en curso, debe solicitar un traslado al menos dos días hábiles antes de necesitarlo;
- Esté listo y a la espera al menos 15 minutos antes de la llegada programada de su transporte; y

- Tenga listo los siguientes detalles cuando llame para pedir un traslado:
 - Su número de ID de NJ FamilyCare, que se encuentra en la tarjeta de ID de Beneficios de Salud (HBID);
 - Su dirección y código postal donde lo irán a buscar;
 - Nombre, número de teléfono y dirección de su proveedor médico;
 - Hora y fecha de la cita; y
 - Una lista de toda necesidad especial de transporte que pueda tener.

Planificación de su cuidado

Deseamos informarle sobre la prevención y planificación de sus necesidades de cuidado.

Servicios de Exámenes de detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)

Los menores de 21 años de edad, incluidos quienes reciben asistencia de Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo, tienen derecho a recibir cualquier servicio médicamente necesario, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Servicios hospitalarios y de proveedores;
- Servicios de cuidado domiciliario (incluidos el cuidado personal y servicios de enfermería privada);
- Equipos y suministros médicos;
- Servicios de rehabilitación;
- Atención de la vista, servicios de audición, y cuidado dental; y
- Cualquier otro tipo de atención correctiva reconocida en virtud de la ley estatal o especificada por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

La cobertura de nuestro Plan para estos servicios médicos se basa en qué necesita y no se limita en cantidad, alcance o duración, independientemente de los límites que, por lo general, se aplican a los miembros de 21 años o más.

Cuando un menor de 21 años requiere un servicio médicamente necesario que no está incluido en el paquete de beneficios estándar, él o su representante autorizado deben llamarnos al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., para que podamos asegurarnos de que el servicio se pueda establecer y ofrecer de la manera correcta.

Para los miembros de NJ FamilyCare B, C y D, la cobertura incluye todos los servicios de diagnóstico y detección preventiva, exámenes médicos, vacunaciones, cuidado dental, cuidado de la vista, examen de detección de plomo y servicios de audición. Sin embargo, la cobertura de los servicios de tratamiento que se identifiquen como necesarios a partir de exámenes o evaluaciones está limitada a los servicios que se incluyen en el paquete de beneficios de nuestro Plan, o a los servicios establecidos a través del programa de Cargo por Servicio (FFS) de Medicaid.

Los servicios cubiertos como EPSDT incluyen lo siguiente:

- Un historial completo de salud y desarrollo, que incluye evaluaciones del desarrollo de la salud física y mental, así como también todos los servicios de diagnóstico y tratamiento que sean médicamente necesarios para corregir o mejorar una afección física o mental identificada durante una consulta de evaluación;
- Un examen físico integral sin ropa, que incluye exámenes de la vista y audición, inspección dental y revisión nutricional;
- Revisión de la salud conductual;
- Tabla de crecimiento y desarrollo;
- Evaluación de la visión, la audición y el lenguaje;
- Salud y educación nutricional;
- Evaluación y análisis de riesgo de plomo en sangre, según sea necesario;
- Inmunizaciones adecuadas para la edad (vacunas);
- Pruebas de laboratorio adecuadas;
- Examen dental de un PCP o PCD y remisión del médico a un dentista para una consulta odontológica antes de cumplir 1 años de edad;
- Remisión del médico a especialistas y tratamiento, según sea necesario;
- Cualquier servicio necesario como parte del plan de tratamiento que aprobemos como médicamente necesario; y
- Consultas dentales preventivas según lo indique su dentista de cuidado primario (PCD), así como todos los servicios de tratamiento necesarios.

El control de niño sano es una parte importante del programa de EPSDT. El PCP del niño:

- Realizará un examen físico completo de pies a cabeza y de salud del comportamiento;
- Le aplicará las vacunas que necesite;
- Le hará los análisis de sangre y orina que necesite;
- Examinará la boca y los dientes del niño;
- Evaluará la tuberculosis (TB) del niño;
- Realizará la prueba del plomo al niño (a los 1 y 2 años y si nunca se ha hecho la prueba y tiene <6 años);
- Le dará consejos de salud y educación basada en la edad del niño;
- Hablará con usted acerca del crecimiento, el desarrollo y los hábitos alimentarios del niño; y
- Medirá la estatura, el peso, la presión arterial, la visión y la audición del niño.

Estos controles rutinarios se realizan a determinadas edades. Consulte la sección de *Pautas de Salud Preventiva para Familias*. Es crucial que el niño reciba estos exámenes. Estos pueden ayudar a identificar cualquier problema de salud antes de que se agudicen. Además, el niño puede recibir las vacunas necesarias.

¿Necesita ayuda para concertar una consulta? Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. ¿Necesita cancelar la cita? Vuelva a programarla tan pronto como le sea posible.

Pautas de Salud Preventiva para Familias

- Hacer uso regular de servicios médicos y dentales preventivos. Hacerlo es una manera importante de mantenerse sano;
- Las consultas familiares al PCP o PCD deben realizarse periódicamente;
- Asegúrese de realizarse los exámenes de detección y las pruebas que su proveedor dice; y
- Además, consulte a su dentista de forma regular dos veces al año (o según se le recomiende) para exámenes bucales, cualquier radiografía necesaria, limpiezas dentales y tratamientos con flúor.

Las pautas en las tablas a continuación muestran recomendaciones sobre cuándo su familia debería realizarse ciertos exámenes, pruebas u otros servicios preventivos. Tenga en cuenta que estas son solo recomendaciones. No sustituyen el criterio de su PCP o PCD. Siempre debe consultar a su PCP o PCD sobre la atención médica que les conviene a usted y a su familia.

Exención de responsabilidad legal: Hable con su(s) proveedor(s) acerca de la atención adecuada para usted. Este material no reemplaza el consejo de su proveedor. Se basa en fuentes externas. Se lo brindamos solo para su información. Además, Fidelis Care no garantiza ningún resultado de salud.

Pautas de inmunización para adultos y pediátricos

Las pautas de las páginas siguientes son pautas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). También puede encontrarlas en www.cdc.gov. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su PCP o PCD o el de su hijo.

2023: Vacunas recomendadas para niños, desde el nacimiento hasta los 6 años

VACUNA	Birth	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	19-23 MESES	2-3 AÑOS	4-6 AÑOS
Vacuna HepB Hepatitis B	HepB	HepB	HepB		HepB						
Vacuna RV* Rotavirus		RV	RV	RV	RV*						
Vacuna DTaP Difteria, tosferina y tétanos		DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP			DTaP
Vacuna contra Hib* <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b		Hib	Hib	Hib	Hib*	Hib					
Vacuna PCV13, PCV15 Enfermedad neumocócica		PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV				
Vacuna IPV Poliomielitis		IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV			IPV
Vacuna contra el COVID-19** Enfermedad del coronavirus 2019								COVID-19**			
Vacuna contra la influenza+ Influenza (gripe)						Influenza (una o dos dosis al año)*					
Vacuna MMR Sarampión, paperas y rubéola						MMR	MMR				MMR
Vacuna contra la varicela Varicela						Varicela	Varicela				Varicela
Vacuna HepA* Hepatitis A						HepA*	HepA*		HepA*		

NOTAS A PIE DE PÁGINA

RV*

Hib*

COVID-19**

La cantidad de dosis recomendadas depende de la edad de su hijo y el tipo de vacuna contra el COVID-19 usada.

Influenza+

Se recomiendan dos dosis con un intervalo de por lo menos 4 semanas para los niños de 6 meses a 8 años de edad que reciban por primera vez la vacuna contra la influenza (gripe) y para algunos otros niños en este grupo de edad.

HepA*

Se requieren 2 dosis de la vacuna HepA para que brinde protección duradera. Las 2 dosis deben administrarse entre los 12 y 23 meses de edad. Debe haber un intervalo de por lo menos 6 meses entre la administración de cada dosis. Los niños de 2 años o más que no hayan recibido 2 dosis de la vacuna HepA deben completar la serie.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. Si su hijo se saltó una vacuna recomendada para su edad, hable con su médico lo antes posible para ver cuándo se la pueden administrar.

2. Si su hijo tiene una afección que lo pone en riesgo de infección (p. ej., enfermedad de células falciformes, infección por el VIH, implantes cocleares) o va a viajar fuera de los Estados Unidos, hable con su médico sobre las vacunas adicionales que podría necesitar.

Hable con el médico de su hijo si tiene preguntas sobre cualquiera de las vacunas recomendadas para su hijo.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention



AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

American Academy of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN
Llame a la línea telefónica gratuita: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
O visite: [cdc.gov/vaccines/parents/index-sp.html](https://www.cdc.gov/vaccines/parents/index-sp.html)

Las enfermedades y las vacunas que las previenen

DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 6 AÑOS

ENFERMEDAD	VACUNA	ENFERMEDAD PROPAGADA POR	SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD	COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD
Hepatitis B	La vacuna HepB protege contra la hepatitis B.	Contacto con sangre o líquidos corporales.	Puede no causar síntomas o causar fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), dolor en las articulaciones.	Infección crónica del hígado, insuficiencia hepática, cáncer de hígado, muerte.
Rotavirus	La vacuna RV protege contra el rotavirus.	Por la boca.	Diarrea, fiebre, vómitos.	Diarrea intensa, deshidratación, muerte.
Difteria	La vacuna DTaP* protege contra la difteria.	Aire, contacto directo.	Dolor de garganta, fiebre leve, debilidad, inflamación de los ganglios del cuello.	Inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, coma, parálisis, muerte.
Tosferina (pertussis)	La vacuna DTaP* protege contra la tosferina (pertussis).	Aire, contacto directo.	Tos intensa, moqueo, apnea (interrupción de la respiración en los bebés).	Neumonía (infección en los pulmones), muerte.
Tétanos	La vacuna DTaP* protege contra el tétanos.	Exposición a través de cortes en la piel.	Rigidez en el cuello y los músculos abdominales, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre.	Fractura de huesos, dificultad para respirar, muerte.
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	La vacuna contra Hib protege contra la <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.	Aire, contacto directo.	Puede no causar síntomas a menos que la bacteria entre en la sangre.	Meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), discapacidad intelectual, epiglottitis (infección que puede ser mortal, que puede bloquear la tráquea y causar problemas respiratorios graves), neumonía (infección en los pulmones), muerte.
Enfermedad neumocócica (PCV13, PCV15)	La vacuna PCV protege contra la enfermedad neumocócica.	Aire, contacto directo.	Puede no causar síntomas o causar neumonía (infección en los pulmones).	Bacteriemia (infección en la sangre), meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), muerte.
Poliomielitis	La vacuna IPV protege contra la poliomielitis.	Aire, contacto directo, por la boca.	Puede no causar síntomas o causar dolor de garganta, fiebre, náuseas, dolor de cabeza.	Parálisis, muerte.
Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)	La vacuna contra el COVID-19 protege contra complicaciones graves por la enfermedad del coronavirus 2019.	Aire, contacto directo.	Puede no causar síntomas o causar fiebre, dolores musculares, dolor de garganta, tos, moqueo, diarrea, vómitos, pérdida reciente del gusto o del olfato.	Neumonía (infección en los pulmones), insuficiencia respiratoria, trombos o coágulos de sangre, lesiones en el hígado, el corazón o los riñones, síndrome inflamatorio multisistémico, síndrome pos-COVID, muerte.
Influenza (gripe)	La vacuna contra la influenza protege contra esta enfermedad.	Aire, contacto directo.	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, fatiga extrema.	Neumonía (infección en los pulmones), bronquitis, sinusitis (infección de los senos paranasales), infecciones de oído, muerte.
Sarampión	La vacuna MMR** protege contra el sarampión.	Aire, contacto directo.	Sarpullido, fiebre, tos, moqueo, conjuntivitis.	Encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte.
Paperas	La vacuna MMR** protege contra las paperas.	Aire, contacto directo.	Inflamación de glándulas salivales (debajo de la mandíbula), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular.	Meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), encefalitis (inflamación del cerebro), inflamación de los testículos o los ovarios, sordera, muerte.
Rubéola	La vacuna MMR** protege contra la rubéola.	Aire, contacto directo.	A veces sarpullido, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos.	Muy grave en las mujeres embarazadas: puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, defectos de nacimiento.
Varicela	La vacuna contra la varicela protege contra esta enfermedad.	Aire, contacto directo.	Sarpullido, cansancio, dolor de cabeza, fiebre.	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones) muerte.
Hepatitis A	La vacuna HepA protege contra la hepatitis A.	Contacto directo, comida o agua contaminada.	Puede no causar síntomas o causar fiebre, dolor de estómago, pérdida del apetito, fatiga, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), orina oscura.	Insuficiencia hepática, artralgia (dolor en las articulaciones), trastornos de los riñones, del páncreas y de la sangre, muerte.

DTaP* La vacuna DTaP combina la protección contra la difteria, el tétanos y la tosferina.

MMR**

La vacuna MMR combina la protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Última actualización en febrero del 2023
CS322257-A • MLS 337794-A

2023: Vacunas recomendadas para los niños desde los 7 hasta los 18 años

	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS
VACUNAS RECOMENDADAS												
Vacuna contra el COVID-19* Enfermedad del coronavirus 2019										COVID-19*		
Vacuna contra la influenza** Influenza (gripe)	Influenza (una o dos dosis al año)**											
Vacuna Tdap Tétanos, difteria y tosferina					Tdap							
Vacuna contra el VPH† Virus del papiloma humano					VPH†							
Vacuna MenACWY Enfermedad meningocócica					MenACWY					MenACWY		
Vacuna MenB Enfermedad meningocócica											MenB	
PONERSE AL DÍA CON LAS VACUNAS INFANTILES DE RUTINA SALTADAS*												
Vacuna MMR Sarampión, paperas y rubéola												
Vacuna contra la varicela												
Vacuna HepA Hepatitis A												
Vacuna HepB Hepatitis B												
Vacuna IPV Poliomielitis												
SOLO EN LOS LUGARES DONDE EL DENGUE SEA COMÚN: DEBE hacerse un análisis de laboratorio para confirmar infección previa por dengue												
Vacuna contra el dengue												Dengue

FOOTNOTES

COVID-19*

La cantidad de dosis recomendadas depende de la edad de su hijo y el tipo de vacuna contra el COVID-19 usada.

Influenza**

Se recomiendan dos dosis con un intervalo de por lo menos 4 semanas para los niños de 6 meses a 8 años de edad que reciban por primera vez la vacuna contra la influenza (gripe) y para algunos otros niños en este grupo de edad.

VPH†

Todas las personas de entre 11 y 12 años deberían ponerse una serie de 2 dosis con un intervalo de entre 6 y 12 meses. Esta serie se puede comenzar cuando tengan 9 años. Se recomienda una serie de 3 dosis para las personas con el sistema inmunitario debilitado o que comiencen la serie después de haber cumplido los 15 años.

MenB

#Edades recomendadas originalmente para las vacunas infantiles de rutina saltadas: serie de 2 dosis de la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola) entre los 12 y 15 meses de edad, y entre los 4 y 6 años; serie de 2 dosis de la vacuna contra la varicela entre los 12 y 15 meses de edad, y entre los 4 y 6 años; serie de 2 dosis de la vacuna HepA (intervalo mínimo: 6 meses) entre los 12 y 23 meses de edad; serie de 3 dosis de la vacuna HepB entre 1 y 2 meses, y entre los 6 y 18 meses de edad; y una serie de 4 dosis de la vacuna contra la poliomielitis a los 2 meses, 4 meses, entre los 6 y 18 meses, y entre los 4 y 6 años.

Dengue

#Edades recomendadas originalmente para las vacunas infantiles de rutina saltadas: serie de 2 dosis de la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola) entre los 12 y 15 meses de edad, y entre los 4 y 6 años; serie de 2 dosis de la vacuna contra la varicela entre los 12 y 15 meses de edad, y entre los 4 y 6 años; serie de 2 dosis de la vacuna HepA (intervalo mínimo: 6 meses) entre los 12 y 23 meses de edad; serie de 3 dosis de la vacuna HepB entre 1 y 2 meses, y entre los 6 y 18 meses de edad; y una serie de 4 dosis de la vacuna contra la poliomielitis a los 2 meses, 4 meses, entre los 6 y 18 meses, y entre los 4 y 6 años.

CLAVE



Indica cuándo la vacuna se recomienda para todas las personas, salvo que el médico le diga que su hijo no puede recibir la vacuna de forma segura.



Indica que la serie de vacunas puede comenzar a esta edad.



Indica que la vacuna se debe administrar si la persona se está poniendo al día con vacunas saltadas. No es necesario volver a iniciar una serie de vacunas, independientemente de la cantidad de tiempo que haya pasado entre las dosis.



Indica que las personas que no estén en mayor riesgo pueden vacunarse si lo desean después de hablar con un médico.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. Si su hijo se saltó una vacuna recomendada para su edad, hable con el médico de su hijo lo antes posible para ver cuándo se la pueden administrar.

2. Si su hijo tiene una afección que lo pone en riesgo de infección, o va a viajar fuera de los Estados Unidos, hable con el médico de su hijo sobre las vacunas adicionales que podría necesitar.

Hable con el médico de su hijo si tiene preguntas sobre cualquiera de las vacunas recomendadas para su hijo.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention



American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN
Llame a la línea telefónica gratuita: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
O visite: cdc.gov/vaccines/parents/index-sp.html

Las enfermedades y las vacunas que las previenen

ENTRE LOS 7 Y 18 AÑOS

ENFERMEDAD	VACUNA	ENFERMEDAD PROPAGADA POR	SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD	COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD
Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)	La vacuna contra el COVID-19 protege contra complicaciones graves por la enfermedad del coronavirus 2019.	Aire, contacto directo.	Puede no causar síntomas o causar fiebre, dolores musculares, dolor de garganta, tos, moqueo, diarrea, vómitos, pérdida reciente del gusto o del olfato.	Neumonía (infección en los pulmones), insuficiencia respiratoria, trombos o coágulos de sangre, lesiones en el hígado, el corazón o los riñones, síndrome inflamatorio multisistémico, síndrome pos-COVID, muerte.
Influenza (gripe)	La vacuna contra la influenza protege contra esta enfermedad.	Aire, contacto directo.	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, fatiga extrema.	Neumonía (infección en los pulmones), bronquitis, sinusitis (infección de los senos paranasales), infecciones de oído, muerte.
Tétanos	Las vacunas Tdap* y Td** protegen contra el tétanos.	Exposición a través de cortes en la piel.	Rigidez en el cuello y los músculos abdominales, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre.	Fractura de huesos, dificultad para respirar, muerte.
Difteria	Las vacunas Tdap* y Td** protegen contra la difteria.	Aire, contacto directo.	Dolor de garganta, fiebre leve, debilidad, inflamación de los ganglios del cuello.	Inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, coma, parálisis, muerte.
Tosferina (pertussis)	La vacuna Tdap* protege contra la tosferina (<i>pertussis</i>).	Aire, contacto directo.	Tos intensa, moqueo, apnea (interrupción de la respiración en los bebés).	Neumonía (infección en los pulmones), muerte.
Virus del papiloma humano	La vacuna contra el VPH protege contra el virus del papiloma humano.	Contacto directo con la piel.	Puede no causar síntomas o causar verrugas genitales.	Cáncer de cuello uterino, vaginal, de vulva, de pene, anal, orofaríngeo.
Enfermedad meningocócica	Las vacunas MenACWY y MenB protegen contra la enfermedad meningocócica.	Aire, contacto directo.	Aparición repentina de fiebre, dolor de cabeza y rigidez de cuello, sarpullido oscuro de color morado.	Pérdida de extremidades, sordera, trastornos del sistema nervioso, discapacidades del desarrollo, trastornos convulsivos, accidentes cerebrovasculares, muerte.
Sarampión	La vacuna MMR† protege contra el sarampión.	Aire, contacto directo.	Sarpullido, fiebre, tos, moqueo, conjuntivitis.	Encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte.
Paperas	La vacuna MMR† protege contra las paperas.	Aire, contacto directo.	Inflamación de glándulas salivales (debajo de la mandíbula), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular.	Meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), encefalitis (inflamación del cerebro), inflamación de los testículos o los ovarios, sordera, muerte.
Rubéola	La vacuna MMR† protege contra la rubéola.	Aire, contacto directo.	A veces sarpullido, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos.	Muy grave en las mujeres embarazadas: puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, defectos de nacimiento.
Varicela	La vacuna contra la varicela protege contra esta enfermedad.	Aire, contacto directo.	Sarpullido, cansancio, dolor de cabeza, fiebre.	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones) muerte.
Hepatitis A	La vacuna HepA protege contra la hepatitis A.	Contacto directo, comida o agua contaminada.	Puede no causar síntomas o causar fiebre, dolor de estómago, pérdida del apetito, fatiga, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), orina oscura.	Insuficiencia hepática, artralgia (dolor en las articulaciones), trastornos de los riñones, del páncreas y de la sangre, muerte.
Hepatitis B	La vacuna HepB protege contra la hepatitis B.	Contacto con sangre o líquidos corporales.	Puede no causar síntomas o causar fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), dolor en las articulaciones.	Infección crónica del hígado, insuficiencia hepática, cáncer de hígado, muerte.
Poliomielitis	La vacuna IPV protege contra la poliomiélitis.	Aire, contacto directo, por la boca.	Puede no causar síntomas o causar dolor de garganta, fiebre, náuseas, dolor de cabeza.	Parálisis, muerte.
Dengue	La vacuna contra el dengue* protege contra esta enfermedad.	Picadura de un mosquito infectado.	Puede no causar síntomas o causar fiebre, dolor de cabeza, dolor detrás de los ojos, sarpullido, dolor en las articulaciones, dolores corporales, náuseas, pérdida del apetito, sentirse cansado, dolor abdominal.	Hemorragia intensa, convulsiones, <i>shock</i> , daño al hígado, al corazón o a los pulmones, muerte.

Tdap* La vacuna Tdap combina la protección contra la difteria, el tétanos y la tosferina.

Td** La vacuna Td combina la protección contra la difteria y el tétanos.

MMR†

La vacuna MMR combina la protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Dengue*

Se recomienda en los lugares donde el dengue es común.

Última actualización en febrero del 2023
CS322257-B • MLS 337794-A

COVID-19 vaccination recommendations have changed. Find the latest recommendations at www.cdc.gov/covidsschedule

Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger

UNITED STATES
2023

Vaccines in the Child and Adolescent Immunization Schedule*

Vaccine	Abbreviation(s)	Trade name(s)
COVID-19	1vCOV-mRNA	Comirnaty [®] /Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Spikevax [®] /Moderna COVID-19 Vaccine
	2vCOV-mRNA	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine, Bivalent Moderna COVID-19 Vaccine, Bivalent Novavax COVID-19 Vaccine
	1vCOV-aPS	Novavax COVID-19 Vaccine
Dengue vaccine	DEN4CYD	Dengvaxia [®]
Diphtheria, tetanus, and acellular pertussis vaccine	DTap	Daptacel [®] Infanrix [®]
Diphtheria, tetanus vaccine	DT	No trade name
<i>Haemophilus influenzae</i> type b vaccine	Hib (PRP-T)	ActHib [®] Hiberix [®] PedvaxHIB [®]
Hepatitis A vaccine	HepA	Havrix [®] Vaqta [®]
Hepatitis B vaccine	HepB	Engerix-B [®] Recombivax HB [®]
Human papillomavirus vaccine	HPV	Gardasil 9 [®]
Influenza vaccine (inactivated)	IIV4	Multiple
Influenza vaccine (live, attenuated)	LAIV4	FluMist [®] Quadrivalent
Measles, mumps, and rubella vaccine	MMR	M-M-R II [®] Priorix [®]
Meningococcal serogroups A, C, W, Y vaccine	MenACWY-D	Menactra [®]
	MenACWY-CRM	Menveo [®]
	MenACWY-TT	MenQuadfi [®]
Meningococcal serogroup B vaccine	MenB-4C	Bexsero [®]
	MenB-FHbp	Trumenba [®]
Pneumococcal conjugate vaccine	PCV13	Prevnar 13 [®]
	PCV15	Vaxneuvance [™]
Pneumococcal polysaccharide vaccine	PPSV23	Pneumovax 23 [®]
Poliovirus vaccine (inactivated)	IPV	IPOL [®]
Rotavirus vaccine	RV1	Rotarix [®]
	RV5	RotaTeq [®]
Tetanus, diphtheria, and acellular pertussis vaccine	Tdap	Adacel [®] Boostrix [®]
Tetanus and diphtheria vaccine	Td	Tenivac [®] Tdva [™]
Varicella vaccine	VAR	Varivax [®]
Combination vaccines (use combination vaccines instead of separate injections when appropriate)		
DTap, hepatitis B, and inactivated poliovirus vaccine	DTaP-HepB-IPV	Pediarix [®]
DTaP, inactivated poliovirus, and <i>Haemophilus influenzae</i> type b vaccine	DTaP-IPV/Hib	Pentacel [®]
DTaP and inactivated poliovirus vaccine	DTaP-IPV	Kinrix [®] Quadriacel [®]
DTaP, inactivated poliovirus, <i>Haemophilus influenzae</i> type b, and hepatitis B vaccine	DTaP-IPV-Hib-HepB	Vaxelis [®]
Measles, mumps, rubella, and varicella vaccine	MMRV	ProQuad [®]

*Administer recommended vaccines if immunization history is incomplete or unknown. Do not restart or add doses to vaccine series for extended intervals between doses. When a vaccine is not administered at the recommended age, administer at a subsequent visit. The use of trade names is for identification purposes only and does not imply endorsement by the ACIP or CDC.

How to use the child and adolescent immunization schedule

- 1** Determine recommended vaccine by age (Table 1)
- 2** Determine recommended interval for catch-up vaccination (Table 2)
- 3** Assess need for additional recommended vaccines by medical condition or other indication (Table 3)
- 4** Review vaccine types, frequencies, intervals, and considerations for special situations (Notes)
- 5** Review vaccine contraindications and precautions for vaccine types (Appendix)

Recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (www.cdc.gov/vaccines/acip) and approved by the Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov), American Academy of Pediatrics (www.aap.org), American Academy of Family Physicians (www.aafp.org), American College of Obstetricians and Gynecologists (www.acog.org), American College of Nurse-Midwives (www.midwife.org), American Academy of Physician Associates (www.aapa.org), and National Association of Pediatric Nurse Practitioners (www.napnap.org).

Report

- Suspected cases of reportable vaccine-preventable diseases or outbreaks to your state or local health department
- Clinically significant adverse events to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) at www.vaers.hhs.gov or 800-822-7967

Questions or comments

Contact www.cdc.gov/cdc-info or 800-CDC-INFO (800-232-4636), in English or Spanish, 8 a.m.–8 p.m. ET, Monday through Friday, excluding holidays



Download the CDC Vaccine Schedules app for providers at www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/schedule-app.html

Helpful information

- Complete Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html
- General Best Practice Guidelines for Immunization (including contraindications and precautions): www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html
- Vaccine information statements: www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html
- Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases (including case identification and outbreak response): www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual
- ACIP Shared Clinical Decision-Making Recommendations www.cdc.gov/vaccines/acip/acip-scdm-faqs.html

Scan QR code for access to online schedule



CS310020-C



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Table 1

COVID-19 vaccination recommendations have changed. Find the latest recommendations at www.cdc.gov/covidschedule Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger, United States, 2023

These recommendations must be read with the notes that follow. For those who fall behind or start late, provide catch-up vaccination at the earliest opportunity as indicated by the green bars. To determine minimum intervals between doses, see the catch-up schedule (Table 2).

Vaccine	Birth	1 mo	2 mos	4 mos	6 mos	9 mos	12 mos	15 mos	18 mos	19–23 mos	2–3 yrs	4–6 yrs	7–10 yrs	11–12 yrs	13–15 yrs	16 yrs	17–18 yrs
Hepatitis B (HepB)	1 st dose	← 2 nd dose →															
Rotavirus (RV): RV1 (2-dose series), RV5 (3-dose series)			1 st dose	2 nd dose	See Notes												
Diphtheria, tetanus, acellular pertussis (DTaP <7 yrs)			1 st dose	2 nd dose	3 rd dose			← 4 th dose →				5 th dose					
Haemophilus influenzae type b (Hib)			1 st dose	2 nd dose	See Notes			← 3 rd or 4 th dose, See Notes →									
Pneumococcal conjugate (PCV13, PCV15)			1 st dose	2 nd dose	3 rd dose			← 4 th dose →									
Inactivated poliovirus (IPV <18 yrs)			1 st dose	2 nd dose	← 3 rd dose →							4 th dose					See Notes
COVID-19 (1vCOV-mRNA, 2vCOV-mRNA, 1vCOV-aps)																	
Influenza (IIV4)																	
Influenza (LAIV4)																	
Measles, mumps, rubella (MMR)					See Notes			← 1 st dose →					2 nd dose				
Varicella (VAR)								← 1 st dose →					2 nd dose				
Hepatitis A (HepA)					See Notes												
Tetanus, diphtheria, acellular pertussis (Tdap ≥7 yrs)																	1 dose
Human papillomavirus (HPV)																	
Meningococcal (MenACWY-D ≥9 mos, MenACWY-CRM ≥2 mos, MenACWY-TT ≥2years)																	
Meningococcal B (MenB-4C, MenB-FHbp)																	
Pneumococcal polysaccharide (PPSV23)																	
Dengue (DEN4CYD; 9–16 yrs)																	

Range of recommended ages for catch-up vaccination
 Range of recommended ages for certain high-risk groups
 Recommended vaccination can begin in this age group
 Recommended vaccination based on shared clinical decision-making
 No recommendation/not applicable
 Seropositive in endemic dengue areas (See Notes)

Table 2

Recommended Catch-up Immunization Schedule for Children and Adolescents Who Start Late or Who Are More than 1 Month Behind, United States, 2023

The table below provides catch-up schedules and minimum intervals between doses for children whose vaccinations have been delayed. A vaccine series does not need to be restarted, regardless of the time that has elapsed between doses. Use the section appropriate for the child's age. **Always use this table in conjunction with Table 1 and the Notes that follow.**

Vaccine	Minimum Interval Between Doses				
	Minimum Age for Dose 1	Dose 1 to Dose 2	Dose 2 to Dose 3	Dose 3 to Dose 4	Dose 4 to Dose 5
Hepatitis B	Birth	4 weeks	8 weeks and at least 16 weeks after first dose minimum age for the final dose is 24 weeks		
Rotavirus	6 weeks Maximum age for first dose is 14 weeks, 6 days.	4 weeks	4 weeks maximum age for final dose is 8 months, 0 days		
Diphtheria, tetanus, and acellular pertussis	6 weeks	4 weeks	4 weeks	6 months	6 months
<i>Haemophilus influenzae</i> type b	6 weeks	No further doses needed if first dose was administered at age 15 months or older; 4 weeks if first dose was administered before the 1 st birthday; 8 weeks (as final dose) if first dose was administered at age 12 through 14 months.	No further doses needed if previous dose was administered at age 15 months or older 4 weeks if current age is younger than 12 months and first dose was administered at younger than age 7 months and at least 1 previous dose was PRP-T (ActHib [®] , Pentacel [®] , Hibberix [®] , Hibberix [®] , Vaxelis [®] or unknown) 8 weeks and age 12 through 59 months (as final dose) if current age is younger than 12 months and first dose was administered at age 7 through 11 months; OR if current age is 12 through 59 months and first dose was administered before the 1 st birthday and second dose was administered at younger than 15 months; OR if both doses were PedvaxHIB [®] and were administered before the 1st birthday	8 weeks (as final dose) This dose only necessary for children age 12 through 59 months who received 3 doses before the 1 st birthday.	
Pneumococcal conjugate	6 weeks	No further doses needed for healthy children if first dose was administered at age 24 months or older 4 weeks if first dose was administered before the 1 st birthday 8 weeks (as final dose for healthy children) if first dose was administered at the 1 st birthday or after	No further doses needed for healthy children if previous dose was administered at age 24 months or older 4 weeks if current age is younger than 12 months and previous dose was administered at <7 months old 8 weeks (as final dose for healthy children) if previous dose was administered between 7–11 months (wait until at least 12 months old); OR if current age is 12 months or older and at least 1 dose was administered before age 12 months	8 weeks (as final dose) this dose is only necessary for children aged 12 through 59 months regardless of risk, or age 60 through 71 months with any risk, who received 3 doses before age 12 months.	
Inactivated poliovirus	6 weeks	4 weeks	4 weeks if current age is <4 years 6 months (as final dose) if current age is 4 years or older	6 months (minimum age 4 years for final dose)	
Measles, mumps, rubella	12 months	4 weeks			
Varicella	12 months	3 months			
Hepatitis A	12 months	6 months			
Meningococcal ACWY	2 months MenACWY-CRM 9 months MenACWY-D 2 years MenACWY-TT	8 weeks			See Notes
Children and adolescents age 7 through 18 years					
Meningococcal ACWY	Not applicable (N/A)	8 weeks			
Tetanus, diphtheria, tetanus, diphtheria, and acellular pertussis	7 years	4 weeks	4 weeks if first dose of DTaP/DT was administered before the 1 st birthday 6 months (as final dose) if first dose of DTaP/DT or Tdap/Td was administered at or after the 1 st birthday	6 months if first dose of DTaP/DT was administered before the 1 st birthday	
Human papillomavirus	9 years	Routine dosing intervals are recommended.			
Hepatitis A	N/A	6 months			
Hepatitis B	N/A	4 weeks			
Inactivated poliovirus	N/A	4 weeks	8 weeks and at least 16 weeks after first dose 6 months if a fourth dose is not necessary if the third dose was administered at age 4 years or older and at least 6 months after the previous dose.		
Measles, mumps, rubella	N/A	4 weeks			
Varicella	N/A	3 months if younger than age 13 years. 4 weeks if age 13 years or older			
Dengue	9 years	6 months			

Table 3

Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule by Medical Indication, United States, 2023

Always use this table in conjunction with Table 1 and the Notes that follow.

VACCINE	INDICATION									
	Pregnancy	Immunocompromised status (excluding HIV infection)	HIV infection CD4+ counta	Kidney failure, end-stage renal disease, or on hemodialysis	Heart disease or chronic lung disease	CSF leak or cochlear implant	Asplenia or persistent complement component deficiencies	Chronic liver disease	Diabetes	
		<15% or total CD4 cell count of <200/mm ³	≥15% and total CD4 cell count of ≥200/mm ³							
Hepatitis B										
Rotavirus		SCID ^b								
Diphtheria, tetanus, and acellular pertussis (DTaP)										
<i>Haemophilus influenzae</i> type b										
Pneumococcal conjugate										
Inactivated poliovirus										
COVID-19		See Notes	See Notes							
Influenza (IIV4)										
Influenza (LAIV4)					Asthma, wheezing: 2–4yrs ^c					
Measles, mumps, rubella	*									
Varicella	*									
Hepatitis A										
Tetanus, diphtheria, and acellular pertussis (Tdap)										
Human papillomavirus	*									
Meningococcal ACWY										
Meningococcal B										
Pneumococcal polysaccharide										
Dengue										

Vaccination according to the routine schedule recommended
 Recommended for persons with an additional risk factor for which the vaccine would be indicated
 Vaccination is recommended, and additional doses may be necessary based on medical condition or vaccine. See Notes.
 Precaution—vaccine might be indicated if benefit of protection outweighs risk of adverse reaction
 Contraindicated or not recommended—vaccine should not be administered
 *vaccinate after pregnancy
 No recommendation/not applicable

a. For additional information regarding HIV laboratory parameters and use of live vaccines, see the *General Best Practice Guidelines for Immunization*, "Altered Immunocompetence," at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html and Table 4-1 (footnote J) at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.
 b. Severe Combined Immunodeficiency
 c. LAIV4 contraindicated for children 2–4 years of age with asthma or wheezing during the preceding 12 months

Notes

COVID-19 vaccination recommendations have changed. Find the latest recommendations at www.cdc.gov/covidschedule Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger, United States, 2023

For vaccination recommendations for persons ages 19 years or older, see the Recommended Adult Immunization Schedule, 2023.

Additional information

- Consult relevant ACIP statements for detailed recommendations at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.
- For calculating intervals between doses, 4 weeks = 28 days. Intervals of ≥4 months are determined by calendar months.
- Within a number range (e.g., 12–18), a dash (–) should be read as “through.”
- Vaccine doses administered ≤4 days before the minimum age or interval are considered valid. Doses of any vaccine administered ≥5 days earlier than the minimum age or minimum interval should not be counted as valid and should be repeated as age appropriate. **The repeat dose should be spaced after the invalid dose by the recommended minimum interval.** For further details, see Table 3-2, Recommended and minimum ages and intervals between vaccine doses, in *General Best Practice Guidelines for Immunization* at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.html.
- Information on travel vaccination requirements and recommendations is available at www.cdc.gov/travel/.
- For vaccination of persons with immunodeficiencies, see Table 8-1, Vaccination of persons with primary and secondary immunodeficiencies, in *General Best Practice Guidelines for Immunization* at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html, and immunization in Special Clinical Circumstances (In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield Ruth, Sawyer MH, eds. *Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 32nd ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021:72–86).
- For information about vaccination in the setting of a vaccine-preventable disease outbreak, contact your state or local health department.

• The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a no-fault alternative to the traditional legal system for resolving vaccine injury claims. All vaccines included in the child and adolescent vaccine schedule are covered by VICP except dengue, PPSV23, and COVID-19 vaccines. COVID-19 vaccines that are authorized or approved by the FDA are covered by the Countermeasures Injury Compensation Program (CICP). For more information, see www.hrsa.gov/vaccinecompensation or www.hrsa.gov/cicp.

COVID-19 vaccination

(minimum age: 6 months [Moderna and Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccines], 12 years [Novavax COVID-19 Vaccine])

Routine vaccination

- **Primary series:**
 - **Age 6 months–4 years:** 2-dose series at 0, 4–8 weeks (Moderna) or 3-dose series at 0, 3–8, 11–16 weeks (Pfizer-BioNTech)
 - **Age 5–11 years:** 2-dose series at 0, 4–8 weeks (Moderna) or 2-dose series at 0, 3–8 weeks (Pfizer-BioNTech)
 - **Age 12–18 years:** 2-dose series at 0, 4–8 weeks (Moderna) or 2-dose series at 0, 3–8 weeks (Novavax, Pfizer-BioNTech) or 2-dose series at 0, 3–8 weeks (Pfizer-BioNTech)
- For **booster dose recommendations** see www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/interim-considerations-us.html

Special situations

Persons who are moderately or severely immunocompromised

- **Primary series**
 - **Age 6 months–4 years:** 3-dose series at 0, 4, 8 weeks (Moderna) or 3-dose series at 0, 3, 11 weeks (Pfizer-BioNTech)
 - **Age 5–11 years:** 3-dose series at 0, 4, 8 weeks (Moderna) or 3-dose series at 0, 3, 7 weeks (Pfizer-BioNTech)
 - **Age 12–18 years:** 3-dose series at 0, 4, 8 weeks (Moderna) or 2-dose series at 0, 3 weeks (Novavax) or 3-dose series at 0, 3, 7 weeks (Pfizer-BioNTech)

• **Booster dose:** see www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/interim-considerations-us.html

• **Pre-exposure prophylaxis** (monoclonal antibodies) may be considered to complement COVID-19 vaccination. See www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/interim-considerations-us.html#immunocompromised

For Janssen COVID-19 Vaccine recipients see COVID-19 schedule at www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/interim-considerations-us.html

Note: Administer an age-appropriate vaccine product for each dose. Current COVID-19 schedule and dosage formulation available at www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/covid-19-immunization-schedule-ages-6months-older. For more information on Emergency Use Authorization (EUA) indications for COVID-19 vaccines, see www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/covid-19-vaccines.

Dengue vaccination

(minimum age: 9 years)

Routine vaccination

- Age 9–16 years living in areas with endemic dengue **AND** have laboratory confirmation of previous dengue infection
- 3-dose series administered at 0, 6, and 12 months
- Endemic areas include Puerto Rico, American Samoa, US Virgin Islands, Federated States of Micronesia, Republic of Marshall Islands, and the Republic of Palau. For updated guidance on dengue endemic areas and pre-vaccination laboratory testing see www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7006a1.htm?s_cid=rr7006a1_w and www.cdc.gov/dengue/vaccine/hcp/index.html
- Dengue vaccine should not be administered to children traveling to or visiting endemic dengue areas.

Diphtheria, tetanus, and pertussis (DTaP) vaccination (minimum age: 6 weeks [4 years for Kinrix® or Quadtracel®])

Routine vaccination

- 5-dose series at age 2, 4, 6, 15–18 months, 4–6 years
- **Prospectively:** Dose 4 may be administered as early as age 12 months if at least 6 months have elapsed since dose 3.
- **Retrospectively:** A 4th dose that was inadvertently administered as early as age 12 months may be counted if at least 4 months have elapsed since dose 3.

Catch-up vaccination

- Dose 5 is not necessary if dose 4 was administered at age 4 years or older and at least 6 months after dose 3.
- For other catch-up guidance, see Table 2.

Special situations

- **Wound management** in children less than age 7 years with history of 3 or more doses of tetanus-toxoid-containing vaccine: For all wounds except clean and minor wounds, administer DTaP if more than 5 years since last dose of tetanus-toxoid-containing vaccine. For detailed information, see www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6702a1.htm.

Notes

Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger, United States, 2023

Haemophilus influenzae type b vaccination (minimum age: 6 weeks)

Routine vaccination

- **ActHIB[®], Hibberix[®], Pentacel[®], or Vaxelis[®]:** 4-dose series (3-dose primary series at age 2, 4, and 6 months, followed by a booster dose* at age 12–15 months)
 - *Vaxelis[®] is not recommended for use as a booster dose.
- A different Hib-containing vaccine should be used for the booster dose.
- **PedvaxHIB[®]:** 3-dose series (2-dose primary series at age 2 and 4 months, followed by a booster dose at age 12–15 months)

Catch-up vaccination

- **Dose 1 at age 7–11 months:** Administer dose 2 at least 4 weeks later and dose 3 (final dose) at age 12–15 months or 8 weeks after dose 2 (whichever is later).
- **Dose 1 at age 12–14 months:** Administer dose 2 (final dose) at least 8 weeks after dose 1.
- **Dose 1 before age 12 months and dose 2 before age 15 months:** Administer dose 3 (final dose) at least 8 weeks after dose 2.
- **2 doses of PedvaxHIB[®] before age 12 months:** Administer dose 3 (final dose) at age 12–59 months and at least 8 weeks after dose 2.
- **1 dose administered at age 15 months or older:** No further doses needed
- **Unvaccinated at age 15–59 months:** Administer 1 dose.
- **Previously unvaccinated children age 60 months or older who are not considered high risk:** Do not require catch-up vaccination

For other catch-up guidance, see Table 2. Vaxelis[®] can be used for catch-up vaccination in children less than age 5 years. Follow the catch-up schedule even if Vaxelis[®] is used for one or more doses. For detailed information on use of Vaxelis[®] see www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6905a5.htm.

Special situations

- **Chemotherapy or radiation treatment:**
Age 12–59 months
 - Unvaccinated or only 1 dose before age 12 months: 2 doses, 8 weeks apart
 - 2 or more doses before age 12 months: 1 dose at least 8 weeks after previous dose
- Doses administered within 14 days of starting therapy or during therapy should be repeated at least 3 months after therapy completion.*

• Hematopoietic stem cell transplant (HSCT):

- 3-dose series 4 weeks apart starting 6 to 12 months after successful transplant, regardless of Hib vaccination history

• Anatomic or functional asplenia (including sickle cell disease):

Age 12–59 months

- Unvaccinated or only 1 dose before age 12 months: 2 doses, 8 weeks apart
- 2 or more doses before age 12 months: 1 dose at least 8 weeks after previous dose

Unvaccinated persons age 5 years or older*

- 1 dose

• Elective splenectomy:

Unvaccinated persons age 15 months or older*

- 1 dose (preferably at least 14 days before procedure)

• HIV infection:

Age 12–59 months

- Unvaccinated or only 1 dose before age 12 months: 2 doses, 8 weeks apart
- 2 or more doses before age 12 months: 1 dose at least 8 weeks after previous dose

Unvaccinated persons age 5–18 years*

- 1 dose

• Immunoglobulin deficiency, early component complement deficiency:

Age 12–59 months

- Unvaccinated or only 1 dose before age 12 months: 2 doses, 8 weeks apart
- 2 or more doses before age 12 months: 1 dose at least 8 weeks after previous dose

*Unvaccinated = Less than routine series (through age 14 months) OR no doses (age 15 months or older)

Hepatitis A vaccination (minimum age: 12 months for routine vaccination)

Routine vaccination

• 2-dose series (minimum interval: 6 months) at age 12–23 months

Catch-up vaccination

- Unvaccinated persons through age 18 years should complete a 2-dose series (minimum interval: 6 months).
- Persons who previously received 1 dose at age 12 months or older should receive dose 2 at least 6 months after dose 1.

- Adolescents age 18 years or older may receive the combined HepA and HepB vaccine, **Twinrix[®]**, as a 3-dose series (0, 1, and 6 months) or 4-dose series (3 doses at 0, 7, and 21–30 days, followed by a booster dose at 12 months).

International travel

- Persons traveling to or working in countries with high or intermediate endemic hepatitis A (www.cdc.gov/travel/):
 - **Infants age 6–11 months:** 1 dose before departure; revaccinate with 2 doses (separated by at least 6 months) between age 12–23 months.
 - **Unvaccinated age 12 months or older:** Administer dose 1 as soon as travel is considered.

Hepatitis B vaccination (minimum age: birth)

Routine vaccination

- 3-dose series at age 0, 1–2, 6–18 months (**use monovalent HepB vaccine for doses administered before age 6 weeks**)
 - Birth weight $\geq 2,000$ grams: 1 dose within 24 hours of birth if medically stable
 - Birth weight $< 2,000$ grams: 1 dose at chronological age 1 month or hospital discharge (whichever is earlier and even if weight is still $< 2,000$ grams).
- Infants who did not receive a birth dose should begin the series as soon as possible (see Table 2 for minimum intervals).
- Administration of 4 doses is permitted when a combination vaccine containing HepB is used after the birth dose.
- **Minimum intervals (see Table 2):** when 4 doses are administered, substitute “dose 4” for “dose 3” in these calculations
- **Final (3rd or 4th) dose:** age 6–18 months (**minimum age 24 weeks**)

• Mother is HBsAg-positive

- **Birth dose (monovalent HepB vaccine only):** administer **HepB vaccine** and **hepatitis B immune globulin (HBIG)** (in separate limbs) within 12 hours of birth, regardless of birth weight.
- **Birth weight < 2000 grams:** administer 3 additional doses of HepB vaccine beginning at age 1 month (total of 4 doses)
- **Final (3rd or 4th) dose:** administer at age 6 months (**minimum age 24 weeks**)
 - Test for HBsAg and anti-HBs at age 9–12 months. If HepB series is delayed, test 1–2 months after final dose. Do not test before age 9 months.

Notes

Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger, United States, 2023

• **Mother is HBsAg-unknown**

If other evidence suggestive of maternal hepatitis B infection exists (e.g., presence of HBV DNA, HBeAg-positive, or mother known to have chronic hepatitis B infection), manage infant as if mother is HBsAg-positive

- **Birth dose (monovalent HepB vaccine only):**

- Birth weight $\geq 2,000$ grams: administer **HepB vaccine** within 12 hours of birth. Determine mother's HBsAg status as soon as possible. If mother is determined to be HBsAg-positive, administer **HBIG** as soon as possible (in separate limb), but no later than 7 days of age.

- Birth weight $< 2,000$ grams: administer **HepB vaccine** and **HBIG** (in separate limbs) within 12 hours of birth.

Administer 3 additional doses of **HepB vaccine** beginning at age 1 month (total of 4 doses)

- **Final (3rd or 4th) dose:** administer at age 6 months (minimum age 24 weeks)

- If mother is determined to be HBsAg-positive or if status remains unknown, test for HBsAg and anti-HBs at age 9–12 months. If HepB series is delayed, test 1–2 months after final dose. Do not test before age 9 months.

Catch-up vaccination

- Unvaccinated persons should complete a 3-dose series at 0, 1–2, 6 months. See Table 2 for minimum intervals
- Adolescents age 11–15 years may use an alternative 2-dose schedule with at least 4 months between doses (adult formulation **Recombivax HB**® only).
- Adolescents age 18 years or older may receive:
 - **HepHisv-B**®: 2-dose series at least 4 weeks apart
 - **PreHevbrio**®: 3-dose series at 0, 1, and 6 months
 - Combined HepA and HepB vaccine, **Twinrix**®: 3-dose series (0, 1, and 6 months) or 4-dose series (3 doses at 0, 7, and 21–30 days, followed by a booster dose at 12 months).

Special situations

- Revaccination is not generally recommended for persons with a normal immune status who were vaccinated as infants, children, adolescents, or adults.
- **Post-vaccination serology testing and revaccination** (if anti-HBs < 10 mIU/mL) is recommended for certain populations, including:
 - Infants born to HBsAg-positive mothers
 - Persons who are predialysis or on maintenance dialysis
 - Other immunocompromised persons
 - For detailed revaccination recommendations, see www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/hepb.html.

Note: HepHisv-B and PreHevbrio are not recommended in pregnancy due to lack of safety data in pregnant persons

Human papillomavirus vaccination

(minimum age: 9 years)

Routine and catch-up vaccination

- HPV vaccination routinely recommended at **age 11–12 years (can start at age 9 years)** and catch-up HPV vaccination recommended for all persons through age 18 years if not adequately vaccinated

- 2- or 3-dose series depending on age at initial vaccination:

- **Age 9–14 years at initial vaccination:** 2-dose series at 0, 6–12 months (minimum interval: 5 months; repeat dose if administered too soon)

- **Age 15 years or older at initial vaccination:** 3-dose series at 0, 1–2 months, 6 months (minimum intervals: dose 1 to dose 2: 4 weeks / dose 2 to dose 3: 12 weeks / dose 1 to dose 3: 5 months; repeat dose if administered too soon)

- **Interrupted schedules:** If vaccination schedule is interrupted, the series does not need to be restarted.

- No additional dose recommended when any HPV vaccine series has been completed using the recommended dosing intervals.

Special situations

- **Immunocompromising conditions, including HIV infection:** 3-dose series, even for those who initiate vaccination at age 9 through 14 years.
- **History of sexual abuse or assault:** Start at age 9 years

- **Pregnancy:** Pregnancy testing not needed before vaccination; HPV vaccination not recommended until after pregnancy; no intervention needed if vaccinated while pregnant

Influenza vaccination

(minimum age: 6 months [IIV], 2 years [LAIV4], 18 years [recombinant influenza vaccine, RIV4])

Routine vaccination

- Use any influenza vaccine appropriate for age and health status annually:

- 2 doses, separated by at least 4 weeks, for **children age 6 months–8 years** who have received fewer than 2 influenza vaccine doses before July 1, 2022, or whose influenza vaccination history is unknown (administer dose 2 even if the child turns 9 between receipt of dose 1 and dose 2)

- 1 dose for **children age 6 months–8 years** who have received at least 2 influenza vaccine doses before July 1, 2022

- 1 dose for **all persons age 9 years or older**

- For the 2022–2023 season, see www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr7101a1.htm.

- For the 2023–24 season, see the 2023–24 ACIP influenza vaccine recommendations.

Special situations

- **Egg allergy, hives only:** Any influenza vaccine appropriate for age and health status annually

- **Egg allergy with symptoms other than hives** (e.g., angioedema, respiratory distress) or required epinephrine or another emergency medical intervention: Any influenza vaccine appropriate for age and health status may be administered. If using egg-based IIV4 or LAIV4, administer in medical setting under supervision of health care provider who can recognize and manage severe allergic reactions.

- **Severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to a vaccine component or a previous dose of any influenza vaccine:** see Appendix listing contraindications and precautions
- **Close contacts (e.g., caregivers, healthcare personnel) of severely immunosuppressed persons who require a protected environment:** these persons should not receive LAIV4. If LAIV4 is given, they should avoid contact with/caring for such immunosuppressed persons for 7 days after vaccination.

Measles, mumps, and rubella vaccination
(minimum age: 12 months for routine vaccination)

Routine vaccination

- 2-dose series at age 12–15 months, age 4–6 years
- MMR or MMRV may be administered

Note: For dose 1 in children age 12–47 months, it is recommended to administer MMR and varicella vaccines separately. MMRV may be used if parents or caregivers express a preference.

Catch-up vaccination

- Unvaccinated children and adolescents: 2-dose series at least 4 weeks apart
- The maximum age for use of MMRV is 12 years.
- Minimum interval between MMRV doses: 3 months

Notes

Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger, United States, 2023

Special situations

- **International travel**
 - **Infants age 6–11 months:** 1 dose before departure; revaccinate with 2-dose series at age 12–15 months (12 months for children in high-risk areas) and dose 2 as early as 4 weeks later.
 - **Unvaccinated children age 12 months or older:** 2-dose series at least 4 weeks apart before departure
- In mumps outbreak settings, for information about additional doses of MMR (including 3rd dose of MMR), see www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6701a7.htm

Meningococcal serogroup A,C,W,Y vaccination

(minimum age: 2 months [MenACWY-CRM, Menveo], 9 months [MenACWY-D, Menactra], 2 years [MenACWY-TT, MenQuadfi])

Routine vaccination

- 2-dose series at age 11–12 years; 16 years
- **Catch-up vaccination**
 - Age 13–15 years: 1 dose now and booster at age 16–18 years (minimum interval: 8 weeks)
 - Age 16–18 years: 1 dose

Special situations

Anatomic or functional asplenia (including sickle cell disease), HIV infection, persistent complement

component deficiency, complement inhibitor (e.g., eculizumab, ravulizumab) use:

- **Menveo**[®]
 - Dose 1 at age 2 months; 4-dose series (additional 3 doses at age 4, 6, and 12 months)
 - Dose 1 at age 3–6 months; 3- or 4-dose series (dose 2 [and dose 3 if applicable] at least 8 weeks after previous dose until a dose is received at age 7 months or older, followed by an additional dose at least 12 weeks later and after age 12 months)
 - Dose 1 at age 7–23 months; 2-dose series (dose 2 at least 12 weeks after dose 1 and after age 12 months)
 - Dose 1 at age 24 months or older; 2-dose series at least 8 weeks apart

- **Menactra**[®]

- **Persistent complement component deficiency or complement inhibitor use:**

- Age 9–23 months; 2-dose series at least 12 weeks apart
- Age 24 months or older; 2-dose series at least 8 weeks apart

- **Anatomic or functional asplenia, sickle cell disease, or HIV infection:**

- **Age 9–23 months:** Not recommended
- **Age 24 months or older:** 2-dose series at least 8 weeks apart
- **Menactra**[®] must be administered at least 4 weeks after completion of PCV series.
- **MenQuadfi**[®]

- Dose 1 at age 24 months or older; 2-dose series at least 8 weeks apart

Travel to countries with hyperendemic or epidemic meningococcal disease, including countries in the African meningitis belt or during the Hajj (www.cdc.gov/travel/):

- Children less than age 24 months:
 - **Menveo**[®] (age 2–23 months)
 - Dose 1 at age 2 months; 4-dose series (additional 3 doses at age 4, 6, and 12 months)
 - Dose 1 at age 3–6 months; 3- or 4-dose series (dose 2 [and dose 3 if applicable] at least 8 weeks after previous dose until a dose is received at age 7 months or older, followed by an additional dose at least 12 weeks later and after age 12 months)
 - Dose 1 at age 7–23 months; 2-dose series (dose 2 at least 12 weeks after dose 1 and after age 12 months)
 - **Menactra**[®] (age 9–23 months)
 - 2-dose series (dose 2 at least 12 weeks after dose 1; dose 2 may be administered as early as 8 weeks after dose 1 in travelers)

- Children age 2 years or older: 1 dose Menveo[®], Menactra[®], or MenQuadfi[®]

First-year college students who live in residential housing (if not previously vaccinated at age 16 years or older) or military recruits:

- 1 dose Menveo[®], Menactra[®], or MenQuadfi[®]
- ### Adolescent vaccination of children who received MenACWY prior to age 10 years:

- **Children for whom boosters are recommended** because of an ongoing increased risk of meningococcal disease (e.g., those with complement component deficiency, HIV, or asplenia): Follow the booster schedule for persons at increased risk.

- **Children for whom boosters are not recommended** (e.g., a healthy child who received a single dose for travel to a country where meningococcal disease is endemic): Administer MenACWY according to the recommended adolescent schedule with dose 1 at age 11–12 years and dose 2 at age 16 years.

* Menveo has two formulations: lyophilized and liquid. The liquid formulation should not be used before age 10 years.

Note: Menactra[®] should be administered either before or at the same time as DTaP. MenACWY may be administered simultaneously with MenB vaccines if indicated, but at a different anatomic site, if feasible.

For MenACWY booster dose recommendations for groups listed under “Special situations” and in an outbreak setting and additional meningococcal vaccination information, see www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Meningococcal serogroup B vaccination

(minimum age: 10 years [MenB-4C, Bexsero[®], MenB-FHbp, Trumenba[®]])

Shared clinical decision-making

- **Adolescents not at increased risk** age 16–23 years (preferred age 16–18 years) based on shared clinical decision-making:
 - **Bexsero**[®]: 2-dose series at least 1 month apart
 - **Trumenba**[®]: 2-dose series at least 6 months apart (if dose 2 is administered earlier than 6 months, administer a 3rd dose at least 4 months after dose 2)

Special situations

Anatomic or functional asplenia (including sickle cell disease), persistent complement component deficiency, complement inhibitor (e.g., eculizumab, ravulizumab) use:

- **Bexsero**[®]: 2-dose series at least 1 month apart
- **Trumenba**[®]: 3-dose series at 0, 1–2, 6 months (if dose 2 was administered at least 6 months after dose 1, dose 3 not needed; if dose 3 is administered earlier than 4 months after dose 2, a 4th dose should be administered at least 4 months after dose 3)

Note: Bexsero[®] and Trumenba[®] are not interchangeable; the same product should be used for all doses in a series.

For MenB booster dose recommendations for groups listed under “Special situations” and in an outbreak setting and additional meningococcal vaccination information, see www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Instrucciones anticipadas

Muchas personas se preocupan por el cuidado médico que recibirían si contraen una enfermedad demasiado grave para poder informar sus deseos. Algunas personas no desean pasar meses o años con soporte vital. Otras tal vez deseen que se tomen todas las medidas adecuadas para alargar la vida.

- Es una buena idea realizar una instrucción anticipada;
- Un documento con *instrucciones anticipadas* es un documento legal en el que indica con antelación sus deseos sobre la atención médica y las decisiones de tratamiento futuras;
- Su proveedor puede hablar con usted sobre estas opciones antes de que tenga una emergencia; y
- Este documento puede ayudar a su familia y a los proveedores a saber cómo tratarlo en caso de que enferme tanto que no pueda expresar sus deseos o hablar por usted mismo.

Las instrucciones anticipadas por escrito en New Jersey se dividen en dos grupos principales. Son una **“instrucción de apoderado”** (un poder notarial duradero para la atención médica) y una **“directiva de instrucciones”** (testamento vital). Usted decide si desea tener ambas directivas o solo una.

Instrucción de apoderado (poder notarial duradero para la atención médica)

Utiliza este documento (en papel) para permitir que una persona que elija tome decisiones de atención médica por usted, en caso de no poder tomarlas usted mismo. Este documento entrará en vigor tanto si su incapacidad para tomar decisiones de atención médica es temporal como si es permanente. La persona que usted elige se conoce como su “representante de atención médica”. Su representante de atención médica es responsable de tomar las mismas decisiones que usted habría tomado en esas circunstancias. Si no pueden determinar lo que usted desearía en una situación específica, esta persona deberá basar su decisión en lo que considere mejor para usted; y/o

Directiva de instrucciones (testamento vital)

Se trata de un documento (en papel) que usted utiliza para informar a su proveedor y su familia sobre el tipo de escenarios en los que desearía o no desearía recibir tratamiento para salvar la vida en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones sobre la atención médica. Los tratamientos podrían incluir:

- Tubos de alimentación;
- Respiradores;
- Trasplantes de órganos; y/o
- Tratamientos para que esté cómodo.

También puede incluir una declaración de sus creencias, valores y elecciones de tratamiento y cuidado general. El testamento vital, guiará a su proveedor y su familia cuando tengan que tomar decisiones de atención médica por usted en situaciones no contempladas específicamente en su instrucción anticipada. Solo se utilizará cuando usted esté cerca del final de la vida sin esperanza de recuperarse.

Si tiene una directiva anticipada:

- Guarde una copia de la directiva anticipada para usted;
- Entregue una copia de su directiva anticipada a la persona que usted eligió como su apoderado médico;
- Entregue una copia a cada uno de sus proveedores;
- Lleve una copia con usted si tiene que ir al hospital o a la sala de emergencias; y
- Guarde una copia en su automóvil si tiene uno.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Visite <https://www.state.nj.us/health/advancedirective/ad/> para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas.



Información Importante para Miembros

Quejas y apelaciones de los miembros

Si tiene un reclamo sobre nuestro Plan, un proveedor o su atención en el marco de nuestro Plan, puede presentar una queja (un reclamo formal por descontento) por teléfono o por escrito.

Fidelis Care le proporcionará cualquier asistencia razonable que solicite si necesita ayuda con una queja o una apelación. Esto incluye, entre otras cosas, ayudarlo a completar formularios, explicarle cómo funciona el proceso de queja o apelación y proporcionarle un intérprete, si necesitara uno.

No lo discriminaremos de ninguna manera si decide presentar una queja o una apelación. No cancelaremos su inscripción a nuestro Plan ni tomaremos ninguna otra medida en su contra por haber presentado una queja o apelación.

Protestas

Una *queja*, en ocasiones llamada reclamo, es cuando nos dice que no está contento con nosotros, un proveedor o un servicio. Las quejas pueden incluir, entre otros:

- La calidad de la atención que recibió de un proveedor del Plan;
- Tiempo de espera durante las visitas al consultorio del proveedor;
- La manera en que sus proveedores u otras personas se comportan o cómo lo atendieron;
- Dificultad para programar una cita con un especialista u otro proveedor;
- Dificultad para obtener una autorización de algún servicio;
- Las políticas de nuestro Plan;
- La manera en que el personal de nuestro Plan lo ha tratado;
- Falta de limpieza en los consultorios de los proveedores;
- No se respetan sus derechos de miembro;
- No está de acuerdo con la decisión de ampliar un plazo de apelación;
- Facturas médicas no pagadas;
- Servicios dentales;
- Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado para limitar, negar o reducir un servicio de atención médica, puede cuestionar esa decisión presentando una apelación; o
- No obtener la información que necesita.

Puede presentar una queja en cualquier momento llamándonos o escribiéndonos una carta.

Información Importante para Miembros

Los formularios para presentar una queja (o apelación) están disponibles en **www.fideliscarenj.com/members/medicaid/nj-familycare/member-rights-policies/appeals-and-grievances.html**.

También encontrará una copia en la página 144 de este manual. Puede enviarla por fax al **1-866-388-1769** o por correo electrónico a **OperationalGrievance@fideliscarenj.com**.

Para presentarla por teléfono, llame al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Si su idioma principal no es el inglés, puede presentar una queja o apelación en su idioma principal y nos comunicaremos con usted en ese idioma. Si necesita ayuda para hacerlo, o si necesita un formato alternativo como letra grande, llámenos a nuestra línea gratuita al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Si lo hace por escrito, envíenosla por correo a:



Fidelis Care
Grievance Department
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631-3384

Incluya su nombre y apellido, número de ID de Medicaid, dirección y número de teléfono. También necesitamos saber qué es lo que le hizo sentirse mal y qué es lo que desea que ocurra.

Puede presentar la queja usted mismo o puede pedirle a otra persona que lo haga en su nombre. Esto incluye a su PCP o PCD; o a otro proveedor. Debemos tener su consentimiento por escrito antes de que otra persona pueda presentar una queja en su nombre. Los padres o tutores de los miembros menores de edad no necesitan completar este formulario.

Puede encontrar una copia del Formulario para la Designación de un Representante en **<https://www.fideliscarenj.com/members/medicaid/nj-familycare.html>**.

En un plazo de cinco días luego de recibir la queja, le enviaremos una carta por correo postal avisándole que la recibimos. Tomaremos medidas para abordar su queja y, en un plazo de 30 días calendario, le enviaremos una carta de resolución de queja en la que se le indicará cuáles son las medidas que tomamos.

Puede solicitar más tiempo. Llamamos a esto una extensión. Tiene hasta 14 días si los necesita. Si el Plan necesita más tiempo para su beneficio, podemos extender su queja por hasta 14 días. Le informaremos por escrito si se necesita más tiempo, dentro de los dos días hábiles de la fecha en que decidimos extender el plazo.

Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, puede llamarnos al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.



Formulario de queja

Nombre: _____

Apellido: _____

Número de ID del Miembro: _____

El número de teléfono más conveniente para contactarlo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es el motivo de su queja formal (reclamo formal)?
Marque la casilla para el problema que corresponda en su caso.

- 1.** Dificultad para programar una cita
- 2.** Descontento con la forma en que un proveedor o su personal me trataron
- 3.** Un proveedor se negó a atenderme debido a problemas con el pago de reclamaciones del Plan

Si eligió 1, 2 o 3 aquí arriba, especifique el proveedor:

- 4.** Dificultad para obtener autorización de servicios
- 5.** Me facturaron servicios cubiertos
- 6.** Descontento con la manera en que el personal del Plan de Salud me trató

Información adicional (opcional): _____

Si hemos rechazado su solicitud de tratamiento, suministro o medicamento y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitarnos que la cambiemos. Esta solicitud se denomina apelación. No obstante, una apelación es diferente de una queja. Puede llamarnos sin cargo al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) para presentar una apelación o si tiene alguna pregunta.

¿Ya se comunicó con nosotros para solicitar ayuda para programar una cita? **Sí** **No**

Si la respuesta es sí, indique la fecha en que se comunicó con Servicios para Miembros.

FECHA: DD/MM/AAAA _____



Apelaciones

Proceso de apelaciones de gestión de la utilización:

Negación/limitación/reducción/terminación del servicio sobre la base de la necesidad médica

Usted y su proveedor recibirán una carta de notificación en un plazo de 2 días hábiles a partir de la decisión del plan de salud de negar, reducir o terminar un servicio o beneficio. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, usted (o su proveedor, con su permiso por escrito) puede cuestionarla solicitando una *apelación*.

Si desea que su proveedor solicite una apelación en su nombre, primero debe otorgar un permiso por escrito. Esto significa que debe informarnos por escrito que su proveedor está actuando en su nombre. Hay algunas maneras de hacer esto. Puede enviarnos una nota por escrito o completar un formulario de Designación de un Representante. Puede encontrar una copia del Formulario para la Designación de un Representante en

<https://www.fideliscarenj.com/members/medicaid/nj-familycare.html>.

Si necesita ayuda o quiere obtener más información sobre cómo su proveedor puede solicitar una apelación en su nombre, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**).

Información Importante para Miembros

Estos son los plazos para solicitar una apelación.

Etapas	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación con la continuación de beneficios para servicios existentes	Plazo para que se tome una determinación de apelación	Tipo de FamilyCare Plan
<p>Apelación interna</p> <p>La apelación interna es el primer nivel de apelación administrado por el plan de salud.</p> <p>Este nivel de apelación es una revisión interna formal por parte de profesionales de la salud, seleccionados por el plan, que tienen conocimientos adecuados para el caso en cuestión y que no participaron en la determinación original.</p>	<p>60 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación o rechazo inicial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El último día, o antes del último día, de la autorización previamente aprobada; o • En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación, lo que ocurra más tarde. 	<p>30 días calendario o menos a partir de la recepción de la solicitud de apelación.</p>	<p>A/ABP B C D</p>
<p>Apelación externa/ IURO</p> <p>La apelación externa/ IURO es una apelación externa que lleva a cabo una Organización Independiente de Revisión de la 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"> • El último día, o antes del último día, de la autorización previamente aprobada; o • En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación de la apelación interna; lo que ocurra más tarde. 	<p>45 días calendario o menos a partir de la decisión de la IURO de revisar el caso</p>	<p>A/ABP B C D</p>

Información Importante para Miembros

Etapas	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación con la continuación de beneficios para servicios existentes	Plazo para que se tome una determinación de apelación	Tipo de FamilyCare Plan
Audiencia Imparcial de Medicaid	120 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación de la apelación interna.	<p>Lo que ocurra más tarde entre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El último día, o antes del último día, de la autorización previamente aprobada; ● • En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación de la apelación interna; ● • En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación de decisión de la apelación externa/IURO. 	Se tomará una decisión final en un plazo de 90 días calendario a partir de la solicitud de Audiencia Imparcial.	A/ABP solamente

Determinación Adversa Inicial

Si nuestro Plan decide rechazar su solicitud inicial de un servicio, o reducir o detener un servicio que ha estado recibiendo durante un tiempo, esta decisión también se considera una *determinación adversa*. Le informaremos a usted y a su proveedor acerca de esta decisión tan pronto como podamos, normalmente comunicándonos por teléfono. Recibirá una carta escrita con nuestra decisión en un plazo de dos días hábiles.

Si no está de acuerdo con la decisión del Plan, usted, o su proveedor (con su permiso por escrito), pueden cuestionar la decisión solicitando una apelación. Puede presentar una apelación sobre las

Información Importante para Miembros

autorizaciones denegadas, como las negaciones médicas, dentales o de medicamentos/farmacia. Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación por teléfono o por escrito.

Para solicitar una apelación por teléfono, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Las solicitudes de apelaciones por escrito se deben enviar por correo a la siguiente dirección:

Envíe sus solicitudes de apelación por escrito aquí

Fidelis Care
Attn: Appeals Department
P.O. Box 31368
Tampa, FL 33631-3368

Fidelis Care
Attn: Medication Appeals
P.O. Box 31398
Tampa, FL 33631-3398
Fax: **1-866-201-0657**

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

Puede solicitar copias de cualquiera de los registros sobre la negación o la decisión adversa que usted está apelando. Llame a Servicios para Miembros para solicitarlas. Se las proporcionaremos sin costo alguno. Usted y su proveedor también pueden enviarnos más información, archivos o registros que deseen que consideremos. El plazo para brindarnos información adicional para una apelación acelerada puede ser limitado.

Apelación interna

La primera etapa del proceso de apelación es una apelación interna formal dirigida al plan (denominada Apelación Interna). Un proveedor seleccionado por nuestro Plan, con experiencia en el área de conocimientos médicos adecuados, revisará su caso. Tendremos cuidado de elegir a alguien que no haya participado en la decisión original sobre su cuidado. Deberemos tomar una decisión acerca de su apelación en un plazo de 30 días calendario (o antes, si su condición médica así lo requiriera).

Si se rechaza su apelación (el caso no se resuelve a su favor), recibirá una carta escrita de nuestra parte con nuestra decisión. La carta también incluirá información sobre su derecho a una Apelación Externa de la Organización Independiente de Revisión de Utilización (IURO), y/o su derecho a una Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid. Además, se le indicará en la carta cómo solicitar estos otros tipos de apelaciones. Más adelante en esta sección del manual encontrará más detalles sobre estas opciones.

Apelaciones aceleradas (rápidas)

Puede solicitar una apelación acelerada (rápida) si cree que su salud se verá perjudicada si nos tomamos el tiempo habitual (hasta 30 días calendario) para tomar una decisión sobre su apelación. Además, si su proveedor nos informa que tomarnos hasta 30 días calendario para llegar a una decisión podría poner en grave riesgo su vida o salud, o su capacidad para recuperarse completamente de su afección actual, debemos tomar una decisión sobre su apelación en un plazo de 72 horas.

Apelación externa (IURO)

Si su apelación interna no se resuelve a su favor, usted (o el proveedor que actúa en su nombre con su consentimiento por escrito) puede solicitar una apelación externa (IURO) completando el formulario de **Solicitud de apelación externa**. Se le enviará una copia del formulario de *Solicitud de Apelación Externa* con la carta donde se le informa sobre el resultado de su Apelación Interna. Usted o su proveedor deben enviar por correo el formulario completado a la siguiente dirección en un plazo de **60 días calendario** a partir de la fecha en la carta de resultados de la apelación interna:

Maximus Federal – NJ IHCAP
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, New York 14534
Office: 1-888-866-6205

También puede enviar el formulario completo por fax al **1-585-425-5296**, o por correo electrónico a **stateappealseast@maximus.com**. Si una copia de la *Solicitud de Apelación Externa* no está incluida en la carta de resultados de la Apelación Interna, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. para solicitar una copia.

El Plan no revisa las Apelaciones Externas (IURO). Una Organización Independiente de Revisión de Utilización (IURO) las revisa. Se trata de una organización de revisión imparcial de terceros que no está directamente afiliada al Plan ni al estado de New Jersey.

La IURO asignará su caso a un proveedor independiente, quien revisará su caso y tomará una decisión.

Si la IURO decide aceptar su caso para su revisión, lo hará dentro de los 45 días calendario (o antes, si su condición médica lo requiere).

También puede solicitar una apelación externa (IURO) acelerada o rápida, tal como puede hacerlo con las apelaciones internas. Para solicitar una apelación acelerada usted o su proveedor deben enviar por fax una copia del formulario de *Solicitud de Apelación Externa* completo a Maximus Federal al **1-585-425-5296** y solicitar una apelación acelerada en el formulario de la **Sección V, Resumen de Apelación**. En el caso de una Apelación Externa (IURO) acelerada, la IURO debe tomar una decisión sobre su apelación *en el plazo de 48 horas*.

Información Importante para Miembros

¿Tiene preguntas sobre el proceso de Apelación Externa de la IURO o necesita ayuda con su solicitud?

Llame al Departamento de Banca y Seguros de New Jersey (DOBI) al **1-888-393-1062** o al **1-609-777-9470**.

La Apelación externa (IURO) es opcional. No es necesario solicitar una Apelación externa (IURO) antes de solicitar una Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid. Una vez que la apelación interna haya finalizado, tiene las siguientes opciones para solicitar una Apelación Externa (IURO) y/o una Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid:

- Puede solicitar una Apelación Externa (IURO), esperar la decisión de la IURO y, **luego**, solicitar una Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid si la IURO no decidió a su favor; o
- Puede solicitar una Apelación Externa (IURO) **y** una Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid **al mismo tiempo**. (Tenga en cuenta que hace estas dos solicitudes a dos agencias gubernamentales diferentes); o
- Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid *sin* necesidad de solicitar una Apelación Externa (IURO).

También, tenga en cuenta lo siguiente: Las Audiencias Imparciales de Medicaid solo se encuentran disponibles para miembros de NJ FamilyCare Plan A y ABP.

Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid

Si es miembro de NJ FamilyCare Plan A o ABP, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid después de que haya finalizado su Apelación Interna (y nuestro Plan haya tomado una decisión). Las Audiencias Imparciales del Estado de Medicaid son administradas por el personal de la Oficina de Derecho Administrativo de New Jersey. Tiene hasta **120 días calendario** a partir de la fecha de *la carta del resultado* de la **Apelación Interna** para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid. Puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid escribiendo a la siguiente dirección:



Fair Hearing Section
Division of Medical Assistance and Health Services
P.O. Box 712
Trenton, NJ 08625-0712

Si realiza una solicitud de 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 de Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: El plazo para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid siempre es de 120 días a partir de la fecha de la carta en la que se explica el resultado de su *Apelación Interna*. Esto se aplica incluso si solicita una Apelación Externa (IURO) al mismo tiempo. El plazo de 120 días para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid siempre comienza a partir del resultado de su *Apelación Interna*, no de su Apelación Externa (IURO).

Continuación de los beneficios

Si solicita una apelación porque el Plan detiene o reduce un servicio o tratamiento que ya recibe, puede que sus servicios/beneficios continúen durante el proceso de apelación. El Plan continuará proporcionando automáticamente los servicios mientras su apelación esté pendiente, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos que se detallan a continuación:

- La apelación involucra el término, la suspensión o la reducción del curso de un tratamiento previamente autorizado; **y**
- Un proveedor autorizado autorizó los servicios; **y**
- Usted (o su proveedor, que actúa en su nombre con su consentimiento por escrito) presenta la apelación en el plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha indicada en la carta de determinación adversa inicial, en la misma fecha o antes del día final de la autorización original, **lo que sea posterior**.

Sus servicios no continuarán automáticamente durante una Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid. Si desea que sus servicios continúen durante una Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid, debe solicitarla *por escrito* cuando solicite una audiencia imparcial. **También debe realizar esa solicitud dentro de los siguientes plazos:**

- **10 días calendario** a partir de la fecha en la carta de resultados de la Apelación Interna; **o**
- **10 días calendario** a partir de la fecha en la carta que le informa el resultado de su Apelación Externa (IURO), si solicitó una; **o bien**
- En o antes del día final de la autorización original, **lo que sea posterior**.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si solicita que sus servicios continúen durante una Audiencia Imparcial del Estado de Medicaid y la decisión final no está a su favor, es posible que deba pagar el costo de sus servicios continuos.

¿Tiene alguna pregunta acerca del proceso de apelación? Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Su membresía en Fidelis Care

Cuando se une a nuestro Fidelis Care Plan, se denomina inscripción. Abandonar nuestro Fidelis Care Plan se denomina *cancelación de la inscripción*.

Inscripción

Estas personas pueden inscribirse en Fidelis Care:

- Mujeres embarazadas que cumplen con ciertos límites de ingresos;
- Personas del programa de Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI);
- Niños de familias que cumplan con ciertos límites de ingresos;
- Padres o familiares que lo cuidan y que cumplen con ciertos límites de ingresos;
- Adultos sin hijos dependientes que cumplen con ciertos límites de ingresos; y
- Personas ancianas, ciegas o discapacitadas.

Todas las solicitudes de inscripción y cancelación de la inscripción están sujetas a verificación y aprobación por parte de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) de New Jersey.

¿Necesita más información sobre quiénes reúnen los requisitos?

Visite www.njfamilycare.org/who_eligbl.aspx.

Entre el momento en que completa su solicitud de NJ FamilyCare y la fecha del inicio de su membresía con nosotros transcurre generalmente un período de 30 a 45 días. Durante este tiempo, el programa de cargo por servicio de Medicaid (FFS) o su plan de salud actual continuará brindando cobertura a sus beneficios.

Su membresía en el Plan de Salud comienza el primer día del mes posterior a su aprobación. Si necesita atención durante el período de solicitud, la obtiene a través del programa de Cargo por Servicio (FFS) de Medicaid o su plan de salud actual.

Si firma su formulario de solicitud de inscripción/selección de plan, usted aprueba la divulgación de su historia clínica. El Coordinador de Beneficios de Salud del estado (HBC) nos brindó esta información para ayudarlo a trasladarse a nuestro plan.

Cancelación de la inscripción

- 1. Puede cancelar la inscripción de nuestro Plan por cualquier motivo durante los primeros 90 días luego de inscribirse o después de recibir un aviso de inscripción en un nuevo plan (lo que ocurra más tarde); o**

2. También puede cancelar la inscripción de nuestro Plan por cualquier motivo durante el Período de Inscripción Abierta Anual, que se realiza desde el 1 de octubre hasta el 15 de noviembre de cada año.

En cualquier otro momento, no puede cancelar la inscripción sin una “buena causa”. Algunos ejemplos de buenas causas para cancelación de la inscripción incluyen, entre otros, los siguientes:

- Nuestro Plan no proporciona los servicios;
- Nuestro Plan no responde dentro del período requerido si presenta una queja o apelación;
- Atención de calidad deficiente; o
- Descubre que puede acceder de forma más conveniente a un PCP o PCD que participa con otro plan en su área.

Tenga en cuenta que todas las solicitudes de cancelación de la inscripción están sujetas a LA verificación y aprobación por parte de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) de New Jersey. Si solicita una cancelación de la inscripción por “buena causa”, la DMAHS puede decidir que no hay una buena causa. Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que se indica a continuación.

¿Qué sucede si quiere cambiar de plan de salud?

Puede llamar al Coordinador de Beneficios de Salud del estado (HBC) al **1-800-701-0710** (TTY: **711**). Visite **www.njfamilycare.org** para conocer el horario de atención. Si necesita ayuda adicional, comuníquese con el equipo de Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de De 8 a.m. a 6 p.m.

Recertificación

Conserve sus beneficios: ¡recuerde hacer su renovación todos los años!

Gracias por confiar sus necesidades de atención médica a Fidelis Care. Apreciamos a los miembros como usted. Queremos recordarle que debe renovar su cobertura de NJ FamilyCare cada año. Si no lo renueva, podría perder su cobertura de salud y cancelar la inscripción de nuestro plan.

Formas de renovar su cobertura:

Por correo postal: complete el formulario de renovación que le enviamos y devuélvalo lo más pronto posible.

- **¿Necesita un formulario nuevo?** Llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** (TTY: **711**).

Información Importante para Miembros

Por teléfono: llame al **1-800-701-0710** (TTY: **711**).

En persona: visite la oficina de su Agencia de Bienestar Social del Condado/Junta de Servicios Sociales de su localidad.

¿Cuándo debería renovar?

- Debe llenar una Solicitud de Renovación cada año para mantener su cobertura; o
- Puede llamar a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** (TTY: **711**) para conocer su fecha de renovación o solicitar un formulario de renovación.

Un Coordinador de Relaciones con la Comunidad de Fidelis Care puede ayudarlo con su solicitud de renovación. El Coordinador de Relaciones con la Comunidad puede ayudarlo a completarlo.

Llame al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) para programar una cita. ¡Asegúrese de informar cualquier cambio! Si su dirección ha cambiado, llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** o inicie sesión en su cuenta web de Fidelis Care para informar el cambio. Las tarjetas de ID nuevas se pueden enviar por correo a su dirección nueva.

Recuerde renovar su inscripción todos los años.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710**. Fidelis Care no puede procesar su renovación de cobertura de Medicaid.

Reincorporación

¿Qué sucede si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero la recupera dentro de los 90 días? El estado lo reincorporará a nuestro Plan automáticamente. Le enviaremos una carta dentro de los 10 días posteriores a que vuelva a ser miembro para confirmarlo. Puede elegir el mismo PCP o PCD que tenía antes o elegir uno nuevo.

Nuestra área de servicios

Nuestra área de servicios es el conjunto de condados en los cuales nuestro Plan está disponible. Esos condados son:

- Condado de Atlantic;
- Condado de Cape May;
- Condado de Hudson;
- Condado de Bergen;
- Condado de Cumberland;
- Condado de Mercer;
- Condado de Burlington;
- Condado de Essex;
- Condado de Middlesex;
- Condado de Camden;
- Condado de Gloucester;
- Condado de Monmouth;

- Condado de Morris;
- Condado de Ocean;
- Condado de Passaic;
- Condado de Salem;
- Condado de Somerset;
- Condado de Sussex;
- Condado de Union; y
- Condado de Warren.

El único condado en el que nuestro plan no está disponible es el condado de Hunterdon.

Mudanza fuera de nuestra área de servicios

Llame al coordinador de beneficios de salud si se muda de nuestra área de servicios.

La línea gratuita es **1-800-701-0710** (TTY: **711**). Ellos lo ayudarán a elegir otro plan de salud. Visite **www.njfamilycare.org** para conocer el horario de atención.

Información importante de Fidelis Care

Programas de incentivo de proveedores, operaciones y estructura del plan de salud

Trabajamos con sus proveedores para asegurarnos de que reciba el cuidado adecuado en el momento indicado. Esto incluye el cuidado preventivo. A veces ofrecemos a los proveedores incentivos o bonificaciones para alentarlos a que le hagan un seguimiento con sus consultas de bienestar. Lea la sección *Pautas de prevención de la salud* de este manual. Tiene todas las visitas de bienestar que debe planificar por cada año.

Para obtener más información sobre la estructura y las operaciones del Plan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY: **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Evaluación de nueva tecnología

Todos los años analizamos la nueva tecnología. También, nos fijamos en cómo utilizar la tecnología que ya tenemos. Hacemos esto para:

- Asegurarnos de conocer los cambios en la industria;
- Ver cómo se pueden usar las nuevas mejoras con los servicios que les brindamos a nuestros miembros; y
- Asegurarnos de que nuestros miembros tengan un acceso justo a la atención segura y efectiva que necesitan.

Información Importante para Miembros

Hacemos esta revisión en las siguientes áreas:

- Procedimientos de salud del comportamiento;
- Dispositivos médicos;
- Procedimientos médicos; y
- Productos farmacéuticos.

Fraude, dispendio y abusos

Los fraudes en la atención médica provocan pérdidas por miles de millones de dólares todos los años. ¿Qué son los abusos, dispendios y fraudes en la atención médica? Ocurren cuando se proporciona información falsa intencionalmente. Los miembros o los proveedores pueden cometer esta infracción.

Aquí hay algunos ejemplos más de fraude, dispendio y abuso de miembros y proveedores:

- Facturar un servicio más caro que el servicio prestado;
- Adulterar o alterar facturas o recibos;
- Facturar el mismo servicio más de una vez;
- Presentar una declaración falsa sobre procedimientos realizados para obtener el pago de servicios no cubiertos;
- Facturar servicios no recibidos;
- Sobrefacturarnos a nosotros o a un miembro;
- Falsificar el diagnóstico de un paciente para justificar pruebas, cirugías u otros procedimientos que no era médicamente necesario;
- No cobrar copagos o deducibles a los pacientes;
- Presentar reclamaciones por servicios o medicamentos no recibidos; y
- Utilizar la tarjeta de ID de Fidelis Care y/o la tarjeta de HBID de otra persona.

¿Sospecha de algún caso de fraude, despilfarro y abuso? Llame a nuestra línea directa de fraude las **24 horas del día**. La línea gratuita es **1-866-685-8664** (TTY: **711**). Puede dejar un mensaje. *No tiene que dejar su nombre*. Le volveremos a llamar si deja un número de teléfono para recopilar más información, si es necesario.

También puede reportar fraudes en <https://www.fideliscarenj.com/members/medicaid/nj-familycare/member-rights-policies/fraud-and-abuse.html>. Cuando se informa un fraude, dispendio y abuso a través de nuestro sitio web, también se mantiene la privacidad.

Cuando tiene NJ FamilyCare y otro seguro

¿Quién paga cuando tiene NJ FamilyCare y otra cobertura?

Si usted tiene NJ FamilyCare y otra cobertura de seguro médico, cada tipo de cobertura se llama “pagador”. Hay reglas a seguir cuando hay más de un pagador. Estas normas deciden quién paga primero. También deciden cuánto debe pagar cada pagador por cada servicio. En algunos casos, un miembro puede tener un solo pagador, NJ FamilyCare. En otros casos, un miembro puede tener varios otros pagadores, incluidos Medicare u otros seguros de salud.

Muchos miembros tienen otros seguros médicos o Medicare como su pagador principal (el seguro que paga primero). Esto incluye a las personas que pertenecen a un plan de salud Medicare Advantage (MA).

Cuando se inscribe en un plan de salud NJ FamilyCare, NJ FamilyCare en general es el pagador de último recurso. Esto significa que Medicare y/o su otro seguro de salud pagan primero los servicios cubiertos. Su Plan de Salud NJ FamilyCare en general pagará al último los servicios cubiertos.

Para obtener más información, consulte el folleto de *Responsabilidad de Terceros (TPL)* en su Paquete de Bienvenida. También puede visitar https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf y buscar la Guía de cobertura TPL de Medicaid.

Derechos de los miembros

Como nuestro miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto y dignidad;
- Participar en la comunidad y trabajar, vivir y aprender según sus posibilidades;
- Recibir información sobre nuestro Plan, servicios, profesionales y proveedores, incluso cómo reciben su pago;
- Poder comunicarse y hacerse entender con la ayuda de un traductor si es necesario;
- Obtener información y realizar recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades;
- Tener protegida su intimidad, sabiendo que su historia clínica y las conversaciones con sus proveedores serán privadas y confidenciales;
- Conocer los nombres y los cargos de los proveedores que le prestan cuidado;
- Recibir servicios que fomenten una buena calidad de vida y autonomía, residencia independiente en su hogar y otros entornos comunitarios, mientras sea posible desde el punto de vista médico y social, y preservación y apoyo de sus sistemas de apoyo natural;

Información Importante para Miembros

- Poder recibir los Servicios Cubiertos de manera justa;
- Hablar abiertamente sobre el cuidado que necesita, sin importar el costo o la cobertura de beneficios, sus opciones de tratamiento y los riesgos involucrados (esta información se le debe entregar de un modo que usted pueda entender);
- Recibir una explicación de los riesgos, beneficios y efectos secundarios de los medicamentos y de otros tratamientos;
- Decidir con su proveedor sobre la atención que recibe y tomar decisiones sobre su cuidado médico, incluido el derecho a rechazar el tratamiento;
- Un Servicio Alternativo (ILOS). Los ILOS se ofrecen a su elección de su plan. La prestación de ILOS también depende de su disposición para recibirlos.
- Conocer sus necesidades de atención médica después de abandonar el consultorio del proveedor o de recibir el alta del hospital;
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica de parte de sus proveedores; también, pedir que se modifiquen/corrijan los registros si es necesario (deberá solicitar esto por escrito, usted o la persona que elija usted como representante; los registros se brindarán sin costo; se enviarán dentro de los 14 días de la recepción de la solicitud);
- Recibir una segunda opinión médica (o dental);
- Rehusar participar en cualquier investigación médica;
- Presentar una apelación o queja sobre su Plan o cuidado que le suministramos; también, saber que, si lo hace, no modificará su modo de tratamiento; y saber que no puede cancelarse su inscripción en el Plan por presentar una apelación;
- Recibir información sobre apelaciones en un idioma que pueda entender;
- Apelar decisiones médicas o administrativas mediante el uso de los procesos de apelaciones y quejas;
- Llamar al **911** en una emergencia sin autorización previa;
- Un examen de detección médica en la sala de emergencias;
- No sufrir la facturación de saldos;
- No someterse a procedimientos peligrosos ni a cualquier forma de restricción (ya sea química o física) ni aislamiento;
- Hacer conocer sus deseos con respecto a la atención médica por medio de instrucciones anticipadas;
- Poder elegir a un representante que lo ayude a tomar decisiones sobre el cuidado médico;
- Poder dar un consentimiento informado;
- Tener la oportunidad de sugerir cambios a nuestras políticas y procedimientos;

- Ejercer estos derechos independientemente de su sexo, edad, raza, grupo étnico, ingresos, educación o religión;
- Hacer que todo el personal del plan observe sus derechos;
- Hacer que todos estos derechos se apliquen a la persona legalmente capacitada para tomar decisiones sobre su atención médica; y
- Recibir servicios de calidad, incluidos los siguientes:
 - Facilidad de acceso;
 - Cobertura; y
 - Normas de autorización;
 - Cobertura fuera de nuestra red.
 - Disponibilidad;

Obligaciones de los miembros

Como miembro, tiene las siguientes responsabilidades:

- Leer el Manual del Afiliado a fin de comprender cómo funciona nuestro Plan;
- Llevar su tarjeta de ID de miembro en todo momento;
- Informar a Fidelis Care si pierde o le roban su tarjeta de ID de miembro;
- Brindar la información que nosotros y sus proveedores necesitamos para ofrecerle atención;
- Seguir los planes y las instrucciones de cuidado que haya acordado con su proveedor;
- Comprender cuáles son sus problemas de salud;
- Ayudar a establecer objetivos de tratamiento que usted y su proveedor acuerden mutuamente;
- Mostrar todas sus tarjetas de ID a cada proveedor cuando reciba cuidado;
- Programar citas por medio de su PCP o PCD para todo tipo de atención sin carácter de emergencia;
- Informar a Fidelis Care cuando vaya a la sala de emergencias;
- Hablar con su proveedor sobre la autorización previa de los servicios que recomiendan;
- Obtener una remisión de su PCP o PCD para recibir atención especializada, cuando sea necesario;
- Hacer preguntas a sus proveedores para ayudarlo a entender el tratamiento; Conocer los posibles riesgos, beneficios y costos de las alternativas de tratamiento; Tomar decisiones cuidadosas después de haber pensado en todas estas cosas;
- Cooperar con las personas que le prestan cuidado de la salud y participar activamente en su tratamiento; Entender sus problemas de salud y participar, en la medida de lo posible, en la elaboración de los objetivos del tratamiento con su proveedor;

Información Importante para Miembros

- Llegar a tiempo a las citas;
- Avisar al consultorio del proveedor en caso de que sea necesario cancelar o modificar una cita;
- Pagar sus copagos (si los hubiera) a los proveedores;
- Respetar los derechos y la propiedad de todos los proveedores;
- Respetar los derechos de los otros pacientes;
- No tener comportamiento inapropiado en el consultorio de su proveedor;
- Conocer los medicamentos que toma, saber para qué son y cómo tomarlos correctamente; y
- Informarnos en un plazo de 48 horas, o tan pronto sea posible, si es admitido en un hospital o recibe atención en una sala de emergencias.



FIDELIS CARE[®]

1-888-453-2534 (TTY: 711)

fideliscarenj.com 