



BENEFITS AND COVERAGE CHART

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Abortions	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)
Acupuncture: <ul style="list-style-type: none"> When performed as a form of anesthesia and part of a covered surgery 	✓	✓	✓	✓	✓

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Audiology	✓	✓	✓	✓	✓ (members under 16 years old)
Behavioral health (inpatient hospital, including psychiatric hospitals)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by WellCare)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)
Behavioral health (outpatient services)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by WellCare)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS, except for behavioral health screenings, referrals, prescription drugs and for treatment or diagnosis of altered mental status)
Behavioral health (home health)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by WellCare)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Blood and blood plasma	✓	✓	✓	✓	✓ (limited to administration of blood, processing of blood, processing fees and fees related to autologous blood donations)
Chiropractic services	✓ (limited to spinal manipulation)	✓ (limited to spinal manipulation)	✓ (limited to spinal manipulation)	✓ (limited to spinal manipulation with \$5 co-pay)	Not covered

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Dental	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Covered diagnostic/preventive services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral evaluation • Prophylaxis (scaling and polishing): Once every 6 months for all members. • Fluoride treatment: Once every 6 months for all members. • Sealants (through age 16) 	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Members with developmental disabilities shall be eligible for evaluation, radiographs as appropriate, prophylaxis, extra scaling and topical application of fluoride, as often as every three months.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Covered diagnostic/preventive services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral evaluation • Prophylaxis (scaling and polishing): Once every 6 months. • Fluoride treatment: Once every 6 months. • Sealants (through age 16) 	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(\$5 co-pay except for diagnostic/preventive dental visits)</p> <p>Covered diagnostic/preventive services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral evaluation • Prophylaxis (scaling and polishing): Once every 6 months. • Fluoride treatment: Once every 6 months. • Sealants (through age 16) 	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(\$5 co-pay except for diagnostic/preventive dental visits)</p> <p>Covered diagnostic/preventive services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral evaluation • Prophylaxis (scaling and polishing): Once every 6 months. • Fluoride treatment: Once every 6 months. • Sealants (through age 16)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Dental (continued)	<p>Other services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restorative Services (fillings and crowns) (silver and tooth colored) • Endodontics (root canal) (prior authorization required) • Periodontics (gum treatment) (prior authorization required) • Prosthodontics (tooth replacement) (prior authorization required) 	<p>Covered preventive services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral evaluation • Prophylaxis (scaling and polishing) • Sealants (through age 16) <p>Other services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restorative Services (fillings and crowns) (silver and tooth colored) • Endodontics (root canal) (prior authorization required) 	<p>Other services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restorative Services (fillings and crowns) (silver and tooth colored) • Endodontics (root canal) (prior authorization required) • Periodontics (gum treatment) (prior authorization required) • Prosthodontics (tooth replacement) (prior authorization required) 	<p>Other services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restorative Services (fillings and crowns) (silver and tooth colored) • Endodontics (root canal) (prior authorization required) • Periodontics (gum treatment) (prior authorization required) • Prosthodontics (tooth replacement) (prior authorization required) 	<p>Other services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restorative Services (fillings and crowns) (silver and tooth colored) • Endodontics (root canal) (prior authorization required) • Periodontics (gum treatment)(prior authorization required) • Prosthodontics (tooth replacement) (prior authorization required)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Dental (continued)	<ul style="list-style-type: none"> Emergency dental services See details in the Dental Care section of this handbook. 	<ul style="list-style-type: none"> Periodontics (gum treatment) (prior authorization required) Prosthodontics (tooth replacement) (prior authorization required) Emergency dental services See details in the Dental Care section of this handbook. 	<ul style="list-style-type: none"> Emergency dental services See details in the Dental Care section of this handbook. 	<ul style="list-style-type: none"> Emergency dental services See details in the Dental Care section of this handbook. 	<ul style="list-style-type: none"> Emergency dental services See details in the Dental Care section of this handbook.
Diabetic supplies and equipment	✓	✓	✓	✓	✓
Durable medical equipment (DME) and assistive technology devices	✓	✓	✓	✓	Limited benefit

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Emergency services	✓	✓	✓	<p style="text-align: center;">✓</p> (with \$10 co-pay for ER services, except when referred by PCP for services that should have been provided in PCP's office or when admitted to the hospital)	<p style="text-align: center;">✓</p> (with \$35 co-pay for ER services, except when referred by PCP for services that should have been provided in PCP's office or when admitted to the hospital)
EPSDT (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment) services	✓	✓	✓	✓	<p style="text-align: center;">✓</p> (limited to well-child care, newborn hearing screenings, immunizations, lead screenings and treatment)
Eyeglasses and contact lenses: See more information on page 40	✓	✓	✓	✓	<p style="text-align: center;">✓</p> One pair of glasses or contact lenses per 24 month period or as medically necessary

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Family planning	✓	✓	✓	✓	<p style="text-align: center;">✓</p> (includes medical history and physical exams, diagnostic and lab tests, drugs and biologicals, medical supplies and devices, counseling, continuing medical supervision, continuity of care and genetic counseling; must use network providers)
Group homes and DYFS residential treatment facilities services	<p style="text-align: center;">✓</p> (covered by FFS)	<p style="text-align: center;">✓</p> (covered by FFS)	<p style="text-align: center;">✓</p> (covered by FFS)	<p style="text-align: center;">✓</p> (covered by FFS)	Not covered
Hearing aids	✓	✓	✓	✓	<p style="text-align: center;">✓</p> (members under 16 years old)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Home health	✓	✓	✓	✓	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(limited to skilled nursing for members who are provided care or supervised by an RN and home health aide; includes medical social services needed for treatment of the member's medical condition)</p>
Hospice services: <ul style="list-style-type: none"> • Includes room and board in a non-private institutional residence 	✓	✓	✓	✓	✓
Hospital services (inpatient)	✓	✓	✓	✓	✓

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Hospital services (outpatient)	✓	✓	✓	✓ (with \$5 co-pay, except for preventive services)	✓ (with \$5 co-pay, except for preventive services)
Intermediate care facilities/ intellectual disability	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	Not covered	Not covered	Not covered
Lab services: <ul style="list-style-type: none"> You should receive your results within 24 hours in emergency and urgent care cases You should receive your results within 10 business days in non-emergency and non-urgent care cases 	✓	✓	✓	✓	✓ (with \$5 co-pay when not part of an office visit)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Maternity services: • Includes related newborn care	✓	✓	✓	✓	✓
Medical day care	✓	✓ DDD Day Program (covered by FFS)	Not covered	Not covered	Not covered
Medical supplies	✓	✓	✓	✓	✓ (limited to diabetic and family planning supplies)
Nurse midwife services (prenatal)	✓	✓	✓	✓	✓ (with \$5 co-pay for 1 st prenatal visit only)
Nurse midwife services (postpartum)	✓	✓	✓	✓ (with \$5 co-pay per visit)	✓ (with \$5 co-pay, except for preventive care services; \$10 co-pay for non-office hours and home visits)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Nurse practitioner services	✓	✓	✓	✓ (with \$5 co-pay per visit, except for preventive care services)	✓ (with \$5 co-pay per visit during normal office hours, except for preventive care services; \$10 co-pay for non-office hours and home visits)
Nursing facility care: Managed Long Term Services and Supports (MLTSS) members will remain with WellCare regardless of length of stay in a nursing facility.)	✓ (inpatient rehabilitation services may be provided in this setting when appropriate)	✓ (inpatient rehabilitation services may be provided in this setting when appropriate)	LTC Not covered (inpatient rehabilitation services may be provided in this setting when appropriate)	LTC Not covered (inpatient rehabilitation services may be provided in this setting when appropriate)	LTC Not covered (inpatient rehabilitation services may be provided in this setting when appropriate)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Optometrist services: Includes one yearly eye exam for all ages (additional exams require PCP referral)	✓	✓	✓	✓ With \$5 co-pay	✓ With \$5 co-pay except for newborns covered by FFS
Organ transplants	✓	✓	✓	✓	✓
Orthodontic treatment services: <ul style="list-style-type: none"> • Provided with age limitation when medically necessary (authorization required) 	✓	✓	✓	✓	✓
Orthotics	✓	✓	✓	✓	Not covered

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Outpatient diagnostic testing	✓	✓	✓	✓	✓
Partial care services	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)
Partial hospital program services	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)
Personal care assistant services	✓ (covered with limits)	✓ (covered by FFS)	Not covered	Not covered	Not covered

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Podiatrist services:</p> <ul style="list-style-type: none"> Excludes routine hygienic care of feet, including treatment of corns, calluses, trimming of nails and other hygienic care in the absence of a pathological condition 	✓	✓	✓	✓ (with \$5 co-pay)	✓ (with \$5 co-pay)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Prescription drugs (retail pharmacy):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ABD members with Medicare are covered under Medicare Part D • Erectile dysfunction drugs, antiobesity and cosmetic agents not covered • Certain cough/cold and topical items not covered for certain ages 	✓	✓	✓	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(\$1 co-pay on generic drugs (covered by WellCare)) (\$5 co-pay on brand-name drugs (covered by WellCare))</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(\$5 co-pay on drugs if supply is less than 34 days (covered by WellCare)) (\$10 co-pay on drugs if supply is greater than 34 days (covered by WellCare))</p>

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Prescription drugs (given by doctor) <ul style="list-style-type: none"> • Covered by Medicare Part B • Co-pays for Medicare Part B covered drugs considered DME and used in home covered by Medicaid (i.e., insulin given through an insulin pump) 	✓	✓	✓	✓	✓
Primary care, specialty care and women's health services	✓	✓	✓	✓ (with \$5 co-pay per visit; no co-pay for well-child visits, lead screenings or treatment, necessary immunizations, prenatal care, or PAP tests)	✓ (with \$5 co-pay per visit during normal office hours; \$10 co-pay for non-office hours and home visits; no co-pay for well-child visits, lead screenings or treatment, necessary immunizations or preventive dental services for children under 19 years old; \$5 co-pay for first prenatal visit only)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Private-duty nursing	✓ (children under 21 years old)	✓ (children under 21 years old)	✓ (children under 21 years old)	✓ (children under 21 years old)	✓ (when authorized by WellCare)
Prosthetics	✓	✓	✓	✓	✓ (limited to the initial delivery of a prosthetic device that temporarily or permanently replaces all or part of an external body part lost or impaired due to disease, injury or congenital defect; repair services and replacement are covered only when needed due to congenital growth)

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Radiology services (diagnostic and therapeutic):</p> <ul style="list-style-type: none"> You should receive your results within 24 hours in emergency and urgent care cases You should receive your results within 10 business days in non-emergency and non-urgent care cases 	✓	✓	✓	✓	<p>✓ (with \$5 co-pay when not part of an office visit)</p>
<p>Rehabilitation services (cognitive, physical, occupational and speech therapies)</p>	✓	✓	<p>✓ (limited to 60 visits per therapy, per incident, per calendar year)</p>	<p>✓ (limited to 60 visits per therapy, per incident, per calendar year)</p>	<p>✓ (with a \$5 co-pay; limited to 60 visits per therapy, per incident, per calendar year; speech therapy for developmental delay not covered unless resulting from disease, injury or congenital defects)</p>

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Sex abuse exams	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)
Substance abuse	✓ Plan A limited services	✓ (covered by WellCare (exception: partial care and partial hospitalization services covered by FFS))	✓ Limited services (covered by FFS)	✓ Limited services (covered by FFS)	✓ Limited services (covered by FFS)
Transportation – ground emergency	✓	✓	✓	✓	✓
Transportation – non-emergency (mobile assisted vehicles (MAVs) and non-emergency basic life support)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	✓ (covered by FFS)	Not covered

Service	NJ FamilyCare A and Alternative Benefit Plan (ABP)	NJ Division of Developmental Disabilities (DDD)	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Transportation – livery (taxi, bus, car service) <ul style="list-style-type: none"> Includes reimbursement for mileage 	✓ (covered by FFS)	Covered by WellCare. DDD members must also have Plan A.	Contact Transportation Broker	Contact Transportation Broker	Not covered



TABLA DE COBERTURA Y BENEFICIOS

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Abortos	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)
Acupuntura: <ul style="list-style-type: none"> Cuando se realiza como forma de anestesia y como parte de una cirugía cubierta 	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Audiología	✓	✓	✓	✓	✓ (miembros menores de 16 años)
Salud del comportamiento (en hospital para pacientes internados, incluidos los hospitales psiquiátricos)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por WellCare)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)
Salud del comportamiento (servicios ambulatorios)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por WellCare)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS, excepto para exámenes de detección de salud del comportamiento, remisiones, medicamentos con receta y para tratamiento o diagnóstico de estado mental alterado)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Salud del comportamiento (atención médica a domicilio)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por WellCare)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)
Sangre y plasma sanguíneo	✓	✓	✓	✓	✓ (limitado a la administración de sangre, procesamiento de la sangre, cargos de procesamiento y cargos relacionados con donaciones de sangre autóloga)
Servicios quiroprácticos	✓ (limitado a la manipulación vertebral)	✓ (limitado a la manipulación vertebral)	✓ (limitado a la manipulación vertebral)	✓ (limitado a la manipulación vertebral con copago de \$5)	Sin cobertura

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Dental	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Servicios preventivos/ diagnósticos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones orales • Profilaxis (limpieza y pulido): Uno cada 6 meses para todos los miembros. • Tratamiento con flúor: Uno cada 6 meses para todos los miembros. • Selladores (hasta los 16 años) 	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Los miembros con discapacidades de desarrollo reúnen los requisitos para la evaluación, radiografías correspondientes, profilaxis, limpieza adicional y aplicación tópica de flúor, cada tres meses.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Servicios preventivos/ diagnósticos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones orales • Profilaxis (limpieza y pulido): Una vez cada 6 meses. • Tratamiento con flúor: Una vez cada 6 meses. • Selladores (hasta los 16 años) 	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(\$5 de copago excepto las visitas dentales de diagnóstico y prevención)</p> <p>Servicios preventivos/ diagnósticos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones orales • Profilaxis (limpieza y pulido): Una vez cada 6 meses. • Tratamiento con flúor: Una vez cada 6 meses. • Selladores (hasta los 16 años) 	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(\$5 de copago excepto las visitas dentales de diagnóstico y prevención)</p> <p>Servicios preventivos/ diagnósticos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones orales • Profilaxis (limpieza y pulido): Una vez cada 6 meses. • Tratamiento con flúor: Una vez cada 6 meses. • Selladores (hasta los 16 años)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Dental (continuación)	<p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración (empastes y coronas) (plateadas y del color del diente) • Endodoncia (tratamiento de conducto radicular) (se requiere autorización previa) • Periodoncia (tratamiento de encías) (se requiere autorización previa) • Prostodoncia (reemplazo de dientes) (se requiere autorización previa) 	<p>Servicios preventivos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones orales • Profilaxis (limpieza y pulido) • Selladores (hasta los 16 años) <p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración (empastes y coronas) (plateadas y del color del diente) • Endodoncia (tratamiento de conducto radicular) (se requiere autorización previa) 	<p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración (empastes y coronas) (plateadas y del color del diente) • Endodoncia (tratamiento de conducto radicular) (se requiere autorización previa) • Periodoncia (tratamiento de encías) (se requiere autorización previa) • Prostodoncia (reemplazo de dientes) (se requiere autorización previa) 	<p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración (empastes y coronas) (plateadas y del color del diente) • Endodoncia (tratamiento de conducto radicular) (se requiere autorización previa) • Periodoncia (tratamiento de encías) (se requiere autorización previa) • Prostodoncia (reemplazo de dientes) (se requiere autorización previa) 	<p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración (empastes y coronas) (plateadas y del color del diente) • Endodoncia (tratamiento de conducto radicular) (se requiere autorización previa) • Periodoncia (tratamiento de encías) (se requiere autorización previa) • Prostodoncia (reemplazo de dientes) (se requiere autorización previa)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Dental (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales de emergencia - Consultar detalles en la sección de Cuidado dental de este manual. 	<ul style="list-style-type: none"> Periodoncia (tratamiento de encías) (se requiere autorización previa) Prostodoncia (reemplazo de dientes) (se requiere autorización previa) Servicios dentales de emergencia - Consultar detalles en la sección de Cuidado dental de este manual. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales de emergencia - Consultar detalles en la sección de Cuidado dental de este manual. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales de emergencia - Consultar detalles en la sección de Cuidado dental de este manual. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales de emergencia - Consultar detalles en la sección de Cuidado dental de este manual.
Equipo y suministros para diabéticos	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Equipos Médicos Duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y dispositivos de tecnología de asistencia	✓	✓	✓	✓	Beneficio limitado
Servicios de emergencia	✓	✓	✓	✓ (con \$10 de copago por servicios de sala de emergencias, excepto si se trató de una remisión del PCP para servicios que deberían haberse brindado en el consultorio del PCP o al momento de la internación en el hospital)	✓ (con \$35 de copago por servicios de sala de emergencias, excepto si se trató de una remisión del PCP para servicios que deberían haberse brindado en el consultorio del PCP o al momento de la internación en el hospital)
Servicios de pruebas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	✓	✓	✓	✓	✓ (limitado a la atención preventiva del niño sano, examen de diagnóstico de audición para recién nacidos, vacunas, exámenes de detección de plomo y tratamiento)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Anteojos y lentes de contacto: Ver más información en la página 40	✓	✓	✓	✓	✓ Un par de anteojos o lentes de contacto cada 24 meses o según sea médicamente necesario
Planificación familiar	✓	✓	✓	✓	✓ (incluye historia clínica y exámenes físicos, pruebas de laboratorio y diagnóstico, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos, asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención y asesoramiento genético; debe usar proveedores de la red)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios de centros de tratamiento residencial de vivienda colectiva y de la División de servicios para jóvenes y familias (Division of youth and family services, DYFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	Sin cobertura
Audífonos	✓	✓	✓	✓	✓ (miembros menores de 16 años)
Atención médica a domicilio	✓	✓	✓	✓	✓ (limitado a enfermería especializada para miembros que reciben cuidado o supervisión de un enfermero registrado (registered nurse, RN) y un auxiliar de atención médica a domicilio, incluye servicios sociales médicos para el tratamiento de la afección médica del miembro)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios de cuidados paliativos: <ul style="list-style-type: none"> Incluye alojamiento y comida en residencia institucional no privada 	✓	✓	✓	✓	✓
Servicios de hospital (para pacientes internados)	✓	✓	✓	✓	✓
Servicios de hospital (para pacientes ambulatorios)	✓	✓	✓	✓ (con copago de \$5, excepto para servicios preventivos)	✓ (con copago de \$5, excepto para servicios preventivos)
Centro de atención intermedia/ discapacidad intelectual	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> • Debe recibir sus resultados dentro de las 24 horas en casos de emergencia y atención de urgencia • Debe recibir sus resultados dentro de los 10 días hábiles en casos que no sean de emergencia y atención de urgencia 	✓	✓	✓	✓	✓ (con copago de \$5 cuando no forma parte de una visita al consultorio)
Servicios de maternidad: <ul style="list-style-type: none"> • Incluye cuidado relacionado del recién nacido 	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Atención médica diurna	✓	✓ Programa diurno de DDD (cubierto por FFS)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Suministros médicos	✓	✓	✓	✓	✓ (limitado a suministros para diabéticos y planificación familiar)
Servicios de enfermero obstetra (prenatales)	✓	✓	✓	✓	✓ (con copago de \$5 para la 1ª visita prenatal solamente)
Servicios de enfermero obstetra (posparto)	✓	✓	✓	✓ (con \$5 de copago por visita)	✓ (con \$5 de copago, excepto servicios de cuidado preventivo; \$10 de copago para visitas fuera del horario de atención y visitas domiciliarias)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios de un enfermero profesional	✓	✓	✓	✓ (con copago de \$5, excepto para servicios de cuidado preventivo)	✓ (con \$5 de copago por visita durante el horario normal de atención, excepto servicios de cuidado preventivo; \$10 de copago para visitas fuera del horario de atención y visitas domiciliarias)
Atención en centro de enfermería: Los miembros de Servicios y asistencia administrada a largo plazo (Managed Long Term Services and Supports, MLTSS) seguirán con WellCare independientemente de la duración de la estadía en el centro de enfermería).	✓ (se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda)	✓ (se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda)	Cuidado a largo plazo (LTC) no cubierto (se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda)	Cuidado a largo plazo (LTC) no cubierto (se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda)	Cuidado a largo plazo (LTC) no cubierto (se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios de optometrista: Incluye un examen de la vista al año para todas las edades (los exámenes adicionales exigen remisión del PCP)	✓	✓	✓	✓ Con copago de \$5	✓ Con copago de \$5 excepto los recién nacidos cubiertos por FFS
Trasplantes de órganos	✓	✓	✓	✓	✓
Servicios de tratamiento de ortodoncia: <ul style="list-style-type: none"> Se suministran con límite de edad cuando son médicamente necesarios (se necesita autorización) 	✓	✓	✓	✓	✓
Aparatos ortopédicos	✓	✓	✓	✓	Sin cobertura

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Pruebas de diagnóstico de paciente ambulatorio	✓	✓	✓	✓	✓
Servicios de cuidado parcial	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)
Servicios de programa hospitalario parcial	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)
Servicios de asistente de cuidados personales	✓ (cubiertos con límites)	✓ (cubiertos por FFS)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Servicios de podología:</p> <ul style="list-style-type: none"> No cubre cuidado higiénico podológico de rutina, como tratamientos de durezas, callosidades, corte de uñas y otros cuidados de higiene realizados en ausencia de una afección patológica. 	✓	✓	✓	✓ (Con copago de \$5)	✓ (Con copago de \$5)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Medicamentos con receta (farmacia de venta minorista):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros Adultos Mayores, Ciegos y Discapacitados (Aged, Blind and Disabled, ABD) con Medicare están cubiertos por la Parte D de Medicare • Los medicamentos para disfunción eréctil, agentes cosméticos y antiobesidad no están cubiertos • Ciertos elementos tópicos y para tos/resfrío no están cubiertos para ciertas edades 	✓	✓	✓	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(copago de \$1 en medicamentos genéricos (cubiertos por WellCare)) (copago de \$5 en medicamentos de marca (cubiertos por WellCare))</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>(\$5 de copago en medicamentos si el suministro es por menos de 34 días (cubierto por WellCare)) (\$10 de copago en medicamentos si el suministro es por más de 34 días (cubierto por WellCare))</p>

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Medicamentos con receta (de un médico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos por la Parte B de Medicare • Copagos para medicamentos cubiertos por la parte B de Medicare considerados DME y utilizados en el hogar cubiertos por Medicaid (es decir, insulina administrada mediante bomba de insulina) 	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios de atención primaria, especializada y de salud para la mujer	✓	✓	✓	✓ (con \$5 de copago por visita; sin copago para consultas de niño sano, exámenes de detección de plomo o tratamiento, vacunas necesarias, cuidado prenatal o exámenes de Papanicolaou)	✓ (con \$5 de copago por visita durante el horario normal de atención; \$10 de copago para visitas domiciliarias y fuera del horario de atención; sin copago para consultas de niño sano, exámenes de detección de plomo o tratamiento, vacunas necesarias o servicios dentales preventivos para niños de hasta 19 años de edad; \$5 de copago para la primera visita prenatal solamente)
Servicios de enfermería privada	✓ (niños menores de 21 años de edad)	✓ (niños menores de 21 años de edad)	✓ (niños menores de 21 años de edad)	✓ (niños menores de 21 años de edad)	✓ (si lo autoriza WellCare)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Prótesis	✓	✓	✓	✓	<p>✓ (limitado al suministro inicial de un aparato protésico que reemplace en forma temporal o permanente todo o parte de una parte externa del cuerpo que se haya perdido o deteriorado por enfermedad, lesión o defecto congénito; los servicios de reparación y reemplazo están cubiertos solo cuando son necesarios por crecimiento congénito)</p>

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Servicios de radiología (diagnósticos y terapéuticos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe recibir sus resultados dentro de las 24 horas en casos de emergencia y atención de urgencia • Debe recibir sus resultados dentro de los 10 días hábiles en casos que no sean de emergencia y atención de urgencia 	✓	✓	✓	✓	✓ (con copago de \$5 cuando no forma parte de una visita al consultorio)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios de rehabilitación (terapia cognitiva, física, ocupacional y del habla)	✓	✓	✓ (limitado a 60 visitas por terapia, por incidente, por año calendario)	✓ (limitado a 60 visitas por terapia, por incidente, por año calendario)	✓ (con un copago de \$5; limitado a 60 visitas por terapia, por incidente, por año calendario; la terapia del habla para retrasos del desarrollo no está cubierta a menos que sea el resultado de una enfermedad, lesión o defectos congénitos)
Exámenes de abuso sexual	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)
Abuso de sustancias	✓ Servicios limitados del Plan A	✓ (cubiertos por WellCare (excepción: servicios de hospitalización parcial y cuidado parcial cubiertos por FFS))	✓ Servicios limitados (cubiertos por FFS)	✓ Servicios limitados (cubiertos por FFS)	✓ Servicios limitados (cubiertos por FFS)

Servicio	NJ FamilyCare A y plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Transporte – terrestre de emergencia	✓	✓	✓	✓	✓
Servicios de transporte – sin carácter de emergencia (vehículos de asistencia móvil (mobile assisted vehicle, MAV) y de soporte vital básico sin carácter de emergencia)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	✓ (cubiertos por FFS)	Sin cobertura
Servicios de transporte – con vehículos de flota (servicio de taxi, autobús, automóvil) <ul style="list-style-type: none"> Incluye reembolso de los gastos de millaje. 	✓ (cubiertos por FFS)	Cubiertos por WellCare. Los miembros de DDD también deben tener el Plan A.	Llame al agente de transporte	Llame al agente de transporte	Sin cobertura