BlueCross BlueShield of New Mexico

espanol.bcbsnm.com/community-centennial

Manual para asegurados de 2024

Una guía para su programa de atención médica administrada

CENTENNIALCARE

Blue Cross
Community Centennial℠

Dichos servicios reciben financiamiento parcial del estado de Nuevo México.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, una división de Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

477380.0523

BlueCross BlueShield of New Mexico

Estimado asegurado de Blue Cross Community Centennial:

Bienvenido al programa de atención médica administrada de Centennial Care, administrado por Blue Cross and Blue Shield of New Mexico. Esperamos poder trabajar con usted y con sus prestadores de servicios médicos para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico tiene contrato con prestadores de servicios médicos en todo Nuevo México y a lo largo de los límites con Texas, Arizona y Colorado. Cuando los prestadores de servicios médicos tienen contrato para proporcionar servicios a los asegurados de Centennial Care, dichos prestadores participan en la red Centennial Care de BCBSNM. Los asegurados con cobertura Centennial Care pueden consultar a cualquier prestador de servicios médicos de la red Centennial Care de BCBSNM. Para acudir a un prestador de servicios médicos que no participa en la red de BCBSNM, es posible que tengamos que darle una autorización previa. Existen algunas excepciones a esta regla, que se explican en la **sección 4, Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura,** de este manual.

Si desea obtener más información sobre nuestra compañía (como su estructura y operaciones) o sobre nuestra red de prestadores de servicios médicos o si tiene preguntas sobre los planes de incentivos para profesionales médicos, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

Tómese unos minutos para revisar este manual y otros materiales que recibió en su paquete de bienvenida. Conocer cómo funciona su programa puede ayudarlo a aprovechar sus servicios médicos al máximo.

Aviso: El Departamento de Servicios Humanos del estado de Nuevo México puede cambiar los beneficios y servicios descritos en este manual. Si eso ocurre, BCBSNM se lo notificará en un plazo de 30 días calendario. Este manual se actualiza de manera anual, y le enviarán por correo la versión más actualizada. Si lo desea, puede consultar la versión electrónica actualizada de este manual y descargarla del sitio web de Blue Cross Community Centennial; para ello, ingrese en **espanol.bcbsnm.com/community-centennial**. Si necesita la copia en un formato alternativo, comuníquese con Atención al Asegurado al **1-866-689-1523**.

Sincerely,

Nancy Smith-Leslie
Directora general de Centennial Care, Blue Cross and Blue Shield of New Mexico

P. O. Box 27838 • Albuquerque, New Mexico 87125-7838
1-866-689-1523 • bcbsnm.com/medicaid

Índice

Asistencia al asegurado 4
Enfermería telefónica 24/7 Nurseline 4
Transporte para casos que no sean de emergencia . 4
Sitio web, ayuda en línea y correo electrónico de BCBSNM 5
Blue for Your Health℠ 5
Qué hacer en caso de una emergencia 5
Servicios de interpretación 6
Cómo comunicarse con Atención al Asegurado 6
Cómo escribir a Atención al Asegurado 6
Cómo podemos ayudarlo 6
Ayuda después del horario de atención 6
Defensor del asegurado 7
Servicios sociales comunitarios 7
Información de salud 7
Opinión de los asegurados 8
Junta Asesora de Asegurados 8

Derechos y responsabilidades de los asegurados 9
Derechos de los asegurados 9
Responsabilidades del asegurado y del representante del asegurado 11
Participación en el programa de atención médica administrada 12
Cómo seleccionar una Organización de Atención Médica Administrada 12
Asignación automática 12
Período de restricción 12
Renovación de cobertura médica 12
Cobertura para las embarazadas 12
Recién nacidos 12

Sección 1: **Solicitud de cobertura médica . . 12**
Tarjetas de asegurado 13
Cambio en la elegibilidad o dirección 13
Cuándo comunicarse con la unidad ISD local 13

Sección 2: **Indígenas estadounidenses 14**
Autorizaciones previas 14
Coordinador de servicios médicos 14
Junta Asesora de Indígenas Estadounidenses 14

Sección 3: **Prestadores de servicios médicos 15**
Directorio de prestadores de servicios médicos y Provider Finder® 16
Prestadores de atención médica primaria (PCP) 16
Cómo elegir un PCP 17
Cómo cambiar de PCP 17
Selección de PCP de Medicare 17
Restricción de PCP 17
Especialistas 18
PCP especialista 18
Cancelación del PCP 18
Referidos 18
Prestadores de servicios médicos que no participan en la red 19
Presentación de reclamaciones para profesionales médicos de la red 19
Cómo programar una cita 19
Transporte a las citas 20
Segundas opiniones 20
Cómo cancelar una cita 21
Hable siempre con su médico 21

Sección 4: **Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura 22**
Autorización previa 22
Casos en los que podría tener que pagar los servicios 23
Otro seguro 23
Fuera de Nuevo México 25
Cobertura duplicada (doble) 25
Servicios experimentales, en investigación o no comprobados 25
Sin efecto en las decisiones de tratamiento 26
Servicios que no son médicamente necesarios 27
Servicios cosméticos 27
Servicios sin obligación legal de pago 27

Sección 4A: **Servicios de salud física 28**
Servicios de prevención 28
Consultas preventivas para niños 28
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) 28
Para adultos 29

Servicios médicos o quirúrgicos 29
Servicios médicos no incluidos en la cobertura 33
Servicios de planificación familiar. 34
Servicios de maternidad y relacionados con el embarazo 34
Atención prenatal 35
Programa Special Beginnings® 36
Sueño seguro (Safe Sleep) para bebés 36
Programa de opciones de parto 36
Programa de consultas a domicilio de Centennial . . 36
Servicios hospitalarios 37
Servicios de atención médica inmediata 37
Problemas médicos de emergencia. 38
Servicios de emergencia 38
Qué hacer en caso de una emergencia 38
Qué casos no constituyen una emergencia. 39
Sala de emergencias y servicios de ambulancia 39
Estadías de observación en el hospital. 39
Atención de seguimiento 39
Qué servicios de atención médica de emergencia no están incluidos en la cobertura 39

Sección 4B: **Servicios de salud mental. 40**
Servicios de salud mental 40
Qué servicios de salud mental no están incluidos en la cobertura 43
Trabajadores de apoyo personal con certificación. . 43
Learn to Live 43

Sección 4C: **Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo. . 44**
Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo 44
Servicios médicos comunitarios. 45
Descripciones de servicios médicos comunitarios. . 47
Servicios médicos comunitarios basados en la agencia. 47
Qué servicios médicos comunitarios basados en la agencia no están incluidos en la cobertura 47
Servicios médicos comunitarios autodirigidos 47
Su participación 48
Corredor de seguros de apoyo. 48
Reclutar, contratar, supervisar y despedir a los prestadores de servicios médicos 48
Qué servicios médicos comunitarios autodirigidos no están incluidos en la cobertura . . . 49

Sección 4D: **Cobertura para medicamentos con receta 50**
Lista de medicamentos 50
Excepciones 50
Requisito de los medicamentos para el dolor 50
Medicamentos y otros artículos incluidos en la cobertura. 51
Programa de farmacias comerciales 51
Límites de suministro de la cobertura de medicamentos 52
Suministro de 93 días 52
Programa de entrega a domicilio 52
Qué medicamentos con receta y otros artículos no están incluidos en la cobertura 52
Exclusión de medicamentos de marca 53
Restricción de farmacia 53

Sección 4E: **Servicios para el cuidado de la vista 54**
Cobertura para la vista 54
Qué servicios para la vista no están incluidos en la cobertura 55
Asegurados con cobertura de servicios alternativos (ABP). 55

Sección 4F: **Servicios dentales 56**
Servicios dentales incluidos en la cobertura 56
Qué servicios dentales no están incluidos en la cobertura. 56
Cómo encontrar un dentista. 56
Atención dental inmediata. 56
Atención dental que no requiere atención inmediata 56
Chequeo dental de rutina 56

Sección 4G: **Servicios de transporte. 58**
Qué servicios de transporte no están incluidos en la cobertura. 59
Cómo programar el transporte para la atención médica de rutina 59
Servicios de transporte que necesitan autorización previa para traslados de larga distancia. 59
Comida y alojamiento 60
Pago por reintegro de millas 60
Dirección para los informes de gastos y reintegro de millas. 61

Servicios de transporte para traslados a consultorios de PCP que requieren autorización . . . 61
Traslados a prestadores de servicios médicos que no participan en la red 61
Acompañantes o miembros de la familia 62
Recolección de suministros médicos y medicamentos con receta 62

Sección 4H: **Servicios con valor agregado (VAS). 63**

Sección 4I: **Recompensas para los asegurados. 65**

Sección 5: **Cobertura de servicios alternativos 66**
Cobertura de servicios alternativos (ABP) 66
Cobertura sin servicios alternativos (ABP) 66
Servicios con valor agregado (VAS, en inglés) 67
Tarjetas de asegurado 67
Red de prestadores de servicios médicos 67

Sección 6: **Coordinación de Servicios médicos. 68**
Necesidades médicas 68
Niveles de Coordinación de Servicios médicos 68
Coordinación de Servicios médicos. 69
Cómo obtener ayuda con las necesidades especiales de atención médica. 70
Servicios sociales comunitarios 70
Alojamientos con servicios de apoyo 71
Programa para dejar de consumir tabaco 71

Sección 7: **Inconformidades (quejas) y apelaciones 72**
Inconformidad (queja). 72
Cómo presentar una inconformidad. 72
Dirección y número de teléfono para presentar una inconformidad 72
Plazos para presentar una inconformidad 72
Plazos para responder una inconformidad 72
Quién puede presentar una inconformidad 73
Una inconformidad no es lo mismo que una apelación 73
Apelación. 73
Plazos para presentar una apelación 73
Cómo presentar una apelación 74
Dirección y número de teléfono para presentar apelaciones 75
Cómo manejamos su apelación 76
Cómo mantener sus servicios durante una apelación y una audiencia administrativa del HSD. 76
Apelación acelerada 78
Rechazo de solicitud de apelación acelerada 78
Audiencia administrativa del HSD 79

Sección 8: **Anulación de la inscripción 80**
Período de elección anual 80
Mudarse fuera del estado 80
Solicitudes de anulación de la inscripción de los asegurados 80
Motivos del HSD para anular la inscripción de los asegurados 80
Motivos de BCBSNM para anular la inscripción de los asegurados 80
El prestador de servicios médicos de atención residencial a largo plazo o de apoyo en el empleo abandona la red. 80
Anulación de la inscripción durante una estadía en el hospital o mientras está en un centro de enfermería. 81
Cómo anular la inscripción 81

Sección 9: **Información general 82**
Cambios en el manual o en los servicios médicos . . 82
Divulgación de información. 82
Cómo acceder a sus expedientes médicos 82
Instrucciones anticipadas. 82
Instrucciones anticipadas sobre salud mental 83
Catástrofes 83
Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 83
Fraude y abuso en la atención médica 83
Cómo puede ayudar 83
Cómo denunciar fraude y abuso 84
Política médica 84
Privacidad de su información 85
Cómo usamos o compartimos su PHI. 85
Cómo protegemos su PHI 85
Información. 85
Compañías independientes. 85

La cobertura de Medicaid de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) (también conocida como Centennial Care) se llama Blue Cross Community Centennial. Si tiene preguntas sobre Centennial Care, puede llamarnos al **1-866-689-1523** o visitar nuestra oficina en Albuquerque. No necesita una cita para presentarse en nuestra oficina.

Horario de atención telefónica: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado los sábados y domingos.

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado los sábados y domingos. Nuestra oficina está cerrada en Año Nuevo, el Día de Conmemoración de los Caídos, el Día de la Independencia, el Día del Trabajo, el Día de Acción de Gracias y en Navidad.

Lugar: 4373 Alexander Blvd. NE, Albuquerque, NM 87107.

Si necesita ayuda después del horario de atención, puede llamar a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**, y dejar un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil antes de las 5:00 p. m.

Enfermería telefónica 24/7 Nurseline

Si no puede comunicarse con su prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés), la enfermería telefónica 24/7 Nurseline lo conectará con un enfermero que puede ayudarlo a decidir si necesita acudir a la sala de emergencias o a un centro de atención médica inmediata, o si debe programar una cita con su PCP. Si cree que tiene un problema urgente y su profesional médico no puede atenderlo de inmediato, comuníquese con la enfermería telefónica para que lo aconsejen. Llame sin costo al **1-877-213-2567**.

También tenemos una biblioteca telefónica con más de 300 temas de salud disponible a través de la enfermería telefónica Nurseline.

Transporte para casos que no sean de emergencia

Para solicitar un traslado a una cita programada, llame a la línea para reservas de ModivCare™ (anteriormente LogistiCare), al **1-866-913-4342**. Llame por lo menos tres días hábiles antes de su consulta médica, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para volver a su hogar o coordinar un traslado después del horario de atención (por ejemplo, en casos de atención médica inmediata), llame a la línea telefónica Ride Assist. Puede llamar sin costo al **1-866-418-9829** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede leer sobre ModivCare en la sección 4G, Servicios de transporte.

Sitio web, ayuda en línea y correo electrónico de BCBSNM

¿Necesita encontrar un prestador de servicios médicos, descargar el Manual para asegurados, consultar la lista de medicamentos o encontrar formularios y otra información sobre la cobertura? Visite el sitio web de BCBSNM, en espanol.bcbsnm.com/community-centennial. También puede enviar un correo electrónico a Atención al Asegurado desde el sitio web (diríjase a "Comuníquese con nosotros").

Si tiene acceso a Internet, en BCBSNM contamos con programas y recursos en línea que usted puede usar. Blue Access for Members℠ (BAM℠) es nuestro portal protegido para asegurados donde puede hacer lo siguiente:

- Leer el Manual para asegurados.
- Buscar prestadores de servicios médicos que participan en BCBSNM para Centennial Care, como médicos u hospitales.
- Enviar una solicitud para cambiar de PCP.
- Leer las preguntas frecuentes sobre su cobertura médica.
- Encontrar información sobre salud y bienestar.
- Buscar una lista de los medicamentos que están incluidos en su cobertura médica y obtener información sobre los medicamentos genéricos.
- Imprimir una tarjeta provisional de asegurado, solicitar una nueva tarjeta o ver una digital.
- Descargar formularios.
- Encontrar enlaces de Internet para otros servicios, números de teléfono importantes y direcciones de correo electrónico.
- Enviar preguntas o comentarios por correo electrónico a BCBSNM a través de mensajes protegidos.

Para consultar nuestras funciones y programas en línea, inicie sesión en BAM℠. Si nunca ha iniciado sesión en BAM, haga clic en *"Inscríbase ahora"* en el casillero de inicio de sesión. Luego, siga los pasos para inscribirse.

Si necesita ayuda para ingresar en BAM, llame sin costo al servicio de asistencia de Blue Access for Members, al **1-888-706-0583** (TTY: **711**). El servicio de asistencia está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Le recomendamos inscribirse en BAM y usar los recursos en línea. Los programas y las reglas de los programas pueden cambiar o finalizar sin aviso, a medida que se diseñan nuevos programas o a medida que cambian sus necesidades.

Si tiene preguntas sobre la cobertura médica de Blue Cross Community Centennial, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

Blue for Your Health℠

El boletín de Blue Cross Community Centennial, titulado *"Blue for Your Health"*, está disponible en línea a través del portal BAM y en nuestro sitio web público. El boletín se publica una vez por trimestre (cada tres meses). Si no tiene acceso a Internet para ver el boletín, solicite una copia impresa a Atención al Asegurado comunicándose al **1-866-689-1523** (TTY: **711**).

Qué hacer en caso de una emergencia

Si necesita resucitación cardiopulmonar (CPR, en inglés) o si su vida o una de sus extremidades corren peligro inminente, llame al **911**. Si no es necesario llamar al **911**, diríjase al hospital o a la sala de emergencias más cercanos. Para los asegurados que experimenten una crisis de salud mental o una emergencia, llame al **988**. No necesita autorización previa para los servicios de emergencia. Después de recibir atención médica, debe llamar a su PCP lo antes posible para coordinar los servicios de seguimiento. Consulte la sección 4A, Servicios de salud física, para obtener más información sobre cómo recibir atención médica de emergencia. No use la sala de emergencias en situaciones que no sean de emergencia. Si usted es un asegurado que recibe servicios en una agencia de servicios esenciales (CSA, en inglés), también puede usar su plan de crisis para obtener más instrucciones y comunicarse al número en caso de crisis de su agencia de servicios esenciales. Antes de que surja una emergencia, comuníquese con un coordinador de servicios médicos asignado y consulte sobre su plan en caso de sufrir una crisis personal.

Servicios de interpretación

Cuando programe una cita, informe al personal del consultorio de su profesional médico si necesita un intérprete de un idioma que no sea inglés o de lenguaje de señas. El profesional médico debe tener un intérprete presente durante la cita. En la consulta médica, si el profesional no puede ofrecerle servicios de traducción, llame a Atención al Asegurado.

Si necesita interpretación oral en cualquier idioma, llame a Atención al Asegurado. También pueden traducirse documentos escritos al español u obtenerse en otro formato, si es necesario.

Las personas sordas o con dificultades de la audición o del habla pueden usar la red de retransmisión de Nuevo México. Al marcar **711**, la persona que llama se comunica con el servicio de retransmisión de llamadas TTY y llamadas de voz de la División de Asistencia Médica del Departamento de Servicios Humanos (HSD/MAD, en inglés).

Cómo comunicarse con Atención al Asegurado

Si tiene preguntas sobre Centennial Care, puede llamarnos, escribirnos o enviarnos un correo electrónico. También puede visitar nuestra oficina en Albuquerque. Estamos a su servicio. **Llámenos al 1-866-689-1523**. En cualquier momento que necesite ayuda, puede acceder a nuestro número de teléfono, que aparece en su tarjeta de asegurado.

Cómo escribir a Atención al Asegurado

Envíe su pregunta a la siguiente dirección:

Blue Cross Community Centennial
P.O. Box 27838
Albuquerque, NM 87125-7838

Cómo podemos ayudarlo

Ya sea que nos llame, escriba, envíe un correo electrónico o visite en BCBSNM, los especialistas de Atención al Asegurado pueden ayudarlo con lo siguiente:

- elegir un PCP o encontrar otros prestadores de servicios médicos de la red de Centennial Care;
- coordinar el transporte a las citas con el profesional médico;
- solicitar autorizaciones previas;
- consultar el estado de una reclamación;
- solicitar una tarjeta de asegurado de reemplazo, un listado impreso de los prestador de servicios médicos de la red, una guía o formularios para asegurados;
- hacer preguntas sobre lo que está y lo que no está incluido en la cobertura del programa de Centennial Care.

Ayuda después del horario de atención

Si necesita ayuda o desea presentar una queja después del horario de atención, puede llamar a Atención al Asegurado. Nuestro sistema telefónico automático atenderá su llamada. Puede usar este sistema para lo siguiente:

- dejarnos un mensaje para que lo llamemos el siguiente día hábil;
- dejar un mensaje para informar que tiene una queja o una apelación;
- hablar de inmediato con un enfermero a través de la enfermería telefónica 24/7 Nurseline si tiene un problema de salud.

Defensor del asegurado

El defensor del asegurado está a disposición de todos los asegurados de Centennial Care sin costo. El defensor del asegurado analiza los problemas y trata de resolverlos de forma justa. Esto se logra gracias a que se usan las pautas de Medicaid y los recursos de BCBSNM para ayudarlo. El defensor del asegurado quiere ayudarlo a recibir los beneficios y servicios de su cobertura médica de Blue Cross Community Centennial.

El defensor del asegurado puede hacer lo siguiente:

- resolver sus inquietudes sobre los beneficios o servicios que considera que deberían estar incluidos en la cobertura, pero que se rechazaron;
- ayudarle a entender o aclarar sobre sus derechos, responsabilidades y los servicios incluidos que están disponibles para usted;
- ayudarle a comunicarse con el personal correspondiente de BCBSNM;
- ayudarle a entender las ventajas y las desventajas de las posibles opciones, así como las políticas y los procedimientos de BCBSNM, para que pueda aprovechar al máximo sus beneficios y servicios de atención médica.

Puede comunicarse con el defensor del asegurado por teléfono o por correo electrónico:

Para llamadas sin costo: **1-888-243-1134;** TTY: **711**.

Correo electrónico: NMCentennialCareOmbudsman@bcbsnm.com.

Servicios sociales comunitarios

El programa de servicios sociales comunitarios está a disposición de todos los asegurados de Centennial Care. Con este servicio, puede encontrar recursos comunitarios que lo mantendrán sano y seguro. Somos el nexo entre usted y todas las organizaciones sin fines de lucro que ayudan a las personas en la comunidad. Llámenos al **1-877-232-5518,** opción 3 y, luego, opción 5, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Podemos ayudarlo a encontrar recursos, como los siguientes:

- comedores comunitarios;
- coordinadores de servicios médicos;
- el programa Early Head Start para su hijo;
- cupones de alimentos, las oficinas de los programas Temporary Assistance for Families with Young Children (asistencia temporal para familias con niños pequeños) o Women, Infants, and Children (programa para mujeres, bebés y niños);
- ayuda con cobros de energía eléctrica;
- Información sobre grupos de apoyo o servicios locales;
- programa de consultas a domicilio, incluidos los programas Nurse Family Partnership (asociación de enfermeras y familias) y Parents as Teachers (padres como maestros);
- otros recursos comunitarios.

Información de salud

Ofrecemos muchas maneras de acceder a la información sobre promociones, mantenimiento y prevención de salud para usted y sus hijos. Esta información puede enseñarle estilos de vida saludables y comportamientos que pueden afectar su salud. A continuación, encontrará maneras de obtener esta información. Visite nuestro sitio web, espanol.bcbsnm.com/community-centennial, donde puede hacer lo siguiente:

- asistir a clases de salud en una ubicación cercana;
- conocer maneras de cómo hablarle a su prestador de servicios médicos o enfermeros durante las consultas;

- consultar programas para controlar la diabetes o el asma, o para dejar de consumir tabaco;
- conocer cómo el programa de administración de casos puede ayudarle cuando necesite atención médica;
- aprender a programar una consulta virtual con médicos y terapeutas para ciertos problemas que no son de emergencia, como alergias, asma, resfriado o gripe, infecciones del oído, asesoramiento en línea y manejo del estrés.

Inicie sesión en Blue Access for Members para lo siguiente:

- leer el boletín de salud;
- acceder al programa Special Beginnings;
- aprender a programar una consulta virtual con médicos y terapeutas para problemas médicos que no son de emergencia;
- consultar guías para el bienestar y temas de salud;
- registrarse para recibir mensajes de texto en su teléfono celular y por correo electrónico. Le enviaremos mensajes con información sobre diabetes, asma, salud del corazón y para el acondicionamiento físico. También puede recibir recordatorios para los medicamentos con receta si lo desea.

Llame a Atención al Asegurado al **1-866-689-1523** para obtener más información.

Para ayudarlo a conectarse con los recursos comunitarios, participamos en ferias de salud y eventos de compromiso. Cuando se programe un evento en su área, recibirá un correo para informarle sobre los temas que tratarán y los exámenes que se realizarán.

Centennial Care proporciona información de salud en eventos en su comunidad y por medio de folletos que se encuentran disponibles en el consultorio del profesional médico. La meta es ayudarle a estar informado y a recibir los beneficios completos de todos los servicios que ofrece Centennial Care. Si necesita otros materiales, llame al Departamento de Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**, y solicite que un especialista lo ayude.

Opinión de los asegurados

En BCBSNM, necesitamos su ayuda para mejorar los servicios que le ofrecemos. Envíe un correo electrónico, llame o escriba a Atención al Asegurado si tiene ideas sobre cómo podemos mejorar los servicios de BCBSNM.

Junta Asesora de Asegurados

La Junta asesora de asegurados (MAB, en inglés) es un equipo de miembros de Blue Cross Community Centennial y personal de BCBSNM que se reúnen seis veces al año para dialogar sobre sus beneficios y formas de mejorar los servicios. Puede conocer sus derechos y responsabilidades como asegurado y dar su opinión sobre la información para afiliados.

Es probable que reciba una llamada telefónica en la que se lo invita a reunirse con nosotros. Puede llamarnos o escribirnos a **bcbs_ab@bcbsnm.com** y comunicarnos que quiere participar. Para obtener más información sobre la MAB o hacer una reserva, llame al **1-866-825-6034** (TTY: **711**). Puede visitar nuestro sitio web ingresando en bcbsnm.com/medicaid (en inglés) para obtener más información.

Para ver la agenda de las próximas reuniones, visite **espanol.bcbsnm.com/community-centennial/member-resources/resources**

Derechos de los asegurados

Nuestra política en BCBSNM es asegurarnos de que usted sepa que tiene los derechos que figuran a continuación.

Como asegurado de Centennial Care, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir atención médica cuando el profesional médico o BCBSNM determinen que es médicamente necesaria; recibir servicios de atención médica de emergencia o de atención médica inmediata las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y los otros servicios de atención médica que se definen en el *Manual para asegurados*.
- Recibir atención médica sin que lo discriminen.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Elegir un PCP o profesional médico de la red de BCBSNM y poder rechazar la atención de ciertos prestadores de servicios médicos (es posible que requiera autorización previa para consultar a algunos prestadores de servicios médicos).
- Recibir una copia de la política de derechos y responsabilidades de los asegurados de BCBSNM y hacer recomendaciones al respecto.
- Recibir información sobre los derechos y las responsabilidades de los asegurados de BCBSNM, las políticas y los procedimientos relacionados con los productos, los servicios, los profesionales médicos, los procedimientos de apelación y otra información sobre la compañía; así como obtener información sobre cómo acceder a los servicios incluidos en la cobertura y a los profesionales médicos de nuestra red.
- Recibir una copia impresa del aviso de privacidad del HSD si la solicita.
- Asegurarse de que su Organización de Atención Médica Administrada (MCO, en inglés) cumpla las leyes federales y estatales correspondientes, incluidas la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley contra la Discriminación por Motivos de Edad de 1975, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Enmienda de Educación de 1972, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, en inglés) y la sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- Recibir el nombre y los antecedentes profesionales de todas las personas involucradas en su tratamiento y el nombre de la persona que es la principal responsable de su atención.
- Elegir a una persona sustituta para que tome las decisiones y brinde asistencia en lo que se refiere a la atención médica, según convenga. Puede hacerlo usted o su tutor.
- Contar con la presencia de un intérprete si no habla o no entiende el idioma que se habla.
- Participar con su profesional médico en todas las decisiones relacionadas con su atención médica, entre ellas la de entender su problema médico o de salud mental, involucrarse en su plan de tratamiento, tomar decisiones sobre tratamientos aceptables y conocer su derecho a rechazar el tratamiento de atención médica o los medicamentos después de que le expliquen las posibles consecuencias en palabras que puede entender. Los miembros de la familia, los tutores, los representantes o las personas legalmente a cargo de la toma de decisiones también tienen este derecho, según corresponda.

- Hablar con su profesional médico sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, las alternativas y los posibles resultados que pueden derivarse de sus problemas médicos, independientemente del costo o de la cobertura de los servicios médicos, y a tener esta información registrada en el expediente médico. Si no puede entender la información, se le explicará a su familia, tutor, representante o persona sustituta encargada de la toma de decisiones.
- Dar consentimiento informado para los servicios médicos de salud física o mental.
- Tomar decisiones respecto de las instrucciones anticipadas para la atención médica de su salud física o mental. Usted o su representante legal pueden tomar estas decisiones, según lo permita la ley.
- Acceder a su expediente médico en conformidad con las leyesfederales y estatales vigentes. Esto significa que usted tiene derecho a recibir comunicaciones sobre sus expedientes privados, solicitar un cambio o que se agregue información si considera que están incompletos o son incorrectos, pedir la divulgación limitada de sus expedientes médicos y que le informen si se divulga esta información por accidente. Si el asegurado tiene un tutor, el tutor tiene este derecho.
- Solicitar una segunda opinión de otro profesional médico de la red de BCBSNM. Puede hacerlo usted o su tutor.
- Presentar una inconformidad respecto a BCBSNM o la atención que recibió, o presentar una apelación respecto a la cobertura de algún servicio que en BCBSNM hayamos decidido rechazar o recortar. Después de que haya finalizado su apelación, puede solicitar una audiencia administrativa del HSD. Los procesos de inconformidad, apelación y audiencia administrativa del HSD pueden usarse sin temor a represalias.
- Recibir notificación inmediata sobre la terminación o las modificaciones que se realicen a los beneficios, los servicios o la red de prestadores de servicios médicos.
- No ser objeto de acoso por parte de BCBSNM o de los prestadores de servicios médicos de la red a raíz de disputas contractuales que pudieran surgir entre ellos.
- Seleccionar una cobertura médica y poder ejercer los derechos a cambiarla sin que por ello reciba amenazas o acoso.
- Estar libre de toda forma de restricción o reclusión como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, según se especifique en las reglamentaciones federales o de Nuevo México sobre el uso de la restricción o la reclusión.
- Ejercer los derechos sin preocuparse de que esto pueda afectar negativamente la atención.
- Recibir información sobre las opciones y las alternativas de tratamiento disponibles de una manera que usted pueda entender.

Responsabilidades del asegurado y del representante del asegurado

Nuestra política en BCBSNM es asegurarnos de que usted conozca las responsabilidades que figuran a continuación.

Como asegurado de Centennial Care, usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Brindar la información médica completa para ayudar a su prestador de servicios médicos a ofrecerle la atención que necesita.
- Seguir el plan de tratamiento y las instrucciones para los medicamentos, la dieta y el ejercicio, según lo acordaron usted y su profesional médico.
- Hacer todo lo posible por entender sus problemas médicos, de salud mental o de atención a largo plazo, y participar en el desarrollo de los objetivos de tratamiento acordados entre usted y su profesional médico.
- Programar las citas para sus consultas con un profesional médico con anticipación.
- Asistir a sus citas o llamar a su profesional médico para volver a programarlas o cancelarlas por lo menos 24 horas antes de la cita.
- Informar a sus profesionales médicos si no entiende lo que le explican sobre su atención médica.
- Tratar con respeto y cortesía a los profesionales médicos y a otros empleados de atención médica.
- Presentar la tarjeta de asegurado a todos los prestadores de servicios médicos antes de recibir servicios médicos (de lo contrario, podrían cobrarle el servicio).
- Conocer el nombre de su PCP y permitir que le proporcione atención o la coordine.
- Llamar a su PCP o a la enfermería telefónica 24/7 Nurseline antes de acudir a una sala de emergencias, excepto en situaciones en las que considere que su vida está en peligro o que se pueda dañar de manera permanente su salud, o si piensa en dañarse o dañar a otros.
- Proporcionar al HSD de Nuevo México y a BCBSNM la siguiente información:
  - dirección postal actual;
  - número de teléfono actual, incluida cualquier línea de teléfono fijo o celular, si corresponde;
  - información de contacto de emergencia actual;
  - dirección de correo electrónico actual, si corresponde.
- Informar al HSD de Nuevo México y a BCBSNM si hay cambios en su dirección o número de teléfono.
- Informar a BCBSNM si tiene otro seguro de gastos médicos, incluido Medicare.
- Proporcionar copias de su testamento vital e instrucciones anticipadas sobre la salud física, la salud mental o la atención a largo plazo a su PCP para que las incluya en sus expedientes médicos.
- Leer y respetar el *Manual para asegurados*.

Participación en el programa de atención médica administrada

Cuando solicite la cobertura de Medicaid en la unidad Income Support Division (ISD), deberá elegir una cobertura de atención médica administrada. Todos los asegurados tienen que elegir una cobertura de atención médica administrada, excepto los asegurados indígenas estadounidenses que no reciben atención a nivel de centro de enfermería. Si usted es indígena estadounidense y recibe atención al nivel de centro de enfermería o tiene Medicare y Medicaid, tendrá que solicitar cobertura de atención médica administrada.

Cómo seleccionar una Organización de Atención Médica Administrada

Puede elegir una Organización de Atención Médica Administrada (MCO, en inglés) cuando solicita la cobertura de Medicaid en la unidad ISD local o en el portal YES New Mexico (www.yes.state.nm.us/yesnm/home/index?lang=es_US).

Asignación automática

Tiene la oportunidad de elegir una MCO cuando completa la solicitud de Medicaid. Si no lo hace, se le asignará una de manera automática. Le asignarán una MCO al azar, a menos que haya tenido cobertura de una MCO durante menos de seis meses desde que se terminó su cobertura. Si vuelve a solicitar la cobertura de Medicaid durante este período, le volverán a asignar la misma MCO automáticamente. Será la misma para todos los miembros de la familia. Los recién nacidos estarán incluidos en la cobertura de la misma MCO que la de su madre.

Período de restricción

Durante los primeros tres meses como asegurado con cobertura de Centennial Care, usted puede elegir una nueva MCO. Después de los tres meses, no puede elegir una nueva MCO hasta el próximo período de solicitud de cobertura médica de 12 meses del HSD.

Renovación de cobertura médica

La mayoría de los asegurados deben renovar la cobertura Medicare cada 12 meses. Puede hacerlo acudiendo a la oficina de ISD o, en algunos casos, comunicándose con HSD al **1-888-997-2583**.

Cobertura para las embarazadas

Algunas aseguradas son elegibles para la cobertura Medicare si están embarazadas. Dicha cobertura dura por un año después del embarazo.

Recién nacidos

Si la madre está asegurada en Medicaid, su bebé tendrá cobertura de Medicaid durante 13 meses a partir del mes de nacimiento. Si la madre está asegurada en una MCO, el niño estará asegurado en la misma MCO que la madre. Se puede cambiar la MCO del bebé si la madre (o el tutor) lo solicitan dentro de los tres primeros meses después del nacimiento.

Puede que haya bebés cuyas madres no estén aseguradas en Medicaid. Si la madre ha enviado la solicitud y es elegible para Medicaid, el bebé tendrá 12 meses de cobertura. Si la madre envía la solicitud dentro de los tres primeros meses después del nacimiento, el niño tendrá cobertura desde el nacimiento hasta el mes de su primer cumpleaños.

Durante las consultas prenatales, asegúrese de informar al prestador de servicios médicos del nombre del PCP que quiere para su bebé. Después de que nazca su bebé, en el hospital completarán el formulario de aviso de nacimiento, que se envía a la MCO y a la unidad ISD local. Es muy importante que notifique el nacimiento de su bebé a la unidad ISD local lo antes posible. Ellos colaborarán con su MCO para solicitar la cobertura del recién nacido y le enviarán por correo las tarjetas de asegurado.

Recuerde que cuanto más pronto sepan en la unidad ISD local que ha nacido su bebé, más pronto podrá coordinar los servicios médicos para el niño. Esto incluye vacunas y chequeos de bebés sanos. Si tiene preguntas sobre cómo solicitar cobertura para su bebé, llame al coordinador de servicios médicos, al **1-877-232-5518**, opción 3 y luego opción 2. Si no tiene un coordinador de servicios médicos, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

Remember, the sooner your local ISD office knows your baby is born, the sooner you can arrange medical services for your baby. This includes shots and well-baby checkups. If you have any questions about enrolling your baby, call your care coordinator at **1-877-232-5518**, option 3, then option 2. If you do not have a care coordinator, call Member Services at **1-866-689-1523**.

Tarjetas de asegurado

En su tarjeta de asegurado de Blue Cross Community Centennial, está la información que necesita para obtener la atención médica incluida en la cobertura. Presente su tarjeta de asegurado al prestador de servicios médicos cuando reciba servicios. Esta tarjeta de asegurado puede usarse para obtener medicamentos con receta y servicios de salud física, de salud mental, de atención a largo plazo, servicios dentales y para la vista. Si tiene Medicare u otro seguro, también presente esa tarjeta. Además, puede solicitarle a su prestador de servicios médicos que verifique su elegibilidad para Medicaid. Para ello, el prestador de servicios médicos puede comunicarse con BCBSNM o consultar el portal web de Medicaid. No deje que nadie más que usted use su tarjeta de asegurado de Centennial Care. Si lo permite, podría perder su elegibilidad para Medicaid.

Si necesita una tarjeta de asegurado de Centennial Care de remplazo, puede ir a espanol.bcbsnm.com/community-centennial, iniciar sesión en Blue Access for Members y pedir una nueva tarjeta de asegurado. También puede llamar a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.
Le enviarán la tarjeta de asegurado de remplazo dentro de los 10 días calendario de la fecha de solicitud. Si necesita obtener servicios antes de recibirla, inicie sesión en BAM e imprima una tarjeta. También puede acceder a su tarjeta de identificación digital en BAM. había iniciado sesión antes, siga los pasos para inscribirse en BAM. Si necesita ayuda para ingresar en BAM, llame sin costo al servicio de asistencia al **1-888-706-0583**.

Cambio en la elegibilidad o dirección

Enviamos mucha información importante a la dirección que dio en la unidad ISD. Si cambia de dirección o de número de teléfono, es muy importante que llame a la unidad ISD de inmediato y les brinde la nueva información. También puede visitar el portal YES New Mexico (www.yes.state.nm.us/yesnm/home/index?lang=es_US) y actualizar sus datos. La elegibilidad para Medicaid se determina según la cantidad de personas que conforman su familia. Si el número de personas en su familia cambia, es importante que lo informe a la unidad ISD de inmediato.

Cuándo comunicarse con la unidad ISD local

Deberá llamar a la unidad ISD local o ingresar en el portal YES New Mexico (www.yes.state.nm.us/yesnm/home/index?lang=es_US) para actualizar sus datos si ocurre lo siguiente:

- cambia su nombre;
- se muda;
- cambia su número de teléfono;
- tiene un hijo, adopta un hijo o coloca a su hijo en adopción;
- contrata otro seguro de gastos médicos, incluido Medicare;
- se muda fuera de Nuevo México;
- tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid.

Autorizaciones previas

Los asegurados indígenas estadounidenses no necesitan autorización previa para acudir a un centro de servicios médicos para el indígena, a un prestador de servicios médicos tribal o a un prestador de servicios médicos para indígenas en zonas urbanas (denominados "I/T/U"). Esto también se aplica a los centros Tribal 638. Incluso si estos centros o prestadores de servicios médicos no participan en la red de Centennial Care, usted puede consultarlos. Entendemos la importancia que tiene su relación con el prestador de servicios médicos de los I/T/U. Nuestros coordinadores de servicios médicos lo ayudarán a coordinar su atención con estos prestadores de servicios médicos.

Usted puede recibir servicios directamente de un prestador de servicios médicos de los I/T/U, incluidos los centros dirigidos por indígenas estadounidenses o tribus nativas de Alaska. También puede obtener medicamentos con receta en centros de los I/T/U que no estén en la Lista de medicamentos y no necesitará que en BCBSNM le demos una autorización previa.

Coordinador de servicios médicos

Puede pedir que le asignen un coordinador de servicios médicos que sea indígena estadounidense.

Junta Asesora de Indígenas Estadounidenses

La Junta Asesora de Indígenas Estadounidenses (NAAB, en inglés) es un equipo de asegurados de Blue Cross Community Centennial y personal de BCBSNM que se reúnen cuatro veces al año para hablar sobre sus beneficios y maneras de mejorar los servicios. Puede informarse sobre sus derechos y responsabilidades como asegurado, y comentar sobre la información a los asegurados.

Es posible que reciba una llamada telefónica para invitarlo a participar en una reunión. También puede llamarnos o escribirnos para avisarnos que quiere participar. Para obtener más información sobre NAAB o hacer una reserva, llame al **1-866-825-6034** (TTY: **711**). Visite nuestro sitio web ingresando en bcbsnm.com/medicaid (en inglés). https://www.bcbsnm.com/community-centennial/native-americans (en inglés) para consultar el calendario de reuniones de NAAB e información sobre recursos.

Todos los lugares donde puede recibir servicios incluidos en la cobertura o las personas que pueden proporcionarle estos servicios se llaman "prestadores de servicios médicos". Son prestadores de servicios médicos los PCP, los especialistas, los enfermeros, los consejeros, los hospitales, los centros de atención médica inmediata y las farmacias, entre otros.

Si quiere obtener más información sobre su prestador de servicios médicos, por ejemplo, en qué facultad de Medicina estudió o dónde hizo la residencia, sus capacitaciones, su especialidad o si tiene certificación de la junta médica, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

Para ayudarlo a administrar los costos de la atención médica, en Centennial Care se le pide que su PCP coordine su atención y que usted se atienda con prestadores de servicios médicos de la red Centennial Care. Estos son prestadores de servicios médicos independientes que acordaron mediante un contrato atender a los asegurados de Centennial Care y seguir las reglas del programa de Centennial Care de BCBSNM. En este manual, nos referimos a estos prestadores de servicios médicos independientes como "prestadores de servicios médicos de la red", "prestadores de servicios médicos de Centennial Care" o "prestadores de servicios médicos que participan en la red de Centennial Care".

Conforme a su cobertura de Centennial Care, usted debe obtener servicios de prestadores de servicios médicos de la red. Los prestadores de servicios médicos que están fuera de la red de Centennial Care se denominan "prestadores de servicios médicos que no participan en la red", y los servicios que proporcionan no están incluidos en la cobertura, excepto en los siguientes casos:

- Atención médica inmediata o atención médica de emergencia según se describen en la **sección 4A, Servicios de salud física**.
- Servicios de planificación familiar.
- Consultas de los indígenas estadounidenses a los prestadores de servicios médicos de los I/T/U o los centros Tribal 638.
- Cuando recibe una autorización previa de BCBSNM (como cuando no hay prestadores de servicios médicos de la red de Centennial Care que puedan brindarle la atención que necesita).

Si usted es un nuevo asegurado del programa de Centennial Care, es posible que tengamos que programar que usted se cambie a un prestador de servicios médicos de la red de Centennial Care. Por ejemplo, es posible que usted ya esté usando un servicio de atención médica a domicilio o consultando a un prestador de servicios médicos que no participa en la red de Centennial Care. Aprobaremos que continúe consultando a este profesional médico mientras lo ayudamos a cambiarse a un prestador de servicios médicos de Centennial Care. Simplemente llame o envíe un correo electrónico a Atención al Asegurado. Estamos a su servicio.

Directorio de prestadores de servicios médicos y Provider Finder®

Para encontrar un prestador de servicios médicos de la red de Centennial Care en su área, visite el directorio en línea Provider Finder en nuestro sitio web, espanol.bcbsnm.com/community-centennial. Provider Finder cuenta con una lista de PCP y de otros prestadores de servicios médicos de la red. También puede encontrar una copia del directorio de prestadores de servicios médicos en nuestro sitio web. Para solicitar una lista impresa de prestadores de servicios médicos del directorio, llame a Atención al Asegurado al **1-866-689-1523**. Le enviaremos una dentro de los 10 días calendario de su solicitud sin costo. En el directorio se enumeran todos los prestadores de servicios médicos de la red local de Centennial Care. En el directorio no se incluirán los proveedores de transporte. Debe llamar a ModivCare (anteriormente LogistiCare) para programar todos los transportes para casos que no sean de emergencia. **Puede leer sobre ModivCare (anteriormente LogistiCare) en la sección 4G: Servicios de transporte.**

En el directorio, se indicarán la especialidad del prestador de servicios médicos, qué idiomas se hablan en el consultorio, el horario de atención, los números de teléfono y otra información. Para ver esta información en el directorio del sitio web, haga clic en el nombre del profesional médico. En el directorio del sitio web, también puede ver un mapa de la ubicación del consultorio del profesional médico.

Algunos profesionales médicos en la lista solo aceptan pacientes ya establecidos. Esto significa que si usted no es paciente de ese profesional médico, no puede elegirlo como PCP. Es posible que algunos de estos profesionales médicos comiencen a aceptar nuevos pacientes, o dejen de aceptarlos, después de que se imprima el directorio. Recomendamos que le pregunte al PCP si acepta nuevos pacientes antes de ir a consulta.

Prestadores de atención médica primaria (PCP)

La función de los prestadores de atención médica primaria (PCP, en inglés) es ocuparse de que usted y su familia estén sanos. Su PCP es la persona más importante para ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Es quien le proporcionará la mayor parte de la atención médica y a quien consultará primero cuando esté enfermo o necesite un chequeo. El PCP llevará un registro de su salud y de su atención médica. También es quien le brindará los servicios de atención médica o lo referirá a otros profesionales médicos cuando necesite atención médica especializada. Usted y su PCP deben trabajar en equipo para cuidar su salud. Debe poder hablar con su PCP sobre todas sus necesidades de atención médica, incluidas sus necesidades médicas y de salud mental, y de atención a largo plazo.

Los PCP firmaron un contrato especial con BCBSNM para ser prestadores de atención médica primaria. Los PCP están ubicados en Nuevo México y a lo largo de la frontera con los estados vecinos. Entre los PCP se incluyen las siguientes especialidades:

- medicina general o para la familia;
- medicina interna;
- gerontología;
- obstetricia y ginecología;
- profesionales médicos pediátricos;
- practicantes de enfermería y parteras;
- asistentes médicos.

Los prestadores de servicios médicos de Centennial Care saben cuándo solicitar autorizaciones para determinados servicios y cómo colaborar con nosotros cuando usted necesita atención médica especial. También lo ayudarán cuando crean que necesita atención hospitalaria.

Cómo elegir un PCP

Debe elegir un PCP de la red de prestadores de servicios médicos de Centennial Care. Cuando solicite cobertura médica de Centennial Care, le daremos información sobre cómo elegir un PCP o podemos ayudar a que le asignen uno.

Si tiene un nuevo PCP, debe programar una cita para un examen físico lo antes posible para que puedan conocerse. Puede contarle a su nuevo PCP sobre sus problemas médicos y hablar acerca de las inquietudes que tenga.

Si usted es un nuevo asegurado de Centennial Care y su profesional médico no está en nuestra red, puede continuar su atención con su profesional médico actual durante 30 días hasta que encuentre un nuevo PCP en nuestra red. Si tiene más de seis meses de embarazo cuando solicita la cobertura médica, puede continuar consultando a su obstetra actual durante el resto del embarazo. Puede llamar a Atención al Asegurado para que lo ayuden con sus necesidades relacionadas con el PCP.

Cuando solicite cobertura médica, infórmenos si necesita continuar sus servicios, como los siguientes:

- equipo médico;
- servicios de atención médica a domicilio;
- administración de casos clínicos;
- cirugía que ya fue programada;
- atención del embarazo;
- otra atención continua, como la radioterapia, la quimioterapia, la diálisis, la atención para diabéticos o el manejo del dolor.

También infórmenos si consulta a prestadores de servicios médicos de los I/T/U o si está embarazada.

Cómo cambiar de PCP

Puede elegir un nuevo PCP en cualquier momento. Para hacerlo, llame o escriba a Atención al Asegurado. Díganos el nombre del PCP que quiere. Si el PCP acepta nuevos pacientes, haremos el cambio.

- Si llama el día 20 del mes o antes, el cambio de PCP entrará en vigor el primer día del mes siguiente.
- Si llama el día 21 del mes o posteriormente, el cambio de PCP entrará en vigor el primer día del segundo mes siguiente.
- Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de asegurado que indique el nombre del nuevo PCP. Su tutor o su representante legal también pueden solicitar este cambio. Puede empezar a consultar al nuevo PCP de inmediato. No es necesario que espere a tener su nueva tarjeta de asegurado.

Selección de PCP de Medicare

Si usted es elegible para Medicare y Medicaid, no tiene que elegir un nuevo PCP para Centennial Care. Puede continuar consultando al PCP de Medicare. Debe llevar consigo la tarjeta de asegurado de Medicare y la de Centennial Care cada vez que consulte a un prestador de servicios médicos, incluido su PCP.

Restricción de PCP

Si obtiene servicios que no son necesarios o recibe los mismos servicios de varios prestadores de servicios médicos, en Centennial Care podemos restringirlo a un PCP. Para hacerlo, necesitaremos la aprobación de su PCP o del profesional médico de quien obtiene atención. Si es necesario, puede hacerse la restricción de PCP para más de un profesional médico.

Especialistas

En ocasiones, es posible que necesite consultar a un profesional médico que pueda tratar un problema médico en especial. El profesional médico que se ocupa de problemas de salud específicos (como problemas cardíacos, asma, cáncer, etc.) se llama "especialista". Estos profesionales, por lo general, no atienden a pacientes para brindar atención médica de rutina o por problemas de salud leves.

Si su PCP considera que usted debe consultar a un especialista o acudir a otro profesional médico para hacerse pruebas médicas, puede programar la cita por usted. No se necesita un referido. A veces, tendrá que programar la cita usted mismo. Esto se denomina "acceso directo" o "autorreferido". También puede llamar a Atención al Asegurado si necesita ayuda para consultar a un especialista o para obtener una cita.

PCP especialista

Un especialista puede actuar como su PCP y ayudarlo a obtener el tratamiento que necesita para todos sus problemas médicos. En BCBSNM, tenemos que estar de acuerdo con el tratamiento que propone el especialista. Si considera que necesita un especialista como PCP, llame a Atención al Asegurado. Colaboraremos con usted y su profesional médico para ayudarlos a hacer este cambio.

Cancelación del PCP

Si su PCP nos informa que abandonará la red de Centennial Care, haremos lo posible por enviarle una carta para notificárselo dentro de los 15 días posteriores al aviso de cancelación de su PCP.

Si se cancela o suspende la participación de su PCP en la red por posibles problemas con la calidad de la atención o por motivos de fraude y abuso, usted debe elegir otro dentro de los 15 días de la cancelación. Si no lo hace, elegiremos uno por usted y le notificaremos por escrito el nombre, la dirección y el número de teléfono del consultorio del PCP. Si necesita ayuda para encontrar un nuevo PCP, nosotros lo asistiremos.

Referidos

En BCBSNM, no exigimos referidos para consultas a profesionales médicos, de salud mental o de atención a largo plazo que forman parte de la red. No se necesita un referido para los servicios de emergencia; los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, en inglés); los servicios para la mujer o cualquier otro servicio, como servicios dentales o para la vista.

Cuando necesite consultar a un especialista, recuerde que su PCP lo conoce a usted y conoce sus antecedentes médicos. El PCP podría aconsejarle el tratamiento o el profesional médico más apropiados para usted. Si puede, hable con su PCP antes de programar una cita con un especialista. Es posible que algunos profesionales médicos no lo acepten como paciente si usted no cuenta con un referido por escrito de otro profesional médico. Generalmente, esto se denomina "referido de médico a médico". No es necesario informar a BCBSNM cuando esto sucede.

Prestadores de servicios médicos que no participan en la red

Los profesionales médicos y los centros que no aparecen en el directorio de prestadores de servicios médicos o en línea en Provider Finder se consideran prestadores que no participan en la red. Si usted tiene Medicare, no se considera que su PCP de Medicare esté fuera de la red. Los servicios de un prestador de servicios médicos que no participa en la red no están incluidos en la cobertura sin antes obtener una autorización previa de BCBSNM, excepto en las siguientes situaciones:

- Atención médica de emergencia (que pone en riesgo la vida) recibida en un hospital y una ambulancia de emergencia.
- Atención médica inmediata recibida en un centro de atención médica inmediata.
- Planificación familiar, como educación y asesoramiento sobre el control de la natalidad y el embarazo, pruebas de laboratorio, atención médica de seguimiento, píldoras para el control de la natalidad y dispositivos, como DIU y condones, ligadura de trompas y vasectomía.
- Las consultas de los indígenas estadounidenses a los prestadores de servicios médicos de los I/T/U o los centros Tribal 638.

Todos los prestadores de servicios médicos que no participan en la red también deben inscribirse en el programa Medicaid a través del sistema Conduent. Si tiene la autorización previa para un servicio que no se presta en la red, y el profesional médico recomienda otro servicio fuera de la red, será su responsabilidad asegurarse de obtener autorización previa para el nuevo servicio. Si no obtiene la autorización previa antes de recibir los servicios fuera de la red, es posible que tenga que pagarle al prestador de servicios médicos. Llame a BCBSNM para obtener ayuda o autorizaciones previas al **1-866-689-1523**.

Si en BCBSNM le brindamos la autorización previa para consultar a un prestador de servicios médicos que no participa en la red, usted no tendrá que pagar más de lo que hubiera pagado por los servicios de un profesional de la red.

Presentación de reclamaciones para profesionales médicos de la red

Todos los prestadores de servicios médicos de Centennial Care presentan reclamaciones a BCBSNM. En BCBSNM, se realizan los pagos directamente a sus profesionales médicos. Asegúrese de que estos profesionales sepan que usted tiene cobertura de Centennial Care. No presente usted mismo las reclamaciones de servicios dentro de la red. Póngase en contacto con Atención al Asegurado llamando al **1-866-689-1523** para obtener ayuda con cualquier factura que haya recibido de un profesional médico.

Cómo programar una cita

Para programar una cita, realice los siguientes pasos:

- Para las consultas médicas de rutina o por enfermedades repentinas, llame al consultorio de su profesional médico e infórmeles que es asegurado de Centennial Care. El personal del consultorio lo ayudará.
- Cuando llegue al consultorio del profesional médico, presente su tarjeta de asegurado de Centennial Care. Si tiene una tarjeta de asegurado de Medicare o de otro seguro, presente esa tarjeta también.
- Puede comunicarse con su agencia de servicios esenciales u otro prestador de servicios de salud mental por citas de rutina o necesidades urgentes.
- También puede comunicarse con el coordinador de servicios médicos asignado si necesita ayuda.
- Si necesita un transporte para llegar al consultorio de su profesional médico o a una cita de salud mental, llame a ModivCare (anteriormente LogistiCare).

Es posible que el profesional médico no pueda atenderlo si acude al consultorio sin haber programado una cita. Comuníquese con su profesional médico antes de ir al consultorio.

No podemos garantizar que ciertos tipos de habitaciones o servicios estén disponibles en un hospital u otro centro de atención médica dentro de la red de prestadores de servicios médicos de Centennial Care, ni que los servicios de un hospital, prestadores de servicios médicos u otros profesionales en particular estén disponibles.

Transporte a las citas

Si usted no tiene un vehículo o nadie puede trasladarlo, es posible que sea elegible para el servicio de transporte. Este servicio lo ayudará a llegar a sus citas médicas que no sean de emergencia, a las citas de salud mental y a las citas de atención a largo plazo. En ModivCare (anteriormente LogistiCare), coordinan todos los traslados para casos que no sean de emergencia para los asegurados de Centennial Care. Esto incluye los gastos de comida y alojamiento cuando usted tiene que viajar una distancia larga para recibir atención médica incluida en la cobertura.

Llame a ModivCare (anteriormente LogistiCare) por lo menos tres días hábiles antes de su cita de rutina para programar un traslado. Puede encontrar más información sobre ModivCare (anteriormente LogistiCare) en la sección sobre servicios de transporte para casos que no sean de emergencia. Consulte la **sección 4, Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura,** para obtener más información sobre los servicios de transporte.

Segundas opiniones

Obtener una segunda opinión significa consultar a otro profesional médico sobre su enfermedad o tratamiento después de haber consultado a su PCP o a un especialista. Usted tiene derecho a consultar a otro profesional médico en estos casos:

- Si no está de acuerdo con su PCP o con el especialista.
- Si tiene más inquietudes sobre su enfermedad.
- Si desea que otro profesional médico apruebe su plan de tratamiento.
- Si necesita más información sobre el tratamiento que le recomendó su profesional médico.
- Si su PCP o el especialista no quieren darle un referido para otro profesional médico que requiere un referido.

Debe obtener las segundas opiniones de profesionales médicos que participan en la red de Centennial Care, o bien obtener la autorización previa de BCBSNM para consultar a un profesional médico fuera de la red. Cubriremos las segundas opiniones de profesionales médicos calificados fuera de la red sin costo para usted únicamente si no hay un profesional disponible en nuestra red. Usted debe conseguir la autorización previa de BCBSNM antes de obtener una tercera o cuarta opinión.

Cómo cancelar una cita

Si necesita cancelar una cita, infórmelo en el consultorio de su profesional médico lo antes posible. Trate de que sea por lo menos 24 horas antes de la hora de la cita.

Si va a llegar tarde a una cita, llame al consultorio de su profesional médico. Es posible que le pidan que programe un nuevo horario para la consulta médica.

Si ya coordinó un traslado al consultorio de su profesional médico, llame a ModivCare (anteriormente LogistiCare) y cancélelo o vuelva a programarlo. Debe cancelar el traslado por lo menos dos horas antes del horario en que lo iban a pasar a buscar.

Hable siempre con su médico

Ninguno de los programas o servicios de BCBSNM remplaza de ninguna manera la atención que puede obtener de su médico o de otros prestadores de servicios médicos. Hable siempre con su médico u otros profesionales médicos. Ninguno de los médicos u otros prestadores de servicios médicos mencionados en este manual es empleado de BCBSNM. Todos son independientes de BCBSNM.

Su cobertura de Centennial Care incluye servicios médicos, de salud mental, de atención a largo plazo, dentales, para la vista, de transporte y de medicamentos con receta para los asegurados elegibles. Todos los asegurados tienen cobertura para estos servicios. La cantidad, la duración y el alcance de los servicios médicos incluidos y no incluidos en la cobertura se describen en esta sección.

Debe usar los prestadores de servicios médicos de la red de Centennial Care, excepto en estas situaciones:

- Atención médica de emergencia (consulte la sección 4A) recibida en un hospital o servicio de ambulancia de emergencia.
- Atención médica inmediata recibida en un centro de atención médica inmediata.
- Planificación familiar, como educación y asesoramiento sobre el control de la natalidad y el embarazo, pruebas de laboratorio, atención médica de seguimiento, píldoras para el control de la natalidad, dispositivos, como DIU y condones, ligadura de trompas y vasectomía.
- Las consultas de los indígenas estadounidenses a los prestadores de servicios médicos de los I/T/U o los centros Tribal 638.

Si tiene que consultar a un prestador de servicios médicos que no participa en la red por otro motivo, primero debe obtener la autorización previa de BCBSNM.

Autorización previa

¿Qué es una autorización previa? No todos los servicios están incluidos en la cobertura automáticamente. "Autorización previa" significa que en BCBSNM tendremos la oportunidad de aprobar o rechazar la cobertura antes de que usted reciba el servicio. Si usted acude a un profesional médico de la red de Blue Cross Community Centennial, el profesional la solicitará a BCBSNM por usted. Si en BCBSNM no aprobamos la cobertura en su totalidad, usted puede presentar una apelación. Consulte la sección 7, Inconformidades y apelaciones.

Necesita obtener la autorización previa de BCBSNM para atenderse con prestadores de servicios médicos* que no participan en la red de Centennial Care, ser admitido en un hospital o recibir determinados servicios, como atención médica en el hogar. La red de prestadores de servicios médicos de Centennial Care obtendrá las aprobaciones para usted. Puede ocurrir que en BCBSNM no aprobemos su solicitud. Si en BCBSNM rechazamos la solicitud para este tipo de servicios, nos comunicaremos con usted y su prestador de servicios médicos, y les explicaremos el motivo del rechazo. Las solicitudes estándar se revisan tan rápido como su problema médico lo requiera, pero no tardan más de 14 días desde que en BCBSNM recibimos la solicitud de su profesional médico. Pueden otorgarle una extensión de 14 días si su prestador de servicios médicos lo solicita o si hay un motivo por el que el retraso lo beneficiaría.

En BCBSNM, podemos rechazar su reclamación si el profesional médico de su compañía de seguros principal no sigue los procedimientos requeridos, que incluyen recibir autorización previa o la presentación oportuna.

* No se considera como prestador de servicios médicos fuera del estado a prestadores de servicios médicos contratados que se encuentren a menos de 100 millas de la frontera de Nuevo México (excluido México).

Casos en los que podría tener que pagar los servicios

Puede haber ocasiones en las que Centennial Care no pague los servicios que usted recibió. Es posible que tenga que pagar los servicios en estos casos:

- Si usted no le informa al prestador de servicios médicos que usted tiene cobertura médica Centennial Care.
- Si acordó con su profesional médico por escrito pagar los servicios no incluidos en la cobertura.

Los prestadores de servicios médicos no pueden facturarle cargos a usted si ellos no cumplen los procedimientos de Centennial Care. Si no puede pagar los servicios que no están incluidos en la cobertura, no perderá sus beneficios de Medicaid.

Otro seguro

Si usted o su familia tienen otra cobertura médica o dental, incluido Medicare, es muy importante que lo informe en la unidad ISD local. También infórmeselo a su profesional médico antes de la cita. Si no sabe cómo comunicarse con la unidad ISD local, llame a la División de Asistencia Médica del HSD/MAD, al **1-888-997-2583,** para obtener información. Deberá informar sobre su otro seguro médico a BCBSNM. Esto nos ayudará a coordinar la cobertura de su atención médica para que los servicios médicos que obtiene se paguen correctamente. Llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

Presente siempre su tarjeta de asegurado de Centennial Care y la tarjeta de asegurado de otro seguro de gastos médicos cuando consulte a un prestador de servicios médicos y acuda a un hospital. Deben facturarle los servicios de atención médica que recibió a la otra cobertura de seguro antes de poder facturar a Centennial Care. El personal de BCBSNM colaborará con la otra aseguradora para el pago de estos servicios. El único caso en el que esta regla es diferente es si usted también tiene cobertura de Indian Health Services (IHS).

Comuníquese con BCBSNM si se lastimó en un accidente de automóvil o si recibe servicios debido a una lesión en el trabajo. Esto puede involucrar la cobertura de seguro a través de otras compañías y ayudará a pagar sus servicios médicos, lo que se conoce como “subrogación”.

Si esto ocurre, la División de Servicios Humanos tiene los siguientes derechos:

- derecho al reembolso de todos los servicios y beneficios proporcionados de todos los daños cobrados del tercero por esos mismos gastos, ya sea por acciones legales, acuerdos o compromisos, por el Asegurado o el representante legal del Asegurado como resultado de esa enfermedad o lesión, por el monto del total de Cargos con cobertura por Servicios incluidos por los cuales BCBSNM ha proporcionado servicios y beneficios al Asegurado;.
- se asigna a la División de Servicios Humanos (HSD, en inglés) el derecho de recuperar del tercero, o de su compañía aseguradora, hasta el límite de los servicios y beneficios que BCBSNM proporcionó por esa enfermedad o lesión;
- la HSD tendrá derecho a un primer reembolso con cargo a todos los fondos que el Asegurado, los parientes cubiertos del Asegurado, o el representante legal del Asegurado, obtengan o hayan podido obtener por los mismos gastos para los que la HSD haya proporcionado beneficios como consecuencia de dicha enfermedad o lesión;
- el Asegurado está obligado a facilitar cualquier información o asistencia o a proporcionar cualquier documento que la HSD pueda requerir razonablemente con el fin de obtener sus derechos conforme a esta estipulación. Esta estipulación se aplica tanto si el tercero admite su responsabilidad como si no lo hace.

Si usted tiene Medicare y Medicaid, tiene más de una cobertura de seguro. Se considera a Medicare como su seguro principal y a Centennial Care como su seguro secundario. Los beneficios y servicios de Centennial Care no cambiarán los beneficios y servicios de su seguro principal.

Si tiene un coordinador de servicios médicos, este colaborará con su seguro principal para organizar su atención médica. Si no tiene un coordinador de servicios médicos, llame a Atención al Asegurado al **1-866-689-1523** y podrán ayudarlo. Si usted tiene Medicare y Centennial Care, la Parte D de Medicare cubrirá la mayoría de sus medicamentos. Le corresponderá pagar los copagos de la Parte D de Medicare, a menos que viva en un centro de enfermería. Si tiene Medicare, puede recibir atención de su prestador de servicios médicos actual. Puede obtener servicios de especialidad de Medicare sin aprobación de BCBSNM. Colaboraremos con su profesional médico para coordinar los servicios que usted obtiene. Podemos ayudarlo a elegir un prestador de servicios médicos si no tiene uno. Este profesional médico puede organizar sus servicios de Centennial Care y Medicare. Es posible que Centennial Care cubra algunos servicios que no tienen cobertura Medicare.

Fuera de Nuevo México

Si se encuentra fuera de Nuevo México pero dentro de los Estados Unidos y necesita servicios de emergencia, acuda a la sala de emergencias más cercana. Las reclamaciones por servicios médicos/quirúrgicos de emergencia incluidos que se recibieron fuera de Nuevo México por parte de prestadores de servicios médicos que no tienen contrato como profesionales médicos de Centennial Care también deben enviarse por correo postal a BCBSNM. Si desea consultar a un profesional médico fuera del estado para recibir servicios que no sean de emergencia, primero debe recibir una autorización previa de BCBSNM. Si no obtiene una autorización previa, los servicios no estarán cubiertos.

Cobertura duplicada (doble)

Centennial Care no cubre los montos que ya fueron pagados por otra cobertura válida o que Medicare le hubiera pagado como el seguro principal si usted tuviera derecho a Medicare, hubiera solicitado la cobertura de Medicare y presentado reclamaciones por los servicios médicos de Medicare. Si tiene alguna otra cobertura de atención médica, debe informárnoslo.

Servicios experimentales, en investigación o no comprobados

Centennial Care no cubre ningún tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que no sea aceptado como práctica médica estándar. Con "práctica médica estándar", nos referimos a los servicios o suministros que, en general, se usan en la comunidad médica en Estados Unidos y tienen las siguientes características:

- Se ha demostrado en libros de texto médicos estándar publicados en los Estados Unidos o la literatura revisada por expertos que el tratamiento tiene valor médico, científicamente comprobado, para curar o aliviar el problema médico que se está tratando.
- Son adecuados para el hospital u otro centro de atención médica en los que se proporcionan.
- El médico u otro prestador profesional de servicios médicos tuvieron el entrenamiento y la experiencia adecuados para brindar el tratamiento o procedimiento.

El servicio debe ser médicamente necesario y no debe estar excluido en virtud de ninguna otra exclusión del contrato.

Con una excepción, Centennial Care tampoco cubre ningún tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que no sea aceptado como práctica médica estándar y se considere experimental, en investigación o no comprobado. La única excepción consiste en ciertos servicios de ensayos para el cáncer que cumplen los requisitos del HSD. Además, si se requiere aprobación de una agencia federal o del Gobierno para usar ciertos artículos, y tal aprobación no se otorgó cuando los servicios fueron administrados, el servicio será considerado experimental y no estará incluido en la cobertura. Para que un servicio se considere experimental, en investigación o no comprobado, deben cumplirse una o más de las siguientes condiciones:

- El dispositivo o medicamento no puede comercializarse legalmente sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de los Estados Unidos, y no se ha otorgado la aprobación para la comercialización del dispositivo o medicamento en el momento en que se suministra.

- Hay pruebas confiables que demuestran que el tratamiento, dispositivo o medicamento es objeto de ensayos clínicos en curso (en fase I, II, III o IV) o está en estudio para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su potencial o su potencial comparado con formas estándar de tratamiento o diagnóstico.
- Hay pruebas confiables que demuestran que los expertos coinciden en que el tratamiento, el procedimiento, el dispositivo o el medicamento necesitan ser sometidos a más estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su eficacia o su eficacia comparada con formas estándar de tratamiento o diagnóstico.
- Las pautas y las prácticas de Medicare, la FDA u otros programas o agencias gubernamentales pueden tenerse en cuenta para la determinación. Sin embargo, la aprobación de otros organismos no constituirá ni necesitará la aprobación de BCBSNM.
- Con "pruebas confiables", nos referimos solo a los informes y los artículos publicados en revistas científicas y médicas revisadas por expertos; los protocolos usados por el centro de tratamiento o los protocolos de otro centro que estudia principalmente el mismo tratamiento médico, procedimiento, dispositivo o medicamento; o el consentimiento informado por escrito utilizado por el centro de tratamiento o por otro centro que estudia principalmente el mismo tratamiento médico, procedimiento, dispositivo o medicamento.

Si no está de acuerdo con la decisión de BCBSNM sobre algún artículo o servicio, puede presentar una apelación. Consulte la **sección 7, Inconformidades y apelaciones**.

Sin efecto en las decisiones de tratamiento

Las decisiones de cobertura que tomamos en BCBSNM (como las autorizaciones previas) son diferentes de las decisiones de tratamientos que toman usted y sus prestadores de servicios médicos. En ocasiones, los prestadores de servicios médicos pueden usar pautas de práctica clínica para fundamentar sus recomendaciones de tratamiento. Puede solicitar estas pautas llamando a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523** (TTY: **711**). Independientemente de cualquier decisión sobre la cobertura de un servicio, la decisión final sobre su atención y tratamiento se toma entre usted y el profesional médico.

Servicios que no son médicamente necesarios

Centennial Care no cubre servicios que no son médicamente necesarios. Los servicios médicamente necesarios son servicios clínicos y de rehabilitación física o de salud mental que tienen estas características:

- Son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar problemas médicos o se requieren para darle al paciente la capacidad de obtener, mantener o recuperar su nivel de funcionamiento.
- Se proporcionan en la cantidad, la duración, el alcance y el entorno clínicamente apropiados para las necesidades de atención médica específicas del paciente.
- Se brindan de conformidad con las pautas nacionales y los estándares de práctica profesionalmente aceptados.
- Deben cumplir con las necesidades físicas, de salud mental y a largo plazo del paciente, y no son proporcionados principalmente para la conveniencia del paciente, del prestador de servicios médicos ni de BCBSNM.

En BCBSNM, determinamos si un servicio o suministro es médicamente necesario y si está incluido en la cobertura. Que un profesional médico recete, indique, recomiende o apruebe un servicio o suministro no lo hace médicamente necesario ni lo convierte en un servicio con cobertura, incluso si no está enumerado específicamente como exclusión.

Servicios cosméticos

Centennial Care no cubre servicios cosméticos, que se definen como servicios proporcionados principalmente para modificar o mejorar la apariencia, sin documentación que demuestre que existe un deterioro de las funciones físicas.

Esta exclusión de cobertura no se aplica a las cirugías de pecho o de genitales ni a los servicios farmacéuticos relacionados con el cambio de sexo, los cuales requieren autorización previa de BCBSNM.

Servicios sin obligación legal de pago

Centennial Care no cubre los servicios médicos que usted no tiene obligación legal de pagar o que no tienen costo, por ejemplo:

- cargos que surgen únicamente porque los servicios están disponibles conforme a este programa;
- servicios por los que recibió un descuento que usted coordinó;
- servicios de voluntarios;
- servicios proporcionados por usted o por un miembro de la familia para usted, o bien por una persona que normalmente vive en su hogar.

Servicios de prevención

La atención médica preventiva es para todos. Este tipo de atención médica puede ayudarlo a mantenerse sano y a prevenir enfermedades. A continuación, encontrará algunos exámenes y servicios disponibles para usted y sus hijos.

Consultas preventivas para niños

Las consultas preventivas para niños son para menores de edad, desde el nacimiento hasta los 21 años. El PCP de su hijo puede examinar la salud, el crecimiento y el desarrollo de su hijo, y proporcionarle vacunas. Esto puede suceder muchas veces durante la infancia. En ocasiones, las consultas preventivas para niños pueden realizarse cuando su hijo consulta al PCP por una enfermedad.

Su PCP lo guiará si necesita más servicios.

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, en inglés) se brindan a todos los menores de edad elegibles para Medicaid desde el nacimiento hasta los 21 años. En Centennial Care, queremos que su hijo esté sano. Por eso, se le ofrecerán chequeos y servicios de prevención a través del prestador de servicios médicos habitual de su hijo. Estos servicios le proporcionarán un chequeo preventivo a su hijo. Es necesario que su hijo se haga los exámenes en la edad indicada en la tabla a continuación.

Esquema de consultas preventivas para niños	
Menores de 1 año	Entre los 3 y 5 días, al mes, a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses y a los 9 meses
De 1 año a 30 meses	A los 12 meses, a los 15 meses, a los 18 meses, a los 24 meses y a los 30 meses
De 3 a 21 años	Todos los años

Estos exámenes podrían incluir vacunas. Si su hijo no se hizo el chequeo este año, llame al profesional médico y programe uno.

- **Prueba para detectar plomo:** El profesional médico necesitará realizar una prueba de sangre para asegurarse de que su hijo no tiene demasiado plomo. Su hijo debería examinarse a los 12 y a los 24 meses de edad, o si nunca antes le hicieron la prueba.
- **Examen dental:** Su hijo debe realizarse una limpieza dental y recibir tratamientos con fluoruro cada seis meses.
- **Enfermería privada:** Cuando el profesional médico de su hijo solicita que un enfermero le brinde atención en el hogar o la escuela.
- **Servicios de atención personal:** Cuando el profesional médico de su hijo solicita que un cuidador ayude a su hijo a comer, bañarse, vestirse e ir al baño.

Los servicios de EPSDT también incluyen servicios para la audición y la vista, servicios escolares y mucho más. Si tiene preguntas, comuníquese con su coordinador de servicios médicos. Si necesita un coordinador de servicios médicos, llame al **1-877-232-5518** y seleccione la opción 3.

Los problemas de salud deben identificarse y tratarse lo antes posible. Cuando su hijo necesite asistencia con las actividades cotidianas debido a un problema médico elegible, se proporcionarán servicios especiales, como enfermería privada o servicios de atención personal, conforme a las EPSDT a través de Centennial Care.

Las vacunas lo ayudan a estar sano. Puede recibir vacunas en una consulta médica con el PCP. Muchas vacunas son necesarias antes de los dos años de edad. Las vacunas anuales contra la influenza también son importantes. Pregúntele a su PCP cuáles son las vacunas que necesita. Los adolescentes también necesitan algunas vacunas.

Para adultos

Hay exámenes preventivos recomendados para hombres y mujeres. Las mujeres desde los 40 hasta los 74 años deben hacerse una mamografía al menos cada uno o dos años para detectar el cáncer de mama. Si necesita ayuda para encontrar un centro de detección, hable con su profesional médico o llame a Atención al Asegurado de BCBSNM al **1-866-689-1523** (TTY: **711**). Tanto los hombres y mujeres de 45 a 50 años deben someterse a pruebas de detección de cáncer de colon. Estas son solo algunas de las pruebas necesarias.

Durante las consultas al PCP, conversen sobre el ejercicio, la buena alimentación y las cuestiones de seguridad para niños y adultos. Su PCP puede analizar la altura y el peso para asegurarse de que usted o su hijo tienen un peso saludable, hable con su PCP sobre el ejercicio, la alimentación correcta y las cuestiones de seguridad para niños y adultos. Su PCP puede medirles el peso y la altura a usted o a su hijo para asegurarse de que tengan un peso saludable.

Servicios médicos o quirúrgicos

En la siguiente tabla, se incluye una lista de los servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid y en la cobertura de servicios alternativos (ABP, en inglés). El símbolo "✓" en la columna le indicará si los servicios están incluidos en la cobertura estándar de Medicaid y en la cobertura de servicios alternativos.

La cobertura de servicios alternativos es parte del programa Centennial Care de Medicaid de Nuevo México. Esta cobertura ofrece servicios para los adultos elegibles para Medicaid de entre 19 y 64 años cuyos ingresos no superan el 138% del Índice Federal de Pobreza (FPL, en inglés), incluidas las personas en las categorías de asistencia médica de transición y de expansión de la población de Medicaid. Si es elegible para los servicios incluidos en la cobertura de servicios alternativos, consulte los servicios que se enumeran en la columna "Servicios incluidos en la ABP".

Si usted es asegurado con cobertura de servicios alternativos y tiene algún problema médico físico o de salud mental que cumple determinados criterios, es probable que sea elegible para los servicios con cobertura que se enumeran en la columna "Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid".

En algunos casos, en la tabla se indica que la autorización previa "depende del servicio exacto". Esto significa que usted tendrá que llamar a Atención al Asegurado para averiguar si el servicio exacto sobre el que usted consulta requiere autorización previa. Para obtener más información sobre las autorizaciones previas, consulte la página 22 de este manual.

Los siguientes servicios están incluidos en la cobertura cuando son médicamente necesarios:

Servicio	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Autorización previa requerida
Atención por alergias, incluidas las pruebas y el suero	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Servicios de anestesia	✓	✓	No
Cirugía bariátrica	✓	Límite de por vida	Sí
Extractores de leche y suministros de remplazo	✓	✓	No
Ensayos clínicos para el cáncer	✓	✓	Sí

Aviso: Estos servicios están incluidos en la cobertura cuando son médicamente necesarios. Se pueden aplicar otros términos, condiciones o limitaciones.

Servicio	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Autorización previa requerida
Quimioterapia y radioterapia	✓	✓	Sí
Interventores comunitarios de sordos y ciegos	✓	✓	Sí
Servicios incluidos en la cobertura proporcionados en las clínicas escolares	✓	✓	No
Hemodiálisis	✓	✓	Si, para más de tres veces por semana.
Equipo médico duradero y suministros	✓	✓ Se aplican límites	Llame a Atención al Asegurado.
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	✓	✓ Con límite de edad	No
Atención dental de emergencia	✓	✓	No
Servicios de emergencia	✓	✓	No
Servicios de atención personal conforme a EPSDT	✓	✓ Con límite de edad	Sí (si su hijo tiene una discapacidad, es posible que sea elegible para más servicios; llame a Atención al Asegurado y pida hablar con un coordinador de servicios médicos o encargado del caso para obtener más información).
Servicios de enfermería privada conforme a EPSDT	✓	✓ Con límite de edad	Sí (si su hijo tiene una discapacidad, es posible que sea elegible para más servicios; llame a Atención al Asegurado y pida hablar con un coordinador de servicios médicos o encargado del caso para obtener más información).
Servicios de rehabilitación conforme a EPSDT	✓	✓ Con límite de edad	Sí (si su hijo tiene una discapacidad, es posible que sea elegible para más servicios; llame a Atención al Asegurado y pida hablar con un coordinador de servicios médicos o encargado del caso para obtener más información).
Planificación familiar	✓	✓	No
Ambulancia terrestre y aérea	✓	✓	Terrestre: no. Aérea: no.
Dispositivos y servicios para la audición	✓	✓ Con límite de edad	Sí
Parto en el hogar	✓	✓	Depende del servicio exacto.

Aviso: Estos servicios están incluidos en la cobertura cuando son médicamente necesarios. Se pueden aplicar otros términos, condiciones o limitaciones.

Servicio	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Autorización previa requerida
Atención médica en el hogar y servicios intravenosos	✓	✓ Se aplican límites	Sí
Cuidados paliativos	✓	✓	Sí
Servicios hospitalarios (pacientes internados, pacientes externos y atención de enfermería especializada)	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Servicios de terapia de inhalación	✓	✓	No
Inyecciones	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Centros de rehabilitación para pacientes internados	✓	✓ Solo atención de enfermería especializada o centros de rehabilitación de cuidados agudos	Sí
Servicios intravenosos para pacientes externos	✓	✓	Sí
Servicios de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas, diagnóstico por imágenes y otras pruebas de diagnóstico	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Servicios y apoyo a largo plazo	✓	✓	Sí (llame a Atención al Asegurado y pida hablar con un coordinador de servicios médicos para obtener más información).
Genética molecular	✓	✓	Sí
Servicios en centros de enfermería	✓	✓	Sí
Servicios de consejería nutricional	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Servicios nutricionales	✓		Sí
Consultas presenciales con los PCP o especialistas, incluidos dietistas, practicantes de enfermería (nurse practitioners) y asistentes médicos	✓	✓	No
Servicios de trasplante de órganos y tejidos	✓	✓ Límite de por vida	Se requiere autorización previa para todos los trasplantes y las evaluaciones previas al trasplante.
Ortótica y prótesis	✓	✓ Se aplican límites	Depende del servicio exacto.

Aviso: Estos servicios están incluidos en la cobertura cuando son médicamente necesarios. Se pueden aplicar otros términos, condiciones o limitaciones.

Servicio	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Autorización previa requerida
Servicios profesionales para pacientes externos	✓	✓	No
Cirugía para pacientes externos	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Tomografías por emisión de positrones, reaonancias magnéticas, angiografias por resonancia magnética y tomografías computarizadas	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Servicios farmacéuticos para el cambio de sexo	✓	✓	Sí
Fisioterapia	✓	✓ Se aplican límites	Depende del servicio exacto.
Servicios de podiatría (pie y tobillo)	✓	✓ Se aplican límites	Depende del servicio exacto.
Servicios de maternidad y relacionados con el embarazo, incluidos los procedimientos para el aborto	✓	✓	No
Cirugías de pecho o de genitales para el cambio de sexo (masculino a femenino o de femenino a masculino)	✓	✓	Sí
Exámenes físicos de rutina, programas de salud preventiva para niños y chequeos de la niñez a la adolescencia	✓	✓	No
Servicios para dejar de fumar	✓	✓	No
Servicios de rehabilitación especial, como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, rehabilitación cardíaca y rehabilitación pulmonar	✓	✓ Se aplican límites	Depende del servicio exacto.
Servicios de telemedicina	✓	✓	No
Tratamiento de la diabetes	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Servicios de atención médica inmediata	✓	✓	No

Aviso: Estos servicios están incluidos en la cobertura cuando son médicamente necesarios. Se pueden aplicar otros términos, condiciones o limitaciones.

Todos los servicios recibidos de prestadores de servicios médicos que no participan en la red deben tener autorización previa, excepto los ejemplos enumerados en la sección 3, Prestadores de servicios médicos.

Servicios médicos no incluidos en la cobertura

Centennial Care no cubre los siguientes servicios médicos:

- abdominoplastia;
- acupuntura, masajistas terapeutas, hipnoterapia, método Rolfing, biorretroalimentación, naprapatía o servicios de quiropráctica;
- blefaroplastia (a menos que sea necesaria para recuperar la visión obstruida);
- levantamiento de cejas;
- implante de pantorrillas;
- implante de pómulos;
- implantes de nariz o mentón;
- servicios cosméticos, como cirugías plásticas, pelucas, postizos o medicamentos para la pérdida del cabello;
- equipo duplicado, excepto por respiradores de reserva;
- prótesis peniana externa (dispositivos de vacío para la erección);
- estiramiento del rostro (ritidectomía);
- reconstrucción, remodelado o reducción del hueso facial, lo cual incluye reducción de la mandíbula, estiramiento de la frente o contorneado;
- extracción de cabello (podría incluir las zonas donantes de piel) o trasplante de cabello (electrólisis o procedimiento *hairplasty*);
- tratamientos y servicios para tratar la infertilidad;
- laringoplastia;
- reducción o aumento de labios;
- liposucción, lipotransferencia, contorneado corporal, remodelado de cintura o reducción de glúteos, caderas y muslos;
- servicios médicos proporcionados a una persona recluida por más de 30 días en un centro penitenciario del gobierno;
- estiramiento de cuello;
- paniculectomía (a menos que sea necesaria para recuperar la higiene adecuada después de una pérdida de peso importante);
- artículos para el cuidado personal, como cepillos de dientes, o televisores en las habitaciones del hospital;
- gastos de habitación privada, a menos que su problema médico requiera aislamiento y los gastos se hayan autorizado previamente en BCBSNM;
- condroplastia tiroidea o rasurado traqueal (reducción de la manzana de Adán);
- extracción de exceso de piel;
- servicios de reproducción, entre otros, la adquisición, la criopreservación o la congelación, la conservación o el almacenamiento en banco, y el descongelamiento de tejido reproductor, como ovocitos, ovarios, embriones, espermatozoides y tejido testicular;
- procedimientos para revertir la esterilización voluntaria;
- rinoplastia (corrección de la nariz);
- servicios recibidos fuera de Estados Unidos, incluidos los servicios de emergencia;
- rejuvenecimiento cutáneo;
- algunos suministros y equipo médico duradero (los proveedores de Centennial Care de estos servicios conocen lo que tiene cobertura de Medicaid y lo que necesita autorización previa);
- tratamiento de la articulación temporomandibular o craneomandibular;
- implantes testiculares;
- cirugía para modificar la voz, terapia vocal (del habla) o clases para tratar la voz.

Servicios de planificación familiar

La planificación familiar o el control de la natalidad lo ayudan a decidir el momento en que está listo para tener un bebé. Para que lo ayuden con esta decisión, puede consultar a su PCP, a un centro de planificación familiar calificado o a otro prestador de servicios médicos. Por ejemplo, puede consultar a un ginecólogo-obstetra o ir a Planned Parenthood. Puede obtener servicios de planificación familiar dentro o fuera de la red sin necesidad de consultarlo con su PCP. Esto incluye a los adolescentes. Las aseguradas tienen derecho a autorreferirse a un especialista en salud de la mujer de la red para recibir servicios preventivos y de rutina para la mujer.

Centennial Care ofrece los siguientes servicios de planificación familiar y servicios relacionados para todos los asegurados. Usted tiene derecho a recibirlos cuando los necesite:

- asesoramiento sobre planificación familiar e información de salud para que conozca qué método de control de la natalidad es el adecuado para usted, si corresponde;
- pruebas de laboratorio, si las necesita para ayudarlo a decidir qué método de control de la natalidad debería usar;
- atención de seguimiento para controlar los problemas que podrían surgir del uso del método de control de la natalidad que le dio un profesional médico especialista en planificación familiar;
- píldoras para el control de la natalidad;
- pruebas de embarazo y asesoramiento.

Centennial Care también ofrece los siguientes dispositivos y otros procedimientos aprobados por la FDA:

- inyección de Depo-Provera para el control de la natalidad;
- diafragma, incluido el ajuste;
- dispositivo intrauterino (DIU) o capuchones cervicales, incluido el ajuste, la colocación y la extracción;
- implantes anticonceptivos que se introducen en el brazo, incluida la colocación y la extracción;
- procedimientos de esterilización quirúrgica, como la vasectomía y la ligadura de trompas.

Usted no necesita pedir autorización previa en BCBSNM si desea acudir a Planned Parenthood o consultar a otros prestadores de servicios médicos fuera de en la red para obtener servicios de planificación familiar. Si necesita un traslado al consultorio del profesional médico, póngase en contacto con ModivCare (anteriormente LogistiCare) para obtener autorización previa.

Servicios de maternidad y relacionados con el embarazo

Una vez que esté segura de que está embarazada, puede elegir a su PCP o a otro prestador de servicios médicos de la red de Centennial Care para que le brinde atención de maternidad. El profesional médico será el responsable de notificar a BCBSNM las admisiones o los planes de parto en el hogar.

Si está embarazada o cree que podría estarlo, usted o su profesional médico deben llamar a BCBSNM de inmediato. La atención de las mujeres embarazadas es importante, ya que la salud de la madre puede afectar la salud del recién nacido. Cuando nos llame, haremos lo siguiente:

- la ayudaremos a elegir un ginecólogo-obstetra principal o una enfermera partera con certificación para que la asistan durante el embarazo;
- la inscribiremos en nuestro programa especial para aseguradas embarazadas, Special Beginnings;
- la ayudaremos a elegir un PCP para su bebé (si su bebé es elegible para la cobertura de Centennial Care).

Usted puede autorreferirse a cualquier prestador de servicios médicos de Centennial Care para recibir atención de maternidad. Si no hay un profesional médico de Centennial Care que preste servicios de maternidad en su área, usted o su prestador de servicios médicos pueden solicitar autorización previa a BCBSNM para consultar a un profesional médico de la salud de la mujer que no participa en la red.

Centennial Care cubre todas las hospitalizaciones médicamente necesarias, que incluyen hasta 48 horas de atención para pacientes internadas luego de un parto vaginal y 96 horas luego de un parto por cesárea. Si usted necesita servicios de emergencia y debe acudir a un hospital fuera de la red (por ejemplo, si está de viaje), llame a Atención al Asegurado dentro de las 48 horas o lo antes posible para que podamos coordinar su atención y programar los servicios de seguimiento.

Si está embarazada cuando pasa a ser asegurada de Centennial Care y ya está consultando a un profesional médico, llame a Atención al Asegurado para que podamos aprobar sus consultas médicas si el profesional médico está fuera de nuestra red. Si está en su primer o segundo trimestre, en la mayoría de los casos, le permitirán continuar su atención con ese profesional médico durante por lo menos 30 días. Si tiene un embarazo de seis meses o más, puede continuar consultando a su profesional médico durante el resto del embarazo.

Atención prenatal

La atención prenatal temprana y regular es muy importante para usted y para la salud de su bebé. Su profesional médico o la partera harán lo siguiente:

- Le darán información sobre clases de parto.
- Le informarán con qué frecuencia necesita consultar a su profesional médico o a la partera después de la primera consulta médica. Por lo general, usted consultará a su profesional médico o a la partera cada cuatro semanas hasta que tenga cerca de seis meses de embarazo. Luego, las consultas con el profesional médico o la partera serán cada dos semanas hasta el último mes. Durante el último mes, continuará consultando a su profesional médico o a la partera cada semana.
- Programarán sus pruebas de laboratorio de rutina y otros exámenes para examinar su salud y la de su bebé.
- Le informarán sobre cómo llevar una buena alimentación y hacer ejercicio, y sobre los peligros de fumar, de consumir alcohol y drogas, y de otros comportamientos; además, le darán información sobre vitaminas, lactancia, asientos infantiles de seguridad para vehículos y cunas.
- Le pedirán que vuelva a acudir a su profesional médico para una consulta médica de posparto entre 7 y 84 días después de tener el bebé.
- La ayudarán con la planificación familiar (como el control de la natalidad) en el futuro.
- Hablarán con usted sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual, sobre la vacuna contra la influenza durante el embarazo y sobre si necesita vacunarse contra la rubéola después del parto o no.

Programa Special Beginnings®

Este programa de maternidad está disponible para las aseguradas de Centennial Care cuando lo necesiten, ya sea durante o después del embarazo. Puede ayudarla a entender y manejar mejor sus necesidades y las de su familia durante este momento tan importante. Debe inscribirse en el programa tan pronto se dé cuenta que está embarazada, de ser posible. Cuando se inscriba, recibirá un cuestionario que servirá para conocer posibles problemas durante el embarazo a los que debe prestar atención, información sobre nutrición, atención del recién nacido y otros temas útiles para padres primerizos.

También recibirá llamadas telefónicas personales y privadas de un coordinador de servicios médicos con experiencia durante su periodo de embarazo y posparto, dependiendo de sus necesidades.

Para obtener más información o para inscribirse, llame sin costo al **1-888-421-7781** (TTY: **711**) o envíe un correo electrónico a NMCNTLSpecialBeginnings@bcbsnm.com.

Si se inscribe en nuestro programa de Coordinación de Servicios Médicos Special Beginnings, puede ser elegible para recibir servicios con valor agregado. Estos servicios se ofrecen sin costo para usted. Consulte la sección 4H: Servicios con valor agregado para obtener más información.

Sueño seguro (Safe Sleep) para bebés

Comuníquese con el programa Special Beginnings de BCBSNM al **1-888-421-7781** (TTY: **711**) para obtener más información sobre las prácticas de sueño seguro.

Programa de opciones de parto

Usted puede elegir que una enfermera partera profesional con certificación o una partera diplomada le brinden los servicios relacionados con el embarazo en su hogar o en un centro de maternidad. Los servicios estarán incluidos en la cobertura únicamente si son ofrecidos por prestadores de servicios médicos que tienen un contrato aprobado con la División de Asistencia Médica del HSD/MAD. Si planea dar a luz al bebé en su hogar o en un centro de maternidad, debe contar con la autorización previa de BCBSNM. Esto nos ayudará a asegurarnos de que usted está consultando a un profesional médico o a una partera que pueden brindarle esos servicios conforme al programa de Centennial Care.

Si está interesada en tener una partera, llámenos, solicite un paquete con partera y siga las instrucciones. Si elige los servicios de una partera para dar a luz en su hogar o en un centro de maternidad, es su derecho y su obligación hacer lo siguiente:

- Preguntarle a la partera si tiene seguro por negligencia profesional.
- Recibir la confirmación o la declaración de exoneración de responsabilidad de la partera.
- Firmar la confirmación o la declaración de exoneración de responsabilidad que le envió la partera.
- Recibir un contrato de consentimiento informado u opción informada de parte de la partera sobre las complicaciones que podrían ocurrir.

Si la partera no cuenta con seguro por negligencia profesional, usted asume todos los riesgos de daños y lesiones.

Programa de consultas a domicilio de Centennial

Es posible que algunas madres primerizas y familias con niños menores de 5 años cumplan con los requisitos para participar en el programa de consultas a domicilio de Centennial. Este programa ofrece servicios que promueven la salud y el desarrollo maternal, infantil y de primera infancia.

También ayuda a las familias a criar niños felices y saludables brindándoles educación, apoyo, exámenes médicos y recursos. Las familias aprenderán

sobre el embarazo, el desarrollo infantil, el vínculo entre padres e hijos, los servicios de apoyo en la comunidad, la seguridad, las maneras de promover el aprendizaje a través del juego y las interacciones cotidianas, entre otros.

Para obtener más información sobre el programa de consultas a domicilio de Centennial, comuníquese con el programa Special Beginnnings de BCBSNM al **1-888-421-7781** (TTY:711) o por correo electrónico al CHV@bcbsnm.com.

Asociación de enfermeras y familias

Si usted es madre primeriza, aún no cumplió la semana 28 de embarazo y vive en una localidad donde el servicio está disponible, podría ser elegible para recibir ayuda de una enfermera personal que irá a su casa, le brindará consejos, apoyo, información y exámenes durante el embarazo y después del nacimiento hasta los 2 años del niño.

Padres como maestros

Si está embarazada o tiene un hijo de 5 años o menos y vive en una localidad donde el servicio está disponible, podría ser elegible para recibir ayuda de un educador de padres con certificación. El educador de padres le brindará apoyo, orientación, recursos, actividades y exámenes para usted y para promover el aprendizaje y el desarrollo temprano de su hijo.

Comuníquese con el programa Special Beginnings de BCBSNM al **1-888-421-7781** (TTY: **711**) para obtener más información sobre el programa de consultas a domicilio de Centennial.

Servicios hospitalarios

Los servicios que usted obtiene en un hospital están incluidos en la cobertura. Puede pasar la noche en el hospital o acudir a la sala de emergencias. Estos son algunos de los servicios que podría obtener en un hospital:

- atención en la sala de emergencias;
- atención médica cuando su profesional médico lo admite en el hospital;
- fisioterapia;
- pruebas de laboratorio;
- radiografías.

Muchos de los servicios hospitalarios tienen que aprobarse antes de que usted se dirija al hospital. Para obtener más información sobre los servicios hospitalarios, llame a Atención al Asegurado al **1-866-689-1523**.

Servicios de atención médica inmediata

La atención médica inmediata es necesaria para tratar enfermedades o lesiones repentinas que no ponen en riesgo la vida. Si usted puede esperar un día o más para recibir la atención sin poner en peligro su vida o una parte del cuerpo, es posible que no requiera atención médica inmediata. Si no sabe si su problema médico requiere atención inmediata, llame a la Enfermería telefónica 24/7 Nurseline para que lo aconsejen. Si considera que necesita atención médica inmediata, puede optar por seguir alguno de los siguientes pasos:

- Llame a su PCP o al consultorio de servicios de salud mental y diga que necesita ver al profesional médico lo antes posible, pero que no es una emergencia. Si el profesional médico le indica que acuda a la sala de emergencias porque no puede verlo de inmediato, y usted considera que no es una emergencia, llame sin costo a la Enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-877-213-2567** para pedir consejo.
- Pida a su profesional médico que le recomiende otro prestador de servicios médicos si no puede verlo dentro de las 24 horas.
- Comuníquese con la agencia de servicios esenciales u otro prestador de servicios de salud mental si considera que necesita atención médica inmediata de salud mental.
- Diríjase al centro de atención médica inmediata más cercano de la red de Centennial Care.
- Si no hay cerca un centro de atención médica inmediata que participe en la red, diríjase al centro más cercano.
- Si está fuera de Nuevo México y necesita atención médica inmediata, llame a Atención al Asegurado para pedir ayuda o diríjase a un centro de atención médica inmediata local.

En BCBSNM, no cubrimos la atención de seguimiento de prestadores de servicios médicos que no participan en la red sin autorización previa.

Problemas médicos de emergencia

Un problema médico de emergencia es un problema médico o de salud mental lo suficientemente grave como para que una persona común y corriente considere que, si no obtiene ayuda inmediata, podría haber un grave riesgo para su salud, funciones corporales, partes del cuerpo, órganos o apariencia de la propia persona o su bebé por nacer.

Servicios de emergencia

Una emergencia es un problema médico o de salud mental que presenta síntomas tan graves (como dolor agudo) que, si no recibe atención de inmediato, su salud (y en el caso de una mujer embarazada, la salud del niño por nacer) podría verse seriamente afectada. Una emergencia también podría ser cuando considera que, si no recibe atención médica de inmediato, podría perder una función corporal, un órgano o una parte del cuerpo.

Para saber si tiene una emergencia, debe preguntarse lo siguiente:

- ¿Tengo un problema médico o de salud mental grave (como dolor agudo)?
- ¿Considero que mi salud puede resultar gravemente perjudicada si no recibo atención médica de inmediato?
- ¿Considero que mi vida o la de los demás pueden resultar gravemente perjudicadas si no recibo atención médica de inmediato?
- ¿Considero que alguna función corporal, parte del cuerpo o algún órgano pueden sufrir un daño si no recibo atención médica de inmediato?

Si la respuesta a una o más de las preguntas es afirmativa, es posible que tenga una emergencia. Estos son algunos ejemplos de situaciones de emergencia:

- ataque cardíaco,
- derrame cerebral,
- dolor intenso en el pecho u otro tipo de dolor que persiste,
- dificultad para respirar,
- sangrado constante,
- pérdida de la conciencia (desmayo),
- convulsiones,
- envenenamiento o sobredosis,
- quemaduras graves,
- lesión grave a causa de un accidente o una caída,
- fracturas,
- herida en un ojo o pérdida repentina de la visión,
- deseo de lastimarse o lastimar a otras personas.

Si tiene una emergencia, no necesita llamar a BCBSNM antes de acudir a la sala de emergencias o de llamar al **911** para pedir servicios de ambulancia. En una emergencia, no tiene que preocuparse por si la sala de emergencias o la ambulancia pertenecen a la red de Centennial Care.

Qué hacer en caso de una emergencia

Si necesita resucitación cardiopulmonar (CPR, en inglés) o si su vida o una de sus extremidades corren peligro inminente, llame al **911**. Si no llama al **911**, diríjase al centro médico o centro de trauma más cercanos.

Qué casos no constituyen una emergencia

No acuda a la sala de emergencias si no tiene una emergencia real. La sala de emergencias es para pacientes que están muy enfermos o heridos y no debería utilizarse nunca por el solo hecho de que le parece más cómodo para usted o su familia. Es posible que tenga que esperar mucho tiempo a que lo atiendan, y los cargos por los servicios de la sala de emergencias son muy costosos si su problema no es grave.

Si tiene una enfermedad o un problema, llame a su PCP primero. Si no puede comunicarse con su PCP, llame sin costo a la enfermería telefónica 24/7 Nurseline, al **1-877-213-2567**. Para el servicio de TTY, llame al **711**. Un enfermero de la enfermería telefónica podría aconsejarle que acuda a su PCP, a un centro de atención médica inmediata o a la sala de emergencias más cercana. Si el consultorio de su PCP está cerrado, en la enfermería telefónica también pueden ayudarlo a decidir qué debería hacer.

Si sabe que su enfermedad no es grave ni pone en peligro su vida y de todos modos acude a la sala de emergencias o llama a una ambulancia, es posible que le cobren los servicios. Si usted recibe una factura y no la paga, el prestador de servicios médicos o Centennial Care pueden tomar medidas legales para cobrarle.

Sala de emergencias y servicios de ambulancia

Si tiene una emergencia, no necesita llamar a BCBSNM antes de acudir a la sala de emergencias o de llamar al **911** para pedir servicios de ambulancia. En una emergencia, no tiene que preocuparse por si la sala de emergencias o la ambulancia pertenecen a la red de Centennial Care.

Estadías de observación en el hospital

Si lo admiten en el hospital después de ir a la sala de emergencias y solo necesita permanecer allí unos días, su atención podría estar incluida en la cobertura como una estadía por observación en lugar de una internación. Se notificará a su prestador de servicios médicos cuando su enfermedad cumpla con los requisitos para considerarse una estadía por observación.

Atención de seguimiento

Después de acudir a la sala de emergencias, es posible que necesite atención de seguimiento. La atención médica que reciba le permitirá mantener su salud estable, así como mejorar o resolver su problema de salud. Esto se llama "atención posterior a la estabilización". Es posible que este tipo de atención requiera la autorización previa de BCBSNM. Usted podría recibir atención posterior a la estabilización en un hospital u otro centro de atención médica. En Centennial Care se brinda cobertura para esta atención. Para otra atención de seguimiento, como volver a surtir un medicamento o que le quiten un yeso, puede ir al consultorio de su PCP. Si necesita ayuda para buscar prestadores de servicios médicos de atención posterior a la estabilización y conocer sus ubicaciones, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

Qué servicios de atención médica de emergencia no están incluidos en la cobertura

- Atención de seguimiento fuera de Nuevo México si puede regresar a Nuevo México para recibir atención sin consecuencias perjudiciales para su salud.
- Atención de seguimiento de un prestador de servicios médicos que no participa en la red si no se cuenta con la autorización previa de BCBSNM.
- Servicios recibidos fuera de Estados Unidos.

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental brindan apoyo a las personas que se enfrentan a problemas emocionales, de abuso de sustancias o de salud mental. En ocasiones, los problemas de salud mental se padecen junto con otros de la misma naturaleza o se suman a algún otro problema médico. Los servicios incluidos en la cobertura son los servicios que paga Centennial Care. El tipo de servicio que usted puede necesitar depende de la situación en que se encuentre. Un coordinador de servicios médicos puede ayudarlo a averiguar qué servicios están incluidos en su cobertura y si el servicio requiere autorización previa. Para obtener más información sobre las autorizaciones previas, consulte la página 22 de este manual. Si necesita un coordinador de servicios médicos, llame al **1-877-232-5518**. En la siguiente tabla, se ofrece una lista de los servicios de salud mental incluidos en la cobertura estándar de Medicaid y en la cobertura de servicios alternativos (ABP, en inglés). El símbolo "✓" en la columna le indicará si los servicios están incluidos en la cobertura estándar de Medicaid y en la cobertura de servicios alternativos.

La cobertura de servicios alternativos es parte del programa Centennial Care de Medicaid de Nuevo México. Esta cobertura ofrece servicios para los adultos elegibles para Medicaid de entre 19 y 64 años cuyos ingresos no superan el 138% del Índice Federal de Pobreza (FPL, en inglés), incluidas las personas en las categorías de asistencia médica de transición y de expansión de la población de Medicaid. Si es elegible para los servicios incluidos en la cobertura de servicios alternativos, consulte los servicios que se enumeran en la columna "Servicios incluidos en la ABP".

Si usted es asegurado con cobertura de servicios alternativos y tiene algún problema médico físico o de salud mental que cumple determinados criterios, es probable que sea elegible para los servicios con cobertura que se enumeran en la columna "Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid".

Sección 4B: Servicios de salud mental

Servicios de salud mental	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Edad para obtener servicios de salud mental	Autorización previa requerida
Servicios de centros de tratamiento residencial acreditados para adultos con trastornos por consumo de sustancias	✓	✓	A partir de los 18 años	Sí
Servicios de centros de tratamiento residencial acreditados para jóvenes	✓	✓	Menores de 21 años	Sí
Análisis del comportamiento aplicado (ABA, en inglés)	✓	✓	A partir de los 12 meses	Sí*
Tratamiento comunitario asertivo	✓	✓	A partir de los 18 años	No
Servicios de manejo de problemas de conducta	✓	✓	Menores de 21 años	No
Terapia de estimulación cognitiva	✓	✓	A partir de los 18 años	No
Evaluaciones integrales	✓	✓	Todas las edades	No
Servicios integrales de apoyo comunitario	✓	✓	Todas las edades	No
Intervención ante crisis	✓	✓	Todas las edades	No
Centros de evaluación de urgencia ante crisis	✓	✓	Todas las edades	No
Tratamiento diurno	✓	✓	Menores de 21 años	No
Terapia electroconvulsiva		✓	Todas las edades	Sí
Servicios de emergencia	✓	✓	Todas las edades	No
Servicios de apoyo para la familia	✓	✓	Todas las edades	No
Apoyo para la familia (salud mental)	✓	✓	Todas las edades	No
Residencia colectiva	✓	✓	Menores de 21 años	Sí
Servicios psiquiátricos para pacientes internados	✓	✓	Todas las edades	Sí
Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	✓	✓	Todas las edades	Sí
Atención integrada y trabajo con equipos interdisciplinarios	✓	✓	Todas las edades	No
Programas intensivos para pacientes externos para trastornos por consumo de sustancias y problemas de salud mental	✓	✓	A partir de los 11 años	No
Farmacoterapia con apoyo: buprenorfina para trastornos por uso de opioides	✓	✓	Todas las edades	No
Terapia multisistémica	✓	✓	De 10 a 18 años	No
Servicios de centros de tratamiento residencial no acreditados para jóvenes	✓	✓	Menores de 21 años	Sí

Aviso: Esta lista no incluye todos los servicios. Los servicios están incluidos en la cobertura cuando son médicamente necesarios. Se pueden aplicar otros términos, condiciones o limitaciones. Comuníquese con Atención al Asegurado al 1-866-689-1523 si tiene preguntas sobre los servicios.

*Para tratamientos de comportamiento adaptativo por protocolo (97153) y tratamientos de comportamiento adaptativo con modificación del protocolo (0373T)

Servicios de salud mental	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Edad para obtener servicios de salud mental	Autorización previa requerida
Programa de tratamiento para la adicción a los opioides	✓	✓	Todas las edades	No
Centro de estabilización de crisis para pacientes externos	✓	✓	A partir de los 14 años	No
Servicios profesionales para pacientes externos	✓	✓	Todas las edades	No
Hospitalización parcial	✓	✓	A partir de los 5 años	Sí, se requiere autorización previa para más de 45 días.
Servicios de apoyo personal	✓	✓	Todas las edades	No
Pruebas psicológicas y neuropsicológicas	✓	✓	Todas las edades	No
Programa de rehabilitación psicosocial	✓	✓	A partir de los 18 años	No
Servicios de recuperación	✓	✓	Todas las edades	No
Atención médica de relevo	✓	✓	Menores de 21 años	Sí, para los servicios que excedan los 30 días o las 720 horas por año calendario.
Servicios de exámenes de detección, intervención breve y referidos para el tratamiento	✓	✓	A partir de los 11 años	No
Servicios para dejar de fumar	✓	✓	Menores de 21 años O aseguradas embarazadas	No
Consultas presenciales estándares a médicos especialistas en salud mental (que pueden incluir consejeros, trabajadores sociales, psiquiatras o psicólogos)	✓	✓	Todas las edades	No
Centros de tratamiento residencial para problemas subagudos para jóvenes	✓	✓	Menores de 21 años	Sí
Alojamientos con servicios de apoyo	✓	✓	Todas las edades	No
Servicios de telemedicina	✓	✓	Todas las edades	No
Treat First	✓	✓	Todas las edades	No
Servicios terapéuticos para personas en custodia provisional	✓	✓	Menores de 21 años	Sí

Aviso: Esta lista no incluye todos los servicios. Los servicios están incluidos en la cobertura cuando son médicamente necesarios. Se pueden aplicar otros términos, condiciones o limitaciones. Comuníquese con Atención al Asegurado al 1-866-689-1523 si tiene preguntas sobre los servicios.

*Para tratamientos de comportamiento adaptativo por protocolo (97153) y tratamientos de comportamiento adaptativo con modificación del protocolo (0373T)

No necesita un referido del PCP para recibir los servicios de salud mental. Puede llamar a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**, para obtener más información. Si no sabe qué tipo de ayuda necesita, llame a Atención al Asegurado para que lo ayuden a encontrar un prestador de servicios médicos o a comunicarse con un coordinador de servicios médicos. Es posible que deba completar una evaluación con la ayuda de su coordinador de servicios médicos y cumplir con ciertos requisitos para obtener servicios de salud mental. También es posible que un profesional clínico con licencia deba determinar que los servicios son médicamente necesarios.

Si no tiene un plan de crisis personal, hable con su prestador de servicios de salud mental o llame a la enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-877-213-2567**. Es importante que elabore un plan con anticipación para ayudar a prevenir las crisis o recaídas.

En caso de emergencia (por ejemplo, si siente deseos de lastimarse o lastimar a otras personas, o si no puede cuidarse), llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Qué servicios de salud mental no están incluidos en la cobertura

Los servicios no incluidos en la cobertura son los servicios que no paga Centennial Care. Usted deberá pagar estos servicios. Llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**, para obtener más información acerca de los servicios con o sin cobertura.

En Centennial Care, no se brinda cobertura para los siguientes servicios de salud mental:

- Terapia de actividad, actividades grupales y otros servicios que son principalmente de carácter recreativo.
- Biorretroalimentación.
- Problemas médicos que no cumplen con los estándares de necesidad médica según se definen en las reglas de Centennial Care.
- Servicios educativos o vocacionales relacionados con asignaturas académicas tradicionales o entrenamiento vocacional.
- Procedimientos, tecnologías o terapias sin medicamentos que son experimentales o de investigación, y servicios relacionados.
- Hipnoterapia.
- Servicios para los que se requiere, pero no se obtuvo, autorización previa.
- Servicios brindados por un profesional en salud mental que no cumple con las reglas de Centennial Care o que presta servicios para los que no está habilitado.
- Servicios que no se consideran médicamente necesarios para el problema médico de la persona elegible que los recibe.
- Tratamientos que duran más de 15 días por mes en instituciones para enfermedades mentales, para asegurados de entre 22 y 64 años.
- Tratamiento de discapacidades intelectuales únicamente.

Trabajadores de apoyo personal con certificación

Los trabajadores de apoyo personal con certificación (CPSWs, en inglés) establecen un puente entre usted y su coordinador de atención médica. Trabajan con distintas agencias para desarrollar un vínculo que les brinden ayuda a usted y a su familia para usar recursos que les beneficien.

Puede llamar a Coordinación de Servicios médicos al **1-877-232-5518** y seleccionar la opción 3 para recibir información útil sobre cómo ponerse en contacto con un CPSW de salud mental o un centro de bienestar.

Learn to Live

La plataforma Learn to Live es un programa de salud en línea sin costo. Se ofrece a los asegurados mayores de 13 años y a cuidadores. Learn to Live brinda soluciones de salud mental a su propio ritmo, además de acceso a consejeros para asegurados las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Pueden ayudarle a lidiar con problemas habituales, incluidos el estrés, la ansiedad, la depresión y el abuso de sustancias. Para comenzar, puede inscribirse en **es.learntolive.com/welcome/bcbsnmmedicaid**. (Código de acceso: NMMED).

Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo

Su cobertura Centennial Care incluye servicios de atención a largo plazo. La atención a largo plazo incluye la atención médica y no médica que se brinda a las personas con discapacidades o enfermedades crónicas. Los servicios de atención a largo plazo ayudan a resolver las necesidades de salud y personales. La mayor parte de la atención a largo plazo tiene por objetivo ayudar a las personas mediante servicios de apoyo, como asistencia para las actividades cotidianas (por ejemplo, vestirse, bañarse y usar el baño). La atención a largo plazo puede brindarse en el hogar, la comunidad, un hogar de vida asistida o un asilo. Es importante recordar que la atención a largo plazo puede ser necesaria a cualquier edad.

Se brinda cobertura para servicios en centros de enfermería y cuidados de transición hospitalaria (swing bed) si la atención que necesita los requiere. Se requiere autorización previa. Si vive en un asilo y decide irse a otro sitio, queremos ayudarlo a encontrar un lugar adecuado para usted.

Llame a su coordinador de servicios médicos para obtener más información sobre los servicios médicos comunitarios. Este beneficio ofrece los mismos servicios de atención necesarios en el hogar para los asegurados que son elegibles para servicios en centros de enfermería.

Es posible que sea elegible para los servicios médicos comunitarios conforme a los requisitos de elegibilidad de Medicaid o a través de la elegibilidad basada en la necesidad médica, según la disponibilidad del programa determinada por la División de Asistencia Médica del HSD/MAD.

A fin de determinar si usted cumple con los requisitos de elegibilidad de Medicaid, su coordinador de servicios médicos hará una evaluación de su nivel de atención. Si la evaluación muestra que necesita un nivel de atención en un centro de enfermería, será elegible para los servicios médicos comunitarios.

Si es así, participará en los servicios médicos comunitarios basados en la agencia (ABCB, en inglés) y después de un mínimo de 120 días, tendrá la opción de cambiar a los servicios médicos comunitarios autodirigidos (SDCB, en inglés).

Servicios médicos comunitarios

En la siguiente tabla, se incluye una lista de los servicios disponibles en las coberturas de servicios médicos comunitarios. Recuerde que algunos de estos servicios solo están incluidos en la cobertura de ABCB y otros en la cobertura de SDCB. El símbolo "✓" en la columna le dirá si el servicio está incluido en una de las coberturas o en ambas. Para obtener más información sobre las autorizaciones previas, consulte la página 22 de este manual. Para ver una descripción de los servicios, consulte la página 46.

Servicio	ABCB	SDCB	Autorización previa requerida	Detalles
Atención de salud diurna para adultos	✓		Sí	
Servicios de vida asistida	✓		Sí	Estos servicios no estarán incluidos en la cobertura para las personas en centros de servicios de vida asistida, con servicios de atención personal, con modificaciones del entorno para atención médica de relevo, con servicios de respuesta ante emergencias o con atención de salud diurna para adultos. El programa de servicios de vida asistida se encarga de todos estos servicios en el centro respectivo.
Consulta de apoyo para problemas de conducta	✓	✓	Sí	
Servicios de transición a la comunidad (solo para asegurados en el programa de reintegración a la comunidad)	✓		Sí	Límite: El límite de cobertura para estos servicios es de $4,000 por persona cada cinco años. Los depósitos para los centros de servicios de vida asistida tienen un límite máximo de $500. Para ser elegible para este servicio, la persona debe haber estado en un centro de enfermería durante, por lo menos, 90 días antes de la transición a la comunidad.
Apoyos comunitarios personalizados		✓	Sí	
Servicio de respuesta ante emergencias	✓	✓	Sí	
Apoyo para el empleo	✓	✓	Sí	
Modificaciones del entorno	✓	✓	Sí	Limite: El límite de cobertura para estos servicios es de $6,000 cada cinco años.
Asistencia médica en el hogar	✓	✓	Sí	
Consejería nutricional	✓	✓	Sí	
Servicios de atención personal (dirigidos por el consumidor y delegados por el consumidor)	✓		Sí	
Servicios de enfermería privada para adultos (enfermeros titulados o auxiliares de enfermería con licencia)	✓	✓	Sí	

AVISO: Existe un límite de costo anual para los servicios médicos comunitarios. El HSD determina el monto de dicho límite. El costo de atención para los servicios médicos comunitarios se determina a través de su evaluación integral de necesidades. Si el costo sugerido por la evaluación integral de necesidades excede el límite de costo anual determinado por el HSD, en BCBSNM no tenemos la obligación de pagar más que lo establecido por el HSD.

Servicio	ABCB	SDCB	Autorización previa requerida	Detalles
Artículos relacionados (teléfono, Internet, impresora, etc.)		✓	Sí	Limite: El límite de cobertura es de $2,000 por año (esto es aparte de la ayuda financiera por única vez para artículos para el inicio). No están incluidos en la cobertura los tratamientos o artículos que son experimentales o están prohibidos.
Atención médica de relevo (cuidado provisional o de corto plazo).	✓	✓	Sí	Limite: El límite anual de cobertura es de 300 horas por año de cobertura.
Atención médica de relevo (enfermero titulado)	✓	✓	Sí	Limite: El límite anual de cobertura es de 300 horas por año de cobertura. Pueden solicitarse horas adicionales si las necesidades de salud o seguridad de un asegurado elegible requieren más horas que las especificadas. Los servicios de enfermería para atención médica de relevo no deben ser brindados por ningún miembro del hogar ni de la familia del asegurado aprobados como cuidadores.
Atención personal autodirigida (amas de casa)		✓	Sí	
Servicios de terapia de mantenimiento especializados (terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla)	✓	✓	Sí	El prestador principal de servicios médicos del asegurado debe proporcionar una orden de tratamiento firmada en el referido para la terapia.
Terapias especializadas (acupuntura, biorretroalimentación, quiropráctica, terapia de rehabilitación cognitiva, hipoterapia, terapia de masaje, naprapatía, curanderos indígenas estadounidenses)		✓	Sí	Limite: El límite de cobertura es de $2,000 por año (anual) para todos los servicios de terapia combinados (los servicios con valor agregado tienen límites aparte).
Artículos para el inicio		✓	Sí	Limite: Cobertura por única vez de hasta $2,000.
Transporte (no médico)		✓	Sí	Limite: Están incluidos en la cobertura únicamente los reintegros de millas en vehículo y los pases en autobús o taxis. El límite de cobertura es de un total de $1,000 por año para pases y reintegro de millas. El servicio no está incluido en la cobertura para los menores de edad. Solo se brinda cobertura en un radio de hasta 75 millas (120.7 km) del hogar del asegurado.

AVISO: Existe un límite de costo anual para los servicios médicos comunitarios. El HSD determina el monto de dicho límite. El costo de atención para los servicios médicos comunitarios se determina a través de su evaluación integral de necesidades. Si el costo sugerido por la evaluación integral de necesidades excede el límite de costo anual determinado por el HSD, en BCBSNM no tenemos la obligación de pagar más que lo establecido por el HSD.

Descripciones de servicios médicos comunitarios

Atención de salud diurna para adultos: Programas diurnos en la comunidad, con los cuales el asegurado puede realizar actividades artísticas, ejercicio o visitas.

Consulta de apoyo para problemas de conducta: Entrenamiento y apoyos para individuos que cuidan a asegurados con necesidades especiales.

Apoyo comunitario personalizado: Programas diurnos en la comunidad, con los cuales el asegurado puede realizar actividades artísticas, ejercicio o visitas.

Servicio de respuesta ante emergencias: Un dispositivo electrónico que ayudará al asegurado a recibir asistencia en caso de emergencia.

Apoyo para el empleo: ayuda a los asegurados mediante capacitación laboral o para buscar trabajo.

Asistencia médica en el hogar: Un profesional de la salud capacitado ayuda al asegurado con sus actividades cotidianas, que incluyen bañarse, vestirse y alimentarse.

Consejería nutricional: Planes de alimentación y apoyo para problemas de salud como diabetes, desnutrición, enfermedad cardiovascular, etc.

Servicios de atención personal (dirigidos por el consumidor y delegados por el consumidor): Se ayuda al asegurado con sus actividades cotidianas, que incluyen bañarse, vestirse, cocinar y hacer las compras. El asegurado puede elegir entre el modelo de servicios dirigidos por el consumidor o delegados por el consumidor. Un pariente podría proporcionar este servicio.

- **Servicios de enfermería privada para adultos (enfermeros titulados o auxiliares de enfermería con licencia):** Servicios de salud proporcionado por enfermeros titulados o auxiliares de enfermería con licencia.
- **Atención personal autodirigida (amas de casa):** Se ayuda al asegurado con sus actividades cotidianas, que incluyen bañarse, vestirse, cocinar y hacer las compras. Un pariente podría proporcionar este servicio.
- **Artículos para el inicio:** Estos artículos están disponibles para asegurados que estén en proceso de transición de los servicios médicos comunitarios basados en la agencia (ABCB, en inglés) a los servicios médicos comunitarios autodirigidos (SDCB, en inglés) por primera vez. Los artículos para el inicio ayudan al asegurado con los servicios autodirigidos. Dichos artículos incluyen, entre otros, una computadora, una máquina de fax y una impresora.

Servicios médicos comunitarios basados en la agencia

En función de su evaluación integral de necesidades, deberá colaborar con su coordinador de servicios médicos para coordinar su atención.

Qué servicios médicos comunitarios basados en la agencia no están incluidos en la cobertura

Determinados procedimientos, servicios y artículos varios no están incluidos en la cobertura de servicios médicos comunitarios basados en la agencia (ABCB). Para obtener más información sobre qué servicios no están incluidos, comuníquese con su coordinador de servicios médicos.

Servicios médicos comunitarios autodirigidos

Los SDCB son determinados servicios en el hogar y en la comunidad que están disponibles para los asegurados elegibles que cumplen los requisitos para recibir un nivel de atención en un centro de enfermería. Al ser autodirigido, usted puede elegir y controlar la manera en que se le brindan los servicios médicos comunitarios. Además, puede elegir quién le presta los servicios y cuánto se les paga a los prestadores de servicios médicos en conformidad con las tarifas aprobadas para los SDCB.

Su participación

Si elige los SDCB, antes de poder cambiarse, debe participar en la cobertura de ABCB durante un mínimo de 120 días calendario. Cuando se cambie a la cobertura de SDCB, deberá tener un empleador registrado (EOR, en inglés), un coordinador de servicios médicos y un corredor de seguros de apoyo. Usted puede ser el EOR o puede designar a alguien en su nombre. El EOR, con la ayuda del corredor de seguros de apoyo y el coordinador de servicios médicos, será responsable de las siguientes actividades:

- administrar un presupuesto autodirigido;
- reclutar, contratar y supervisar a los prestadores de servicios médicos;
- desarrollar descripciones de puestos para los recursos de apoyo directo;
- completar formularios de empleados;
- aprobar planillas de horarios y órdenes de compra;
- obtener presupuestos para los servicios;
- completar toda la documentación obligatoria;
- desarrollar un plan de respaldo;
- asistir a los entrenamientos;
- denunciar incidentes, como fraude y abuso.

Corredor de seguros de apoyo

Un corredor de seguros de apoyo los ayuda a usted o a su familia a coordinar, dirigir y manejar sus SDBC. El corredor de seguros de apoyo brinda asistencia y, además, prepara, controla e implementa la cobertura de atención médica y el presupuesto para sus SDCB.

El corredor de seguros de apoyo estará disponible para asegurarse de que usted cumpla con todos los requisitos. Si le interesa el servicio de SDCB, llame a Atención al Atención al Asegurado al **1-877-232-5518** a fin de que le pongan en contacto con un coordinador de atención médica.

Reclutar, contratar, supervisar y despedir a los prestadores de servicios médicos

El EOR es la persona responsable de dirigir el trabajo que se realice conforme a los SDCB. Se encarga de reclutar, contratar y despedir a todos los empleados. Elabora los programas de trabajo y asigna las tareas. Además, supervisa y proporciona entrenamiento a todos los empleados.

Cuando el EOR trabaje con empleados, deberá determinar cuánto se les pagará. Las tarifas de pago deben estar dentro del intervalo de tarifas establecido. El EOR tiene las siguientes responsabilidades:

- dar seguimiento al dinero destinado a pagar a los empleados;
- dar seguimiento al dinero destinado a artículos y servicios;
- aprobar las planillas de horarios de los empleados.

El EOR no puede recibir pagos por llevar a cabo las tareas de su puesto.

Qué servicios médicos comunitarios autodirigidos no están incluidos en la cobertura

Centennial Care no cubre los siguientes SDCB:

- Servicios incluidos en la cobertura estatal de Medicaid (incluidos la detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos), servicios escolares de la División de Asistencia Médica, servicios con cobertura de Medicare y de terceros.
- Servicios o artículos que violen los estatutos, las reglamentaciones o las recomendaciones federales o estatales.
- Educación para obtener una certificación o título académico formal.
- Gastos de alimentos y vivienda, incluidos los costos relacionados con la propiedad.
- Servicios, procedimientos o artículos experimentales o de investigación.
- Artículos o servicios que se esperaría que un integrante del hogar pague como gasto regular, excepto una persona con una discapacidad.
- Artículos o servicios que se usen principalmente con fines recreativos.
- Artículos o productos personales no relacionados con la discapacidad.
- Animales y los costos relacionados con el mantenimiento de animales, excepto los relacionados con el entrenamiento y la certificación de perros de asistencia.
- Tarjetas para gasolina y tarjetas de regalo. Es posible que los artículos que se adquieran con fondos del programa de SDCB no puedan devolverse a cambio de crédito en tienda, dinero en efectivo o tarjetas de regalo.
- Adquisición de un seguro.
- Compra y alquiler o renta a largo plazo de un vehículo.
- Compra de autocaravanas.
- Armas de fuego, municiones y otras armas.
- Apuestas, juegos de azar, alcohol, tabaco o artículos similares.
- Gastos de vacaciones, incluidos boletos de avión, cruceros u otros medios de transporte; visitas guiadas; comidas; hoteles; alojamiento o gastos recreativos similares.
- Compra de muebles y accesorios habituales para el hogar, a menos que sean adaptados a la discapacidad del destinatario elegible o al uso que hace de dichos artículos, o que sean un servicio médico especializado para el problema médico de la persona. Las solicitudes de muebles adaptados o especializados deben incluir la indicación del prestador de servicios médicos del asegurado y, si corresponde, el rechazo de pago de parte de otras fuentes.
- Mantenimiento, conservación y reparaciones de rutina en el hogar; e instalación de cercas, almacenes de depósito u otras dependencias.
- Mantenimiento, conservación y reparaciones de rutina de un vehículo; o adquisición o remplazo de neumáticos, excepto el mantenimiento y la conservación de modificaciones o alteraciones realizadas a un vehículo o camioneta para adaptarlos al problema médico o a la discapacidad que hacen que el asegurado sea elegible para recibir SDCB. La solicitud debe incluir documentación que indique que el vehículo adaptado es el medio de transporte principal del asegurado que recibe los SDCB.
- Vestimenta y accesorios.
- Gastos de entrenamiento para empleados remunerados.
- Los cargos por conferencias o clases pueden estar incluidos en la cobertura para los destinatarios elegibles o los cuidadores no remunerados. No obstante, no están incluidos en la cobertura los costos asociados con estas conferencias o clases, como pasajes de avión, alojamiento o comidas.
- Electrónica de consumo, como computadoras, impresoras, faxes u otros equipos electrónicos que no cumplen los requisitos.
- Servicios de teléfono celular que incluyen tarifas por datos superiores a los $100 por mes o más de una línea de teléfono celular por destinatario elegible.

En Centennial Care, se brinda cobertura para medicamentos y otros artículos enumerados en esta sección solo cuando se adquieren en una farmacia de la red (a menos que sean necesarios durante una emergencia) o mediante el servicio de entrega a domicilio.

Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos de Blue Cross Community Centennial es una lista de los medicamentos incluidos en la cobertura de Centennial Care. El HSD aprueba la Lista de medicamentos para todas las coberturas de atención médica administrada de Medicaid. La lista se actualiza cada tres meses. Si usted la solicita, BCBSNM le enviará una copia de la Lista de medicamentos. También puede consultarla en nuestro sitio web, espanol.bcbsnm.com/community-centennial.

Por lo general, en Centennial Care solo se brindará cobertura para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Cuando existe un medicamento de marca y una versión genérica del mismo medicamento, solo el medicamento genérico está incluido en la cobertura. Es posible que se rechacen las solicitudes de pago de un medicamento de marca en lugar de uno genérico por los siguientes motivos:

- Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos son elaborados de la misma manera.
- Los medicamentos genéricos, por lo general, cuestan menos.
- Normalmente, deben probarse al menos dos medicamentos genéricos con cobertura antes de que se apruebe un medicamento de marca. En algunos casos, deben probarse primero todas las opciones terapéuticas genéricas disponibles.

Excepciones

Para asegurarse de no tener problemas en el momento de surtir las recetas médicas, siempre pídale a su prestador de servicios médicos que consulte la Lista de medicamentos. Si su profesional médico le receta un medicamento que no está en la lista o que aún no está aprobado para tratar su problema médico, el profesional debe solicitar una autorización previa a BCBSNM antes de que usted pueda obtener el medicamento. Una autorización previa a veces se denomina “excepción”. En la farmacia no podrán surtir su receta médica si no tiene autorización previa. Examinaremos la solicitud del prestador de servicios médicos y aprobaremos el medicamento solo si determinamos que es médicamente necesario. La mayoría de las veces, aprobamos una solicitud por dos motivos:

- Un medicamento similar que está en la lista no mejora su salud en la misma medida que el medicamento que usted solicita.
- Un medicamento similar que está en la lista es perjudicial para su salud.

En caso de emergencia, en BCBSNM responderán a la solicitud del prestador de servicios médicos en un plazo de 72 horas. Usted puede utilizar el proceso de apelación (consulte la sección 7, Inconformidades y apelaciones) si se rechaza su solicitud.

Los indígenas estadounidenses que reciben recetas médicas de prestadores de servicios médicos de los I/T/U podrían obtener medicamentos que no están en la Lista de medicamentos sin necesidad de la autorización previa de BCBSNM.

Requisito de los medicamentos para el dolor

En BCBSNM, exigimos que los médicos proporcionen un código de diagnóstico para sus medicamentos. Esto le permite a la farmacia pagar sus medicamentos y, en BCBSNM, nos ayuda a entender los motivos por los que su médico le ha recetado medicamentos para el dolor. Podrían aplicarse requisitos adicionales para los medicamentos para el dolor.

Medicamentos y otros artículos incluidos en la cobertura

Centennial Care cubre los siguientes medicamentos, suministros y otros productos cuando son adquiridos en una farmacia de la red y recetados por un prestador de servicios médicos de la red de Centennial Care:

- Medicamentos con receta que están en la Lista de medicamentos, a menos que figuren como una exclusión.
- Determinadas vacunas que pueden administrarse en una farmacia (como vacunas contra la influenza).
- Medicamentos de farmacias especializadas, como los medicamentos inyectables autoadministrados. La mayoría de los medicamentos inyectables y de alto costo requieren la autorización previa de BCBSNM. Algunos medicamentos autoadministrados, ya sean inyectables o no, son medicamentos especializados de farmacia y debe solicitarlos mediante una farmacia de medicamentos especializados de la red para que estén incluidos en la cobertura.
- Insulina, agujas para insulina, jeringas y otros suministros para diabéticos (por ejemplo, kits de emergencia de glucagón, dispositivos autolet, accesorios para inyección, lancetas, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre y tiras reactivas para leer los niveles de cetona en la orina).
- Medicamentos sin receta y artículos para el control de la natalidad incluidos en la Lista de medicamentos y recetados por su profesional médico. Estos no tendrán cobertura si las recetas médicas se surten en un lugar que no sea una farmacia de la red. Los medicamentos sin receta están sujetos a una cantidad límite (por lo general, el contenido de un paquete cada 30 días). Algunos productos de venta libre no estarán incluidos en la cobertura para asegurados menores de 4 años o mayores de 18 años.
- Medicamentos con receta o de venta libre para dejar de fumar o consumir tabaco. Puede buscar apoyo o ayuda de un enfermero especializado en ayudar a dejar de consumir tabaco si llama a Atención al Asegurado al **877-232-5518**, opción 3, opción 2 (TTY: **711**).

Programa de farmacias comerciales

Todos los artículos deben adquirirse en una farmacia comercial de la red. Algunos medicamentos deben adquirirse en una farmacia de medicamentos especializados de la red para que estén incluidos en la cobertura. Consulte el directorio de prestadores de servicios médicos para obtener una lista de farmacias y farmacias especializadas de la red. Si no tiene un directorio, llame a Atención al Asegurado para obtener una lista o visite el sitio web de BCBSNM en **espanol.bcbsnm.com/community-centennial**.

Debe presentarle su tarjeta de asegurado al farmacéutico en el momento de comprar sus medicamentos para recibir este beneficio. Si usted tiene Medicare y Centennial Care, sus medicamentos se cubrirán con la Parte D de Medicare. Le corresponderá pagar los copagos de la Parte D de Medicare, a menos que viva en un centro de enfermería. Si tiene otro seguro, presente esa tarjeta también.

No recibirá una tarjeta de asegurado diferente para los medicamentos con receta. Use su tarjeta de asegurado de Centennial Care para recibir todos los servicios incluidos en la cobertura conforme a este programa.

Si no lleva consigo su tarjeta de Blue Cross Community Centennial o si adquiere los medicamentos con receta u otros artículos incluidos en la cobertura en una farmacia que no participa en la red durante una emergencia, es posible que deba pagar la totalidad de la compra y luego enviarnos los recibos de la farmacia. Si es posible, solicite en la farmacia que se comuniquen con BCBSNM antes de surtir su receta médica para que podamos pagarle directamente a la farmacia.

Si planea salir fuera del país y necesita un suministro de medicamentos para más días, llame a Atención al Asegurado, por lo menos, dos semanas antes de viajar. En algunos casos, es posible que le pidan que acredite la continuación de la elegibilidad conforme a Centennial Care.

Límites de suministro de la cobertura de medicamentos

Puede obtener un suministro de hasta 31 días de un medicamento con receta u otro artículo incluido en la cobertura o hasta 120 pastillas, la cantidad que sea menor. Esto es así para la mayoría de los medicamentos. Para los artículos en presentación comercial (por ejemplo, un inhalador, un tubo de pomada o un blíster de tabletas o cápsulas), un paquete equivale a un suministro de 30 días. Los productos de control de la natalidad incluidos en la cobertura están exentos de este límite.

Suministro de 93 días

Puede obtener un suministro de 93 días de medicamentos para tratar problemas médicos crónicos mediante el programa de entrega a domicilio. Los narcóticos para el dolor (opioides) no pueden adquirirse mediante entrega a domicilio.

Programa de entrega a domicilio

Puede usar el programa de entrega a domicilio para solicitar un suministro de 93 días de un medicamento que toma con regularidad para tratar un problema médico crónico. Llame a Atención al Asegurado para usar el programa de entrega a domicilio. Lo ayudaremos a completar un formulario de entrega a domicilio para que reciba sus medicamentos por correo.

Qué medicamentos con receta y otros artículos no están incluidos en la cobertura

Centennial Care no cubre los siguientes medicamentos con receta y otros artículos:

- Medicamentos con receta, sin receta y de venta libre que no figuran como incluidos en la cobertura en la Lista de medicamentos; entre ellos, las preparaciones homeopáticas o a base de hierbas.
- Medicamentos u otros artículos adquiridos en una farmacia que no participa en la red o a través de otro prestador de servicios médicos que no tiene contrato con BCBSNM, excepto en casos de emergencia.
- Surtidos solicitados antes de lo previsto si había tomado la cantidad de pastillas por día indicada por el profesional médico. Llame a Atención al Asegurado para recibir instrucciones sobre cómo obtener un suministro más amplio si planea estar fuera de su hogar por más de 30 días.
- Remplazo de medicamentos u otros artículos perdidos, robados, destruidos o extraviados.
- Medicamentos para tratar la infertilidad.
- Medicamentos u otros artículos para el tratamiento de disfunciones sexuales.
- Medicamentos o preparaciones con fines cosméticos, como los usados para el crecimiento del cabello o cosméticos medicados, incluida la tretinoína (comercializada bajo marcas como Retin-A) con fines cosméticos.
- Productos de nutrición enteral que no requieren receta médica administrados por vía oral o mediante una sonda nasoenteral temporal (por ejemplo, una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal), a menos que usted tenga un error genético innato del metabolismo y cuente con la autorización previa de BCBSNM para el producto.
- Cargos por envío, traslado o entrega, a menos que hayan sido autorizados en BCBSNM con anterioridad.
- Medicamentos necesarios para viajar al exterior o por trabajo.

- Alimentos, suplementos alimentarios o alimentos médicos especiales. La cobertura no incluye alimentos alternativos disponibles en tiendas comerciales, como alimentos sin sodio, grasa, colesterol o azúcar, o con bajo contenido de estos; alimentos con alto o bajo contenido de calorías usados para la pérdida o el aumento de peso; o productos alternativos necesarios a causa de alergias o intolerancia a los alimentos.
- Medicamentos, combinaciones de medicamentos o dispositivos no aprobados por la FDA, y cualquier producto experimental, en investigación o no comprobado.
- Metadona usada en programas de tratamiento para dejar las drogas.
- Artículos para el cuidado personal, como champú o jabón de venta libre.
- Probióticos.
- Medicamentos para la pérdida de peso o el control del peso.
- Productos contra la tos o el resfriado para asegurados menores de 4 años.
- Medicamentos del programa Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos; medicamentos compuestos que contienen un producto no aprobado por la FDA para el uso indicado; medicamentos compuestos que no tienen un código nacional de medicamentos y que no fueron aprobados por la FDA para el uso en seres humanos; productos con medicamentos reempaquetados.
- Los siguientes productos de venta libre para asegurados mayores de 21 años:
  - analgésicos o antipiréticos;
  - productos para oído, nariz y garganta (excepto la solución de cloruro de sodio para inhalación);
  - productos estomacales (para tratamiento de acidez, estreñimiento o diarrea);
  - productos para la visión (excepto lubricantes oculares);
  - productos contra la tos o el resfriado;
  - peróxido de benzoilo;
  - antibióticos para aplicar sobre la piel;
  - suplementos (excepto los de remplazo de electrolitos por vía oral o las vitaminas prenatales);
  - aceite de triglicéridos de cadena media;
  - Neutra-Phos, Neutra-Phos K.

Exclusión de medicamentos de marca

Algunos medicamentos se comercializan bajo más de una marca. Es posible que Centennial Care cubra solo una de las marcas disponibles de un medicamento. Si usted no acepta la marca incluida en la cobertura de Centennial Care, el medicamento de marca que desea no tendrá cobertura.

Restricción de farmacia

En algunos casos especiales, es posible que le indiquemos al asegurado que debe adquirir sus medicamentos únicamente en una farmacia determinada. Esto se denomina "restricción de farmacia". Le informaremos a usted o a su representante antes de que se aplique la restricción. Tendrá la oportunidad de presentar una inconformidad por la decisión que tomamos en BCBSNM de aplicar una restricción de farmacia. Consulte la **sección 7, Inconformidades y apelaciones**. Solo puede estar restringido a una farmacia.

Se retirará la restricción de farmacia cuando los problemas se hayan solucionado.

Cobertura para la vista

Centennial Care brinda cobertura para el cuidado de la vista de rutina, anteojos y chequeos oculares a través de un programa administrado por Davis Vision.

Los siguientes servicios de rutina están incluidos en la cobertura de Centennial Care:*

Servicio incluido en la cobertura	Límite de tiempo	Edad
Reparaciones menores para anteojos	En cualquier momento	Todas las edades
Ahumado de lentes para determinados problemas médicos	En cualquier momento	Todas las edades
Lentes para prevenir la visión doble	En cualquier momento	Todas las edades
Examen de la vista para problemas médicos (diabetes, cataratas, hipertensión y glaucoma)	Cada 12 meses	Todas las edades
Un examen rutinario de la vista	Cada 12 meses	Menores de 21 años
Armazones (marcos)	Cada 12 meses	Menores de 21 años
Remplazo de lentes por pérdida, rotura o deterioro	En cualquier momento	Menores de 21 años
Lentes correctivos	Un par cada 36 meses	Menores de 21 años
Un examen rutinario de la vista	Cada 36 meses	A partir de los 21 años
Armazones (marcos)	Cada 36 meses	A partir de los 21 años
Remplazo de lentes por pérdida, rotura o deterioro para asegurados con discapacidades del desarrollo	En cualquier momento	A partir de los 21 años
Lentes correctivos	Un par cada 36 meses	A partir de los 21 años

*Tenga en cuenta lo siguiente: Los asegurados con la cobertura de servicios alternativos (ABP, en inglés) NO tienen servicios de rutina para la vista. Consulte la sección “Asegurados con cobertura de servicios alternativos (ABP)”.

Llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523,** para obtener más información sobre autorizaciones previas.

Usted puede realizarse más exámenes de la vista por año de lo estipulado como cantidad estándar si tiene diabetes u otras enfermedades que pueden afectar la visión.

Qué servicios para la vista no están incluidos en la cobertura

En Centennial Care, no se brinda cobertura para los siguientes servicios para la vista:

- seguro para anteojos y lentes de contacto;
- evaluación y tratamiento ortópticos;
- ayuda para la baja visión;
- recubrimiento antirreflejo, antirrayas o espejado para lentes;
- lentes fotocromáticos o ahumados, a menos que sean médicamente necesarios;
- lentes trifocales;
- corrección de la vista con láser;
- estuches para anteojos;
- lentes progresivos;
- lentes con protección ultravioleta;
- servicios realizados por motivos estéticos o cosméticos.

Asegurados con cobertura de servicios alternativos (ABP)

Los asegurados con cobertura de servicios alternativos (ABP, en inglés) no tienen servicios de rutina para la vista.

La cobertura de servicios alternativos solo incluye servicios para la vista que son médicamente necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de los ojos. Se brindará cobertura para un examen de la vista cada 36 meses únicamente para detectar alguna enfermedad o lesión en los ojos. Las refracciones o los lentes no están incluidos en la cobertura de servicios alternativos, excepto para afaquia después de la extracción del cristalino.

Centennial Care cubre a los asegurados elegibles para servicios brindados mediante un programa administrado por DentaQuest®. Las consultas dentales son necesarias para gozar de buena salud. Los chequeos dentales y las limpiezas regulares son importantes para niños y adultos. Programe un chequeo de rutina para bebés con su profesional en servicios dentales para cuando su hijo tenga dos años de edad.

Si necesita someterse a una cirugía bucal o tiene un accidente y se lastima los dientes, es posible que los servicios estén incluidos en la cobertura de Centennial Care como parte del programa médico o quirúrgico. Llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523,** antes de recibir estos servicios para saber qué prestadores de servicios dentales están aprobados para el pago.

Servicios dentales incluidos en la cobertura

Los servicios que se enumeran en la tabla de la página 55 están incluidos en la cobertura de Centennial Care.

Qué servicios dentales no están incluidos en la cobertura

Centennial Care no cubre los siguientes servicios dentales si tienen fines cosméticos:

- puentes fijos permanentes;
- servicios cosméticos;
- desensibilización, remineralización o blanqueado de dientes;
- trastornos de la articulación temporomandibular, abridores de mordida y aparatos de ortótica;
- implantes y servicios relacionados;
- dentaduras postizas parciales unilaterales removibles con molde de metal.

Cómo encontrar un dentista

Si necesita encontrar un dentista en su localidad, llame a Atención al Asegurado o consulte el directorio de prestadores de servicios médicos. Puede obtener una copia impresa del directorio sin cargo o puede consultarlo en nuestro sitio web, espanol.bcbsnm.com/community-centennial.

En Atención al Asegurado, tienen información sobre consultorios con acceso para discapacitados, otros idiomas que el dentista habla y si el dentista se especializa en niños o en personas con necesidades especiales de atención médica. Una vez que haya elegido un dentista, llame al consultorio para programar una cita y averiguar si Centennial Care brinda cobertura para el servicio.

Atención dental inmediata

Si tiene un problema dental que requiere atención inmediata, debería acudir a un dentista en un plazo de 24 horas. Un problema que requiere atención inmediata significa que debe ir al dentista ese mismo día, pero que no es tan grave como para acudir a la sala de emergencias. La mayoría de los problemas dentales no se consideran emergencias conforme a su cobertura médica o quirúrgica. Si tiene un problema dental que requiere atención inmediata y no encuentra un dentista que lo atienda dentro de las 24 horas, llame a Atención al Asegurado.

Atención dental que no requiere atención inmediata

Si tiene un problema dental que no requiere atención inmediata, debe hacerse ver dentro de los 14 días calendario. Un problema que no requiere atención inmediata significa que tiene síntomas, pero no es necesario que vaya al dentista ese mismo día.

Chequeo dental de rutina

Si necesita un chequeo dental regular o tiene una enfermedad dental que no le causa problemas o dolor, deben atenderlo dentro de los 60 días calendario de su solicitud. Si su dentista no puede verlo dentro de los 60 días calendario, llame a Atención al Asegurado. Podemos enviarlo a otro dentista que pueda atenderlo antes.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura dental, llame a Atención al Asegurado, al 1-866-689-1523. Para obtener más información sobre las autorizaciones previas, consulte la página 22 de este manual.

Servicio incluido en la cobertura	Límite de tiempo	Edad	Autorización previa requerida
Servicios dentales en un hospital	N/A	Menores de 21 años, a menos que sea mayor de esa edad y tenga una discapacidad del desarrollo	No (dentista) Sí (centro)
Servicios de emergencia	Sin límite	Todas las edades	No
Obturaciones; corona prefabricada de acero inoxidable por diente definitivo o de leche; una corona prefabricada de resina por diente definitivo o de leche; una recementación de corona o incrustación, y una recementación de puente fijo	N/A	Todas las edades	No
Mantenedores de espacios fijos (dispositivos pasivos)	N/A	Menores de 21 años	Sí
Anestesia general y sedación intravenosa, incluido el óxido nitroso	N/A	Menores de 21 años	Sí
Anestesia general y sedación intravenosa, sin incluir el óxido nitroso	N/A	A partir de los 21 años	Sí
Incisión y drenaje de un absceso	N/A	Todas las edades	No
Una limpieza	Cada 6 meses	Menores de 21 años	No
Una limpieza	Cada 12 meses; cada 6 meses para asegurados con discapacidades del desarrollo	A partir de los 21 años	No
Un examen oral completo	Cada 6 meses	Menores de 21 años	No
Un examen oral completo	Cada 12 meses	A partir de los 21 años	No
Una serie completa de radiografías intraorales (con una serie adicional de radiografías con aleta de mordida)	Cada cinco años; una serie adicional de radiografías con aleta de mordida, una vez cada 12 meses	Todas las edades	No
Un tratamiento con fluoruro	Cada 6 meses	Menores de 21 años	No
Un tratamiento con fluoruro	Cada 12 meses	A partir de los 21 años	No
Un sellador por cada molar definitivo (se requiere autorización previa para el remplazo de un sellador dentro de los cinco años)	Cada 5 años	Menores de 21 años	No
Servicios de ortodoncia (aparatos)	N/A	Menores de 21 años	Sí
Raspado periodontal y alisado de las raíces	N/A	Todas las edades	Sí
Reimplante de diente definitivo	N/A	Menores de 21 años	No
Pulpotomía terapéutica	N/A	Menores de 21 años	No
Extracciones (sacar dientes)	N/A	Todas las edades	No
Dos ajustes de dentadura postiza	Cada 12 meses	Todas las edades	No

Note: Federally Qualified Health Center members will not need prior authorization on any dental service.

Si usted no tiene un vehículo o nadie puede trasladarlo, es posible que sea elegible para el servicio de transporte. Este servicio lo ayudará a llegar a sus citas médicas que no sean de emergencia, a las citas de atención a largo plazo o a las citas de salud mental. Si tiene una emergencia y necesita ayuda para llegar a una sala de emergencias, llame al **911**. No llame a una ambulancia para obtener servicios de transporte en casos que no sean de emergencia

En ModivCare (anteriormente LogistiCare), coordinan todos los transportes para casos que no sean de emergencia para los asegurados, esto incluye los gastos de comida y alojamiento cuando usted tiene que viajar una distancia larga para obtener servicios de atención médica, de atención a largo plazo o de salud mental incluidos en la cobertura. Solo puede usar estos servicios para sus necesidades de atención médica, de atención a largo plazo o de salud mental. El transporte por motivos que no son médicos no está incluido en la cobertura.

Los servicios que se enumeran en la tabla siguiente están incluidos en su cobertura de Centennial Care. Para obtener más información sobre las autorizaciones previas, consulte la página 22 de este manual.

Servicio incluido en la cobertura	Autorización previa requerida	Aviso previo a ModivCare
Traslado a una cita de rutina	No	Entre 3 días hábiles y 2 semanas
Traslado a una cita de salud mental	No	Entre 3 días hábiles y 2 semanas
Transporte público	No	4 días hábiles
Reintegro de millas	Sí	Llame con al menos 14 días calendario de anticipación hasta el día de la consulta.
Comidas	Sí	3 días hábiles
Alojamiento	Sí	3 días hábiles
Para asegurados que estén involucrados con la justicia y que tengan una receta médica válida, vigente y sin surtir, un traslado en un plazo de 7 días desde la liberación de la cárcel o prisión a la farmacia y después al hogar dentro de los límites de la ciudad donde se recogerá.	No	En un plazo de siete (7) días después de la liberación

Qué servicios de transporte no están incluidos en la cobertura

Centennial Care no cubre los siguientes servicios de transporte:

- transporte a una farmacia para adquirir medicamentos con receta o a una tienda de
- transporte que no se deba a necesidades médicas;
- transporte para asistir a una consulta con un prestador de servicios médicos que se encuentra a 120 millas o más de su hogar, lo cual requiere una autorización especial del médico tratante o quien le ha dado el referido;
  - El médico deberá declarar que no hay atención disponible en su comunidad local.
  - Si se autoriza la atención continua fuera de la comunidad y se recibe transporte para casos que no sean de emergencia, se deberá presentar la información cada seis (6) meses.
- transporte para asistir a una consulta con un prestador de servicios médicos que no participa en la red, sin autorización especial de ModivCare.

Cómo programar el transporte para la atención médica de rutina

Llame a la línea de reservas de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, al **1-866-913-4342**, para programar un traslado a su cita. Cuando llame a la línea de reservas de ModivCare, diga que usted es asegurado de Centennial Care y proporcione su número de asegurado. Especifique la fecha y hora de su cita, y diga a dónde debe ir. Llame a ModivCare por lo menos tres días hábiles antes de su cita de rutina para programar un traslado. Los sábados, domingos y días feriados no son días hábiles. Si no llama por lo menos tres días hábiles antes de su cita, es posible que su solicitud sea rechazada. Este aviso de tres días no es aplicable si necesita atención médica inmediata. Cuando llame para solicitar un traslado en el mismo día de la cita, en ModivCare deben comunicarse con su prestador de servicios médicos para verificar que usted tiene una cita. Su transporte puede demorar hasta cuatro horas en llegar. Si necesita consultar a un prestador de servicios médicos con regularidad, puede programar su traslado con dos semanas (10 días hábiles) de anticipación.

Llame a la línea Ride Assist al **1-866-418-9829** para que lo recojan después de ver a su prestador de servicios médicos o cuando le den el alta de un hospital, o si su transporte está retrasado. Los conductores están obligados a esperarlo solo cinco minutos, así que asegúrese de estar preparado para salir cuando llegue el conductor. Si no está listo dentro de los cinco minutos, el conductor no lo esperará más tiempo porque debe trasladar a otras personas.

En ModivCare, pueden ayudarlo con sus traslados si usted tiene una necesidad especial de atención médica. En ModivCare, tomarán nota de las necesidades especiales de transporte y, si es necesario, proporcionarán un conductor capacitado en resucitación cardiopulmonar. Cuando llame a ModivCare, no olvide mencionar si tiene necesidades especiales.

Si se cancela su cita médica, y usted ya ha programado el traslado con ModivCare, llame por lo menos dos horas antes del horario en que lo iban a pasar a buscar para cancelar el servicio.

Si vive en un área donde hay servicios de transporte público, es posible que en ModivCare le den un pase para transporte público para que se dirija a sus citas médicas, de atención médica a largo plazo o de salud mental. Debe solicitar el pase para transporte público cuatro días hábiles antes de su cita. Para saber cómo obtener un pase para transporte público, llame a ModivCare, al **1-866-913-4342**.

Servicios de transporte que necesitan autorización previa para traslados de larga distancia

Algunas veces, debe viajar para obtener atención médica o de salud mental. Si necesita realizar un viaje (de un trayecto) de más de 120 millas de su hogar para recibir atención médica, debe obtener una nota de aprobación por escrito por parte del profesional médico que realiza el referido o por parte del prestador de servicios médicos. Esta nota debe ser del prestador de servicios médicos que le dio la orden para recibir atención médica. También debe obtener una nota escrita del prestador de servicios médicos al que visitó. Este aviso debe explicar que la atención médica o de salud mental que usted necesita no se encuentra disponible en su comunidad.

En ocasiones, debe viajar fuera de Nuevo México para recibir atención médica. A esto se lo denomina "transporte fuera del estado". La transportación fuera del estado, así como los gastos relacionados con la misma, requieren autorización previa.

Algunas veces, debe viajar a otra ciudad o estado para asistir a una cita que está aprobada. Es necesario planificar el transporte para estos viajes. Debe hacerlo con dos semanas (10 días hábiles) de anticipación como mínimo. En caso de que esto no sea posible, planifique el traslado, a más tardar, 3 días hábiles antes de la cita.

Comida y alojamiento

Es posible que en Centennial Care, a través de ModivCare, se paguen sus comidas cuando usted viaje a otra ciudad u otro estado para una cita aprobada. Si acude a una cita y está fuera de su hogar durante ocho horas o más, puede obtener el reembolso de las comidas si obtiene la autorización en ModivCare (anteriormente LogistiCare) por lo menos tres días hábiles antes de viajar. Podrá obtener reembolsos de hasta $18 por día cuando esté lejos de su hogar.

Cuando un viaje de un trayecto dura más de cuatro horas y es médicamente necesario que pase la noche fuera de su hogar para recibir servicios incluidos en la cobertura, puede llamar a ModivCare para programar el alojamiento. ModivCare se encarga de coordinar todos los gastos de alojamiento. No programe su alojamiento antes de que hayan coordinado y autorizado los gastos en ModivCare.

Si necesita que le paguen un alojamiento que fue autorizado en ModivCare (anteriormente LogistiCare), debe completar el formulario de transporte e informe de gastos por comida y alojamiento que está disponible en el sitio web de BCBSNM, en **espanol.bcbsnm.com/community-centennial** (en la pestaña "Para asegurados" (*Member Resources*), haga clic en "Formularios" (*Forms*) y luego haga clic para ver y descargar los formularios) o bien, llame a Atención al Asegurado.

Cuando llame a ModivCare para que aprueben comidas o alojamiento, le darán un número de orden o autorización en caso de que se apruebe el viaje. Debe incluir los recibos originales de cada gasto de comida y alojamiento (no fotocopias) y escribir el número de orden o autorización en el informe de gastos de ModivCare que envíe a ModivCare. No se le pagarán los gastos de comidas y alojamiento si el formulario y los recibos se reciben después de los 30 días posteriores a su viaje. Envíelos por correo a la dirección que aparece en el formulario.

Pago por reintegro de millas

Es posible que pueda recibir un reintegro de millas si debe conducir su propio vehículo para asistir a una cita incluida en la cobertura. En ModivCare deben dar su aprobación. Es obligatorio que llame antes a la línea de reservas de ModivCare, al **1-866-913-4342**, para que le paguen el millaje. En ModivCare, verificarán si usted tiene una cita y le informarán la cantidad de millas que se cubrirán. Debe llamar con al menos 14 días calendario de anticipación hasta el día de la consulta. Si en ModivCare autorizan el viaje, le darán un número de orden o viaje. No debe perder este número de orden o viaje, ya que lo necesitará para que le paguen el millaje. Si usted no puede conducir, un amigo o un miembro de la familia pueden llevarlo. Estas personas también pueden obtener un reintegro de millas. Se aplican los mismos procedimientos y requisitos de autorización.

Después de recibir la aprobación, complete un formulario de reintegro de millas y llévelo con usted a la cita. En el consultorio del profesional médico deben firmar el formulario. Usted debe escribir el número que le dieron en ModivCare en el casillero "número de orden o viaje". Si el viaje fue aprobado y el profesional médico firmó el formulario, recibirá un reintegro de millas según la tarifa de reintegros de BCBSNM. Esta tarifa corresponde a un viaje de ida y vuelta desde su hogar hasta el consultorio del profesional médico o al hospital.

No se le pagará si el formulario se recibe después de los 60 días posteriores a la cita o si no aprobaron el viaje por adelantado en ModivCare. Envíe el formulario completo y firmado a ModivCare dentro de los 60 días posteriores a la cita.

Tipo de condado	Nombre del condado	Distancia entre el consultorio del PCP y su hogar
Urbano	Bernalillo, Doña Ana, Los Álamos y Santa Fe	30 millas (48.2 km)
Rural	Chaves, Curry, Eddy, Grant, Lea, Luna, McKinley, Otero, Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, San Juan, Taos y Valencia	45 millas (72.4 km)
Fronterizo	Catron, Cibola, Colfax, DeBaca, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lincoln, Mora, San Miguel, Sierra, Socorro, Torrance, Quay y Union	60 millas (96.5 km)

Dirección para los informes de gastos y reintegro de millas

ModivCare Claims Department
New Mexico Mileage Reimbursement
2552 West Erie Drive, Suite 100
Tempe, AZ 85282-3100

Servicios de transporte para traslados a consultorios de PCP que requieren autorización

Si usted elige un PCP que se encuentra a una distancia de su hogar mayor que la indicada arriba (según el condado donde vive), no podrá ser trasladado hasta el consultorio del PCP, ni desde este, a menos que en BCBSNM le otorguen una autorización especial. Si hay un PCP más cerca de su hogar, es posible que se le pida que cambie de PCP. De otro modo, deberá programar los traslados hasta el consultorio del PCP, o desde este, por su cuenta.

Traslados a prestadores de servicios médicos que no participan en la red

Si necesita un traslado a cualquier prestador de servicios médicos que no forma parte de la red, antes deberá llamar a Coordinación de Servicios médicos de BCBSNM (incluso para planificación familiar y aunque usted tenga autorización previa para la consulta). La aprobación de un traslado a un prestador de servicios médicos que no participa en la red es distinta de cualquier autorización previa que pueda haber recibido para la consulta médica con el profesional en sí.

Cuando llame a BCBSNM, le darán un número de confirmación que deberá proporcionar en ModivCare en el momento que llame para programar el traslado. En ModivCare, deben llamar a BCBSNM y asegurarse de que los traslados a un prestador de servicios médicos que no participa en la red estarán incluidos en la cobertura. Verificarán con BCBSNM si el número de confirmación que usted brindó por teléfono es correcto.

Solo desde BCBSNM podemos autorizar que en ModivCare lo trasladen para recibir servicios de un prestador de servicios médicos que no participa en la red.

Acompañantes o miembros de la familia

Centennial Care brinda cobertura para una persona que lo acompañe a sus citas (incluidos los gastos de comidas y alojamiento de esa persona, si corresponde) en las siguientes situaciones:

- Si usted es menor de 18 años y la persona que lo acompaña es uno de sus padres o tutor.
- Es médicamente necesario que la otra persona lo acompañe. Su prestador de servicios médicos debe acreditar la necesidad médica por escrito. La persona que lo acompaña debe ser mayor de 18 años.

Excepto en las situaciones anteriores, Centennial Care no brinda cobertura para que otras personas lo acompañen a sus citas. Por ejemplo, Centennial Care no brinda cobertura para que sus hijos menores de edad lo acompañen a sus citas.

Recolección de suministros médicos y medicamentos con receta

Usted debe programar la recolección de medicamentos con receta, suministros médicos y equipo médico duradero por su cuenta. También es posible que estos artículos se entreguen a domicilio, pero usted deberá programar la entrega por su cuenta.

Sección 4H: Servicios con valor agregado (VAS)

Además de brindar cobertura para los servicios requeridos por las leyes estatales, su cobertura médica de Blue Cross Community Centennial ofrece servicios adicionales para ayudarlos a usted y a su familia a mantenerse saludables. Estos de denominan servicios con valor agregado (VAS, en inglés) .

Algunos servicios con valor agregado no están disponibles todo el año y puede haber límites o requisitos adicionales para ellos. Para obtener más información, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**. Asimismo, algunos servicios pueden cambiar de un año a otro. En la tabla que figura a continuación, puede consultar la lista de los servicios con valor agregado.

Servicios con valor agregado	Se aplica a las siguientes personas	Asegurados con cobertura estándar de Medicaid	Asegurados con cobertura de servicios alternativos (ABP)	Asegurados sin cobertura de servicios alternativos (ABP)	Autorización previa requerida para el servicio con valor agregado
Servicios de salud física					
Entrega de comidas a domicilio	Asegurados que pasan de un centro de pacientes internados a la comunidad y mujeres embarazadas	✓	✓	✓	No
Sanación y bienestar tradicional para indígenas estadounidenses (subvención por prácticas curativas tradicionales usadas para tratar problemas médicos)	Asegurados que son indígenas estadounidenses	✓	✓	✓	No
Programa de Monitoreo Remoto	Asegurados con problemas médicos crónicos como diabetes o hipertensión	✓	✓	✓	El asegurado debe participar en el Programa de Paramédicos; se requiere una evaluación
Cama de atención médica de relevo (cama temporal en función de la necesidad médica y la disponibilidad)	Determinados asegurados a quienes dan de alta de una sala de emergencias o de un hospital	✓	✓	✓	Sí
Asistencia con determinantes sociales de la salud* (pagos de bienes tangibles, como ropa para entrevistas, pases de autobús para ir al trabajo, etc.)	Asegurados de la población de Medicaid y de la expansión de Medicaid	✓	✓	✓	Sí
Heading Home y Health Partnership*	Asegurados sin hogar del condado de Bernalillo con trastornos de salud mental y abuso de sustancias	✓	✓	✓	Sí

Servicios con valor agregado	Se aplica a las siguientes personas	Asegurados con cobertura estándar de Medicaid	Asegurados con cobertura de servicios alternativos (ABP)	Asegurados sin cobertura de servicios alternativos (ABP)	Autorización previa requerida para el servicio con valor agregado
Servicios de maternidad					
Educación prenatal* (las clases incluyen información sobre el parto, la preparación para el parto, educación sobre el bebé y lactancia materna)	Aseguradas embarazadas	✓	✓	✓	No
Asiento infantil para el vehículo*#	Aseguradas embarazadas	✓	✓	✓	Sí
Cuna portátil*#	Aseguradas embarazadas	✓	✓	✓	Sí
Servicios de salud mental					
Terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés) (tratamiento para problemas médicos psiquiátricos)	Asegurados que cumplen los criterios estándar de necesidad médica de ECT	✓	No es un servicio de valor agregado; aplican los beneficios y servicios estándar de ABP	No es un servicio de valor agregado; aplican los beneficios y servicios estándar	Sí
Vivienda transitoria para adultos de 18 años o más con dependencia a sustancias/ discapacidades psiquiátricas	Asegurados inscritos en un centro ambulatorio para tratar el abuso de sustancias o con un tratamiento activo para problemas psiquiátricos	✓	✓	✓	Sí
Centros de bienestar y de apoyo a las familias sin cita previa	Asegurados de Medicaid	✓	✓	✓	No
Ayuda con determinantes sociales de la salud* (pagos de bienes tangibles, como ropa para entrevistas, pases de autobús para ir al trabajo, etc.)	Asegurados de la población de Medicaid y de la expansión de Medicaid	✓	✓	✓	Sí
Heading Home y Health Partnership*	Asegurados sin hogar del condado de Bernalillo con trastornos de salud mental y abuso de sustancias	✓	✓	✓	Sí
Learn to Live	Asegurados de 13 años o más de Medicaid y la expansión de Medicaid	✓	✓	✓	No

* Debe participar en el programa de Coordinación de servicios médicos de BCBSNM para obtener los artículos.
# Debe asistir a la cita de posparto de seguimiento para obtener los artículos.
Please note funding is limited.

Sección 4I: Recompensas para los asegurados

Todos los asegurados de Centennial Care pueden inscribirse en el programa Centennial Rewards. Este programa le permite ganar créditos* solo por realizar ciertas actividades en favor de la salud.

Es necesario inscribirse para usar los créditos. Para ello, ingrese en centennialrewards.com (disponible solo en inglés) o llame a Centennial Rewards, al 1-877-806-8964. Puede usar sus créditos* para las opciones que se ofrecen en el catálogo. Puede solicitar artículos del catálogo a través del sitio web de BCBSNM o llamando a Centennial Rewards al **1-877-806-8964**.

Recibirá el catálogo del programa Centennial Rewards cuando gane sus primeros créditos.

Las Actividades en favor de la salud y las recompensas se denominan "créditos". Consulte el sitio centennialrewards.com (disponible solo en inglés) para conocer las Actividades en favor de la salud nuevas durante el año.

Si desea averiguar más sobre este programa, llame sin costo al **1-877-806-8964**.

*Los créditos solo se pueden usar para los anuncios elegibles del catálogo. Los créditos no tienen valor monetario y nunca pueden intercambiarse por dinero en efectivo. Tampoco son transferibles a otras personas. No pueden combinarse con los créditos de otros asegurados ni con otras recompensas o programas de incentivo que se ofrecen en Centennial Care. Dicho programa está sujeto a cambios sin previo aviso.

La cobertura de servicios alternativos (ABP) es parte del programa Medicaid Centennial Care de Nuevo México. Esta cobertura ofrece servicios para los adultos elegibles para Medicaid de entre 19 y 64 años cuyos ingresos no superan el 138% del Índice Federal de Pobreza (FPL, en inglés), incluidas las personas en las categorías de asistencia médica de transición y de expansión de la población de Medicaid.

Existen dos tipos de coberturas de servicios.

Cobertura de servicios alternativos (ABP)

Si usted es elegible para la cobertura de servicios alternativos, le corresponde todo lo especificado en este manual para asegurados, excepto algunos de los servicios incluidos y no incluidos en la cobertura. Los servicios con valor agregado también son diferentes. Para averiguar si un servicio está incluido en la cobertura, puede consultar los servicios incluidos en las secciones 4A a 4G o llamar a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

Cobertura sin servicios alternativos (ABP)

Si usted es asegurado con cobertura de servicios alternativos y tiene algún problema médico físico o de salud mental que cumple determinados criterios, es probable que sea elegible para cambiarse a la cobertura estatal de expansión, lo que también se conoce como "cobertura sin servicios alternativos" (ABP Exempt, en inglés). A continuación, se enumeran ejemplos de estos criterios:

- Personas que cumplen con los requisitos para recibir asistencia médica por ser ciegas o tener una discapacidad.
- Personas que padecen una enfermedad terminal y reciben servicios de atención médica en un centro paliativo.
- Aseguradas embarazadas.
- Personas que cumplen con los criterios de salud delicada. Para obtener más información sobre los criterios de salud delicada, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**, o consulte a su coordinador de servicios médicos.

Es probable que cumpla los criterios de salud delicada si tiene alguno de los siguientes problemas médicos:

- Un trastorno mental que produce discapacidad, incluidas las personas de hasta 21 años con trastornos emocionales graves y los adultos con problemas de salud mental graves.
- Un trastorno permanente por consumo de sustancias.
- Un problema médico grave.
- Una discapacidad que debilita la habilidad para realizar una o más actividades cotidianas.
- Una determinación de discapacidad según el criterio del Seguro Social.

Un coordinador de servicios médicos revisará su problema médico para comprobar si usted cumple estos criterios. También puede llamar y solicitar que completemos esta revisión en cualquier momento si considera que es elegible para ser asegurado de cobertura sin servicios alternativos. En BCBSNM, le informaremos en qué situación se encuentra para ser exento en un plazo de 10 días hábiles. Si no tiene un coordinador de servicios médicos, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523** (TTY: **711**).

Si cumple los criterios y elige cambiarse a la cobertura sin ABP, tendrá los mismos beneficios y servicios, y la misma red de prestadores de servicios médicos que con la cobertura estándar de Medicaid. Es decir que todo lo que se estipula en este manual en relación con la cobertura estándar de Medicaid, excepto los servicios con valor agregado, es válido para usted. Si usted cumple con los criterios para la cobertura sin ABP en la mitad de un mes, se lo cambiará a esa cobertura el primer día del mismo mes.

Mediante el paquete de servicios sin ABP, también puede obtener acceso a los servicios médicos comunitarios y a la atención en un centro de enfermería, siempre que cumpla los requisitos para estos servicios. A fin de determinar si usted cumple los requisitos de elegibilidad de Medicaid, su coordinador de servicios médicos puede hacer una evaluación de su nivel de atención. Si la evaluación muestra que necesita un nivel de atención en un centro de enfermería, también será elegible para los servicios médicos comunitarios.

Servicios incluidos y no incluidos para asegurados sin ABP

Los asegurados con cobertura sin ABP tienen los mismos beneficios y servicios que con la cobertura estándar de Medicaid. Consulte la sección 4, Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura, de este manual para obtener más información.

Servicios con valor agregado (VAS, en inglés)

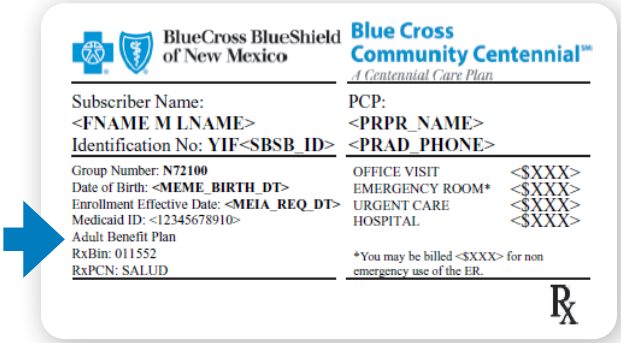
Servicios alternativos con valor agregado

Consulte la tabla en la sección 4H: Servicios con valor agregado, para ver una lista de los servicios con valor agregado de la ABP.

Tarjetas de asegurado

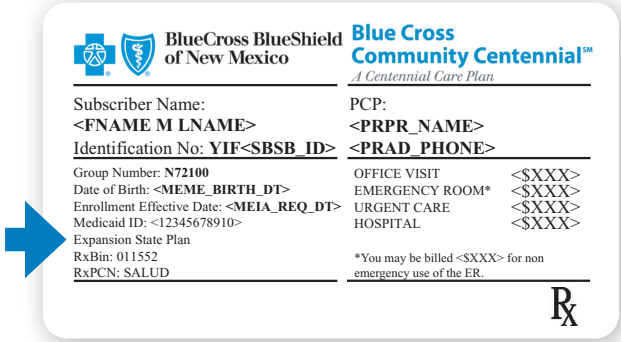
Tarjetas de asegurado con cobertura de servicios alternativos (ABP, en inglés)

Sabrá que es elegible para la ABP cuando solicite la cobertura de Medicaid. Otra forma de saberlo es consultando el frente de la tarjeta de asegurado de Centennial Care. En su tarjeta de asegurado se incluirá esta información. Observe este ejemplo:


BlueCross BlueShield of New Mexico
Blue Cross Community Centennial℠
A Centennial Care Plan
Subscriber Name:
<FNAME M LNAME>
Identification No: YIF<SBSB_ID>
PCP:
<PRPR_NAME>
<PRAD_PHONE>
Group Number: N72100
Date of Birth: <MEME_BIRTH_DT>
Enrollment Effective Date: <MEIA_REQ_DT>
Medicaid ID: <12345678910>
Adult Benefit Plan
RxBin: 011552
RxPCN: SALUD
OFFICE VISIT <$XXX>
EMERGENCY ROOM* <$XXX>
URGENT CARE <$XXX>
HOSPITAL <$XXX>
*You may be billed <$XXX> for non emergency use of the ER.
Rx

Tarjetas de asegurado con cobertura sin servicios alternativos (ABP, en inglés)

Cuando se convierta en asegurado con cobertura sin ABP, también recibirá una nueva tarjeta de asegurado. Al frente de la tarjeta aparecerá la leyenda *State Plan* (cobertura estatal). Observe este ejemplo:


BlueCross BlueShield of New Mexico
Blue Cross Community Centennial℠
A Centennial Care Plan
Subscriber Name:
<FNAME M LNAME>
Identification No: YIF<SBSB_ID>
PCP:
<PRPR_NAME>
<PRAD_PHONE>
Group Number: N72100
Date of Birth: <MEME_BIRTH_DT>
Enrollment Effective Date: <MEIA_REQ_DT>
Medicaid ID: <12345678910>
Expansion State Plan
RxBin: 011552
RxPCN: SALUD
OFFICE VISIT <$XXX>
EMERGENCY ROOM* <$XXX>
URGENT CARE <$XXX>
HOSPITAL <$XXX>
*You may be billed <$XXX> for non emergency use of the ER.
Rx

Red de prestadores de servicios médicos

Con las dos opciones, con y sin cobertura de servicios alternativos (ABP), usted es elegible para consultar a los mismos prestadores de servicios médicos que puede consultar con la cobertura estándar de Medicaid. Puede encontrar más información sobre los prestadores de servicios médicos en la sección 3, Prestadores de servicios médicos, de este manual.

Necesidades médicas

A fin de brindarle ayuda adicional para que obtenga la atención adecuada cuando y donde la necesite, contamos con varios programas que pueden ayudarlo. El primer paso es asistirlo para que complete una evaluación de riesgos a la salud, a veces denominada "HRA". Lo llamaremos por teléfono para hacerle preguntas de salud. Estas preguntas nos permiten ayudarlo con las necesidades que tenga relacionadas con su problema médico. Nuestro objetivo es colaborar con usted para desarrollar una cobertura de atención médica basada en sus necesidades y preferencias.

En BCBSNM, revisaremos la evaluación de riesgos a la salud que completó para identificar sus necesidades médicas, de atención a largo plazo y de salud mental, y establecer si necesita una evaluación integral de necesidades (CNA, en inglés).

Niveles de Coordinación de Servicios médicos

Nivel 2: Usted tendrá un coordinador de servicios médicos que trabajará directamente con usted. Su coordinador de servicios médicos se comunicará con usted para llevar a cabo una evaluación integral de necesidades. Con esa información, podremos vincularlo con prestadores de servicios médicos que lo ayudarán con las necesidades que identificamos. Se realizará en persona y en su hogar. Su coordinador de servicios médicos se comunicará con usted a menudo para supervisarsu plan de tratamiento médico y brindarle información sobre inquietudes que pueda tener.

Nivel 3: Usted tendrá un coordinador de servicios médicos que trabajará directamente con usted. Esta persona se especializa en necesidades especiales de atención médica. Su coordinador de servicios médicos se comunicará con usted para llevar a cabo una evaluación integral de necesidades en persona. Con ella, nos asegurarnos de que esté recibiendo toda la atención médica que necesita de los prestadores de servicios médicos adecuados. Se realizará en persona y en su hogar.* Su coordinador de servicios médicos se comunicará con usted a menudo para supervisar su plan de tratamiento médico. Puede hablar con el coordinador sobre cualquier información que necesite para ayudarlo con su enfermedad.

Si sus necesidades médicas, de salud mental o a largo plazo cambian, o si está en el hospital, comuníquese con su coordinador de servicios médicos. Esto también se conoce como "informar un cambio en su estado de salud". Esté en contacto con su coordinador de servicios médicos e infórmele si cambia su número de teléfono o dirección. Esto ayudará a que le pueda brindar la asistencia que usted necesita. Si no tiene un coordinador de servicios médicos y necesita ayuda con su atención médica, llame a Coordinación de Servicios Médicos, al **1-877-232-5518** , y seleccione la opción 3.

Coordinación de Servicios médicos

La coordinación de servicios médicos le brinda ayuda adicional a los asegurados que tienen necesidades especiales de atención médica, ya sea en el hogar, en un centro de atención médica especializada o en el hospital. La prioridad en estos servicios son usted, el asegurado y, cuando corresponda, su familia. Además, tienen en cuenta sus antecedentes culturales. Pueden ayudarlo a identificar mejor sus necesidades de atención médica y, por lo tanto, a obtener los servicios adecuados. Esto incluye la coordinación de servicios entre médicos que participan en la red de Blue Cross Community Centennial, y que no participan en la red, según corresponda. Asimismo, abarca sus necesidades médicas, de salud mental y a largo plazo.

La coordinación de servicios médicos incluye el manejo de enfermedades y la administración de casos clínicos complejos. Es posible que usted tenga un problema médico crónico, como asma en niños o diabetes en adultos; un problema de salud complejo; o varios problemas médicos, por ejemplo, de salud mental o por consumo de sustancias. Los coordinadores de servicios médicos de BCBSNM pueden ayudarlos a usted y a su prestador de servicios médicos a controlar esos problemas. En momentos difíciles, nuestros coordinadores de servicios médicos pueden ayudarlo a entender su problema médico o diagnóstico y los planes de tratamiento; a comunicarse con sus prestadores de servicios médicos para coordinar su atención; a obtener los servicios médicos que le corresponden y a encontrar los servicios de atención médica según sus problemas de salud. Su cuidador o su prestador de servicios médicos pueden referirlo al programa o usted puede autorreferirse. Puede dejar de participar en el programa en cualquier momento.

Si tiene necesidades especiales, en BCBSNM le asignaremos un coordinador de servicios médicos que hable su idioma de preferencia y se encargue de coordinar sus servicios de atención médica. El coordinador será responsable de lo siguiente:

- Brindarle información sobre prestadores de servicios médicos de la red de BCBSNM que podrían satisfacer esas necesidades.
- Coordinar los servicios de atención médica, de salud mental y a largo plazo.
- Ayudar a coordinar la atención cuando usted también tenga Medicare u otra cobertura.
- Obtener asistencia con diferentes consultas, transporte para casos que no sean de emergencia y demás necesidades, u obtener servicios médicos comunitarios no incluidos en la cobertura de Centennial Care.
- Garantizar que se proporcione la coordinación de servicios médicos cuando sea necesario.

Puede llamar a su coordinador de atención médica al **1-877-232-5518** para repasar sus necesidades médicas, de salud mental y de atención médica de largo plazo. Llame al **711** para obtener servicios TTY.

Cómo obtener ayuda con las necesidades especiales de atención médica

Algunos asegurados necesitan ayuda adicional con su atención médica. Quizá tengan problemas de salud crónicos y necesiten más servicios de atención médica que la mayoría de los asegurados. También es posible que tengan problemas médicos, de salud mental o a largo plazo que limitan sus capacidades para realizar las funciones habituales. Contamos con programas especiales para ayudar a los asegurados con necesidades especiales de atención médica.

Si cree que usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención médica, llame a un coordinador de servicios médicos al **1-877-232-5518** y seleccione la opción 3. El coordinador de servicios médicos puede brindarle una lista de recursos que lo ayudarán con sus necesidades especiales. Además, ofrecemos información a los asegurados con necesidades especiales de atención médica y a sus cuidadores acerca de cómo controlar el estrés o una enfermedad crónica.

Servicios sociales comunitarios

El programa de servicios sociales comunitarios (CSS, en inglés) está diseñado para conectarlo con los recursos locales necesarios para mejorar su salud. Las necesidades sociales afectan su bienestar y su salud general. Con este programa, podremos ayudarlo a abordar sus necesidades relacionadas con problemas de transporte en casos que no sean de emergencia, mala alimentación, lugar de residencia y la manera en que entiende su salud.

Existen recursos locales comunitarios disponibles para ayudarlo. Todos los miembros del personal de este programa le dan prioridad a sus necesidades culturales. Tenemos contrato con agencias de servicios esenciales y otros prestadores de servicios sociales en todo el estado. A través de especialistas de salud en la comunidad, estas agencias basadas en la comunidad pueden realizar consultas a domicilio y chequeos preventivos, coordinar el transporte a citas médicas, y ofrecer educación de salud, entre otras tareas que tienen asignadas para satisfacer sus necesidades.

Si tiene una necesidad social comunitaria, con el programa de servicios sociales comunitarios podemos hacer lo siguiente por usted:

- Comunicarnos con usted a través de un especialista local de salud en la comunidad, por teléfono o en persona, si hay uno disponible en su área.
- Proporcionarle los contactos locales que puede necesitar para localizar un comedor comunitario, una agencia de servicios públicos que lo asista con el programa Women, Infants, and Children (programa para mujeres, bebés y niños), cupones de alimentos, el programa Temporary Assistance for Families with Young Children (asistencia temporal para familias con niños pequeños) o un programa que cubra los costos de electricidad.
- Asignarle un PCP para que tenga un hogar médico o de salud mental donde usted pueda conocer a los miembros del personal a medida que ellos lo conozcan más a usted. Estos consultorios se llaman “hogares” porque se encargan de coordinar la atención médica entre los médicos, los farmacéuticos y los terapeutas.

Puede llamar a los servicios sociales comunitarios de BCBSNM al **1-877-232-5518**.

Alojamientos con servicios de apoyo

Los alojamientos con servicios de apoyo están para ayudar a los asegurados con necesidades de vivienda.

El objetivo de este servicio es identificar primero las necesidades de vivienda y, luego, encontrar los recursos comunitarios adecuados que pueden ayudar.

Estos son algunos de los servicios incluidos:

- buscar y solicitar viviendas;
- comprobar que haya elementos de seguridad en el hogar, como detectores de humo;
- obtener los suministros domésticos necesarios;
- crear un plan de vivienda;
- brindar asesoramiento sobre cómo mantener buenas relaciones con vecinos y propietarios;
- brindar asesoramiento sobre cómo cumplir con las reglas del propietario;
- brindar información sobre los derechos y responsabilidades de los inquilinos;
- brindar asistencia para solucionar problemas de los inquilinos;
- revisar y actualizar el plan de vivienda periódicamente;
- conseguir recursos comunitarios que puedan ayudar a mantener la casa en funcionamiento.

Para recibir este servicio, los asegurados deben cumplir con ciertos requisitos. Si desea saber si es elegible para estos servicios, llame al especialista en alojamientos con servicios de apoyo de BCBSNM, al **1-877-232-5518** (TTY: **711**).

Programa para dejar de consumir tabaco

El programa para dejar de consumir tabaco puede ayudarlo a alcanzar su objetivo de dejar de consumir productos derivados del tabaco con la ayuda de un enfermero especializado en el tema. El programa está diseñado para proporcionar apoyo, conectarlo con recursos y profesionales médicos o asesoramiento para ayudar a dejar de consumir tabaco. Además, lo ayuda a adoptar un modo de vida saludable y sin tabaco.

El programa lo puede ayudar para obtener los siguientes beneficios:

- Recibir sin costo ni críticas ayuda personalizada para dejar de consumir tabaco.
- Elaborar un plan que sea adecuado para usted.
- Comprender cómo recibir ayuda y medicamentos que podrían ayudarlo a dejar de consumir tabaco.
- Obtener recursos en la comunidad, en línea o por teléfono.
- Aumentar la posibilidad de que deje de consumir productos derivados del tabaco.

Para inscribirse en el programa para dejar de consumir tabaco o para obtener más información sobre el tema, llame al **1-877-232-5518**, opción 3, opción 2 (TTY: **711**).

También puede llamar a la línea para dejar de fumar **1-877-262-2674**.

No es lo mismo una inconformidad que una apelación.

Inconformidad (queja)

Una inconformidad también se conoce como "queja". Es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto o parte de BCBSNM, o de sus servicios, que no sea una determinación adversa de cobertura de servicios. También puede presentar una inconformidad si no está satisfecho con un prestador de servicios médicos. Por ejemplo, una inconformidad es una queja sobre la calidad de la red de prestadores de servicios médicos o cualquier otro servicio ofrecido por BCBSNM.

Cómo presentar una inconformidad

Si tiene una inconformidad sobre BCBSNM o sobre un prestador de servicios médicos, llame a nuestra línea de Atención al Asegurado al **1-866-689-1523**, o al **711** para el servicio de TTY, para obtener ayuda. En Atención al Asegurado, pueden ayudarlo a presentar una inconformidad. Lo pondrán en contacto con el coordinador de apelaciones e inconformidades de Centennial Care.

Dirección y número de teléfono para presentar una inconformidad

Para presentar una inconformidad, comuníquese con el coordinador de apelaciones e inconformidades de Centennial Care enviando una carta a la dirección que aparece a continuación. También puede llamar a Atención al Asegurado, enviarnos un correo electrónico a través del formulario de correo electrónico en nuestro sitio web, espanol.bcbsnm.com/community-centennial, o enviar un fax al número que aparece a continuación.

Centennial Care Appeals/Grievance Coordinator
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266
Teléfono (gratuito): **1-866-689-1523**
Fax: **1-888-240-3004**
Correo electrónico: GPDAG@bcbsnm.com

El horario de atención telefónica es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Cerrado los sábados y domingos.

Si desea dejarnos un mensaje relacionado con su inconformidad después del horario de atención, puede llamar al **1-877-232-5520** (TTY: **711**). Responderemos su mensaje el siguiente día hábil antes de las 5:00 p. m.

Plazos para presentar una inconformidad

Puede presentar una inconformidad verbalmente o por escrito en cualquier momento a partir de la fecha en que ocurrió la insatisfacción. Le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días hábiles luego de recibir su inconformidad para confirmar la recepción e informarle que estamos trabajando para resolverla dentro de los 30 días calendario. Si tiene información para respaldar su inconformidad, envíela también. La agregaremos a su expediente para tenerla en cuenta. Envíe esta información a la dirección, número de fax o dirección de correo electrónico que aparecen en la sección Dirección y número de teléfono para presentar una inconformidad.

Plazos para responder una inconformidad

En BCBSNM, podemos verificar y responder sus inquietudes en un plazo de 30 días calendario o lo antes posible si así lo requiere su problema médico. Su inconformidad será revisada por una persona que no haya participado en ella y pueda investigar el problema. Le enviaremos una carta dentro de los 30 días calendario para informarle nuestra respuesta a sus inquietudes. En algunos casos, es posible que necesitemos 14 días calendario adicionales, por lo que le pediremos más tiempo al estado de Nuevo México, si fuera por su propio bien. Recibirá una carta dentro de los 2 días calendario de la decisión de extender el plazo. Usted también puede pedir más tiempo si lo necesita para explicar su inconformidad. Este tiempo adicional se denomina "extensión".

Quién puede presentar una inconformidad

Un asegurado puede presentar una inconformidad verbalmente o por escrito. El representante legal de un niño o de un adulto con discapacidad, siendo según se establezca por escrito, un abogado, o un profesional médico a quien el asegurado haya autorizado por escrito para que actúe en su nombre pueden presentar una inconformidad en nombre del asegurado. Todas las inconformidades son confidenciales. Usted puede pedir una copia de su inconformidad. Puede llamar al coordinador de apelaciones e inconformidades de Centennial Care o a Atención al Asegurado para que lo ayuden a obtener una copia. No se tomarán represalias contra usted ni contra su profesional médico por presentar una inconformidad.

Una inconformidad no es lo mismo que una apelación

Puede presentar una inconformidad aunque no solicite una apelación. Ahora bien, una inconformidad por sí sola no servirá para resolver un conflicto por decisiones tomadas sobre servicios médicos. Deberá presentar una apelación para impugnar este tipo de decisiones. Puede presentar una inconformidad y una apelación al mismo tiempo.

Apelación

El estado define una apelación como una solicitud de revisión de una determinación adversa de cobertura tomada por BCBSNM en relación con un servicio. Por ejemplo, puede solicitar una apelación cuando se rechaza, demora, limita o cancela un servicio. Una apelación es una solicitud para que se revise una determinación adversa de cobertura tomada por BCBSNM. Una determinación adversa de cobertura es el rechazo, la reducción, la autorización limitada, la suspensión o la cancelación de un servicio médico que se solicita por primera vez o de un servicio médico que se está prestando en la actualidad a un asegurado; esto incluye las determinaciones basadas en el tipo o el nivel del servicio, los criterios o requisitos para considerarse una necesidad médica, la pertinencia del entorno o la efectividad de un servicio.

Le informaremos por escrito cuando tomemos una decisión o medida. Le enviaremos una carta para comunicarle cuando un servicio se rechaza, demora, limita o cancela. En la carta, también encontrará instrucciones para presentar una apelación.

Las apelaciones y las audiencias administrativas del HSD no están disponibles si en BCBSNM decidimos limitar, recortar, rechazar o cancelar cualquier servicio con valor agregado.

Plazos para presentar una apelación

Debe apelar dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en la carta de determinación adversa de cobertura. Puede comenzar una apelación verbalmente o por escrito. Puede llamar a Atención al Asegurado para que lo ayuden a enviar su solicitud de apelación por escrito. En BCBSNM, tenemos 30 días calendario a partir de la fecha de su solicitud inicial para resolver la apelación. Si no presenta la apelación dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de la carta de determinación adversa de cobertura, podría perder su derecho a apelar.

Cómo presentar una apelación

Puede enviar su apelación por escrito al coordinador de apelaciones e inconformidades de Centennial Care a la dirección que aparece a continuación o enviar por fax una copia de su apelación al número indicado. Los formularios de apelaciones están disponibles en *espanol.bcbsnm.com/community-centennial/member-resources/forms.html*.

Tipos de colaboradores en apelaciones

Existen diferentes tipos de colaboradores que pueden ayudarlo con su apelación. A estas personas se les dan nombres diferentes. Pueden ser un "profesional médico autorizado", un "representante autorizado" o un "portavoz". Cada tipo de colaborador podrá hacer algunas cosas por usted, pero no podrá hacer otras. Si quiere tener un colaborador, deberá enviar a BCBSNM el formulario correspondiente y asegurarse de que esa persona acepta ayudarla.

Los tipos de colaboradores, los formularios y lo que cada uno de ellos puede o no puede hacer por usted se indican en el siguiente cuadro:

Tipo de colaborador en apelaciones	Quién puede ser el colaborador en apelaciones	Formulario necesario	Brindarle apoyo e interceder por usted	Acceder a la información del caso	Presentar una apelación en su nombre	Pedir que continúen los servicios médicos	Tomar decisiones médicas por usted*
Profesional médico autorizado	Su prestador de servicios médicos.	Formulario para el profesional médico autorizado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Representante autorizado	Amigo, pariente, abogado, prestador de servicios médicos u otra persona.	Formulario para el representante autorizado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**
Portavoz	Amigo, pariente u otra persona	Formulario de autorización estándar (ley HIPAA)	Sí	Sí	No	No	No

*Únicamente en el contexto de una apelación de Medicaid, no aplicable en un entorno clínico (por ejemplo, en un hospital).

No es lo mismo un representante autorizado para una apelación de Medicaid que un apoderado al que le otorga un poder notarial para asuntos médicos. Un poder notarial para asuntos médicos le permite nombrar a otra persona como su apoderada para que tome decisiones médicas en su nombre dentro de un entorno clínico (p. ej., en un hospital) si usted pierde la capacidad para tomar sus propias decisiones o si quiere que otra persona las tome por usted ahora, aunque aún sea capaz de hacerlo. Si quiere que alguien sea su apoderado para asuntos médicos, use el formulario de poder notarial para asuntos médicos en **espanol.bcbsnm.com/community-centennial/member-resources/forms.html.

Después de presentar su apelación y antes de que en BCBSNM tomemos una decisión, usted puede brindarnos más información. Pueden ser comentarios y documentos escritos o testimonios orales. También pueden ser hechos o argumentos legales que usted presente en forma verbal o por escrito. Puede presentar la información usted mismo o puede hacerlo un profesional médico autorizado, su representante autorizado o su portavoz. Para brindarnos más información antes de que se tome una decisión sobre la apelación, debe pedírnoslo de inmediato, porque en BCBSNM tenemos un plazo limitado para concluir la apelación. Después de que lo haga, en BCBSNM programaremos una fecha para que nos entregue la información antes de tomar alguna decisión. Si necesita más tiempo para reunir la información, puede pedir una extensión de la apelación de hasta 14 días calendario. Cuando pida una extensión, explíquenos el motivo.

Dirección y número de teléfono para presentar apelaciones

Centennial Care Appeal/Grievance Coordinator
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266
Teléfono (gratuito): **1-866-689-1523**
Fax: **1-888-240-3004**
Correo electrónico: GPDAG@bcbsnm.com

Incluya su número de asegurado y toda la información relacionada con su apelación, incluidos el nombre del profesional médico, la fecha del servicio y el motivo por el cual presenta la apelación.

El horario de atención telefónica es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Cerrado los sábados y domingos.

Si desea dejarnos un mensaje relacionado con su apelación después del horario de atención, puede llamar al **1-877-232-5520** (TTY: **711**). Responderemos su mensaje el siguiente día hábil antes de las 5:00 p. m.

Cómo manejamos su apelación

Dentro de los cinco días hábiles de haber recibido su apelación, desde BCBSNM le enviaremos una notificación para confirmar que la recibimos. En la notificación, también se le informará cuándo esperamos darle una respuesta. Si usted o su profesional médico consideran que es necesario que en BCBSNM les demos una respuesta más rápido, pueden solicitar una revisión y una respuesta "aceleradas".

Un profesional médico que no haya participado en la decisión de rechazo inicial revisará su caso cuando solicite una apelación. Este profesional puede dar otra opinión acerca de si la solicitud se aprobará o se rechazará nuevamente. Se brindará una respuesta a su apelación dentro de los 30 días calendario. En la carta de resolución, se explicará lo que se decidió sobre la apelación. Si necesitamos más tiempo para responder su apelación y consideramos que es por su propio bien que demoremos más, le solicitaremos al estado que apruebe una extensión de un máximo de 14 días calendario. También usted puede pedir una extensión. Si pedimos una extensión, lo llamaremos para informárselo y le enviaremos una carta de seguimiento dentro de los dos días calendario.

Cómo mantener sus servicios durante una apelación y una audiencia administrativa del HSD

Usted, el profesional médico autorizado o su representante autorizado pueden solicitar que con la cobertura de BCBSNM se sigan pagando los servicios por los que reclama mientras la apelación esté en proceso. Usted, el profesional médico autorizado y su representante autorizado pueden solicitar que, con la cobertura de BCBSNM, se sigan pagando los servicios por los que reclama mientras la audiencia administrativa del HSD esté en proceso. Su portavoz no puede hacer esta solicitud. Si no quiere que se interrumpan los servicios médicos, deberá presentar la solicitud antes de la fecha en la que el rechazo inicial entre en vigor o dentro de los 10 días calendario después de que en BCBSNM le envíen una decisión de apelación, lo que ocurra en última instancia. Puede solicitar la continuación de los servicios médicos llamando a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523** (TTY: **711**). También puede solicitarla por escrito a la dirección postal, el correo electrónico o el número de fax que se muestran a continuación.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
Attention: Blue Cross Community Centennial, Appeals Coordinator
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266
Número para llamadas sin costo: **1-866-689-1523**
Número de fax: **1-888-240-3004** TTY: **711**.

Tiene derecho a la continuación de los servicios médicos solo en las siguientes circunstancias:

- Los servicios en cuestión no se interrumpirán durante el proceso de apelación ante BCBSNM en los siguientes casos: (1) usted, el profesional médico autorizado o su representante autorizado solicitaron la apelación dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de la carta de rechazo; (2) la apelación se debe a la finalización, suspensión o recorte de un tratamiento autorizado con anterioridad; (3) los servicios fueron solicitados por un profesional médico autorizado; (4) el período inicial con cobertura para la autorización inicial no ha vencido; y (5) usted, el profesional médico autorizado o su representante autorizado solicitaron la continuación de los servicios médicos antes de la fecha en la que el rechazo inicial entró en vigor o dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de la carta de rechazo, lo que ocurra en última instancia.
- Si su solicitud de continuar recibiendo los servicios médicos por los que apela ha sido aprobada por BCBSNM, estos servicios no se interrumpirán durante el proceso de apelación, a menos que ocurra lo siguiente: (1) usted, su profesional médico autorizado o su representante autorizado retiran la apelación; (2) usted o su representante autorizado no solicitan una audiencia administrativa del HSD con continuación de los servicios médicos dentro del plazo de los 10 días calendario después de que en BCBSNM le hayan comunicado por correo una decisión respecto a su apelación; (3) el director de la División de Asistencia Médica del HDS dicta una decisión de la audiencia que no sea favorable para usted; (4) se cumple el plazo o período de disponibilidad del servicio autorizado previamente; o (5) usted, su profesional médico autorizado o su representante autorizado deciden finalizar la continuación de los servicios médicos.
- Puede ocurrir que, aunque usted o su representante autorizado hayan solicitado la continuación de los servicios médicos dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de la carta de rechazo, en BCBSNM igualmente se decida rechazar la apelación. En ese caso, puede solicitar una audiencia administrativa del HSD. Ahora bien, si espera hasta que el proceso de la audiencia tenga lugar, ya será demasiado tarde para solicitar la continuación de los servicios médicos.
- La resolución de la apelación o la de la audiencia administrativa del HSD podría ser la misma que tomamos en BCBSNM inicialmente, es decir, la de finalizar, modificar, suspender, recortar o rechazar un servicio. Si este fuera el caso, usted deberá pagar los servicios recibidos. En BCBSNM, podríamos recuperar los gastos por los servicios prestados (solicitar que el prestador de servicios médicos o el asegurado reintegren el pago).
- Si la apelación acelerada fue iniciada desde BCBSNM en su nombre, no deberá pagar la continuación de los servicios médicos durante el proceso de apelación, aun cuando se ratifique la decisión inicial de BCBSNM.
- Si el resultado de la apelación ante BCBSNM o de la audiencia administrativa del HSD es favorable para usted, en BCBSNM continuaremos pagando los servicios durante el plazo autorizado.

Apelación acelerada

Si usted cree que una apelación estándar de 30 días calendario podría poner en riesgo su salud, puede pedirnos que "aceleremos" su apelación (que la revisemos más rápido). En su cobertura de Centennial Care, se proporciona una revisión acelerada automáticamente para todas las solicitudes relacionadas con la continuación de una estadía en hospital u otros servicios de atención médica para asegurados que recibieron servicios de emergencia y aún se encuentran en el hospital. Usted o su profesional médico pueden presentar una apelación acelerada llamando a Atención al Asegurado. Le informaremos dentro de un día hábil si aceptamos acelerar su apelación. Si es así, le daremos el resultado por teléfono a usted o a su profesional médico dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación. Les enviaremos una carta de seguimiento dentro de los dos (2) días calendario para informarles el resultado a usted y a su profesional médico.

Usted o su representante autorizado pueden solicitar una extensión de un máximo de 14 días calendario para presentar a BCBSNM información adicional que respalde su solicitud de apelación acelerada.

Si necesitamos más tiempo para recopilar y revisar la documentación adicional para responder a su apelación acelerada, podemos extender el plazo de 72 horas hasta un máximo de 14 días calendario. Le enviaremos una carta para explicarle el motivo de la extensión del plazo de 72 horas.

Si en BCBSNM consideramos que los plazos de una apelación estándar ponen en grave riesgo su salud, iniciaremos una apelación acelerada en su nombre. Nos comunicaremos con usted para hacerle saber que hemos iniciado un proceso acelerado. Si en BCBSNM iniciamos una apelación acelerada, seguirá recibiendo sus servicios médicos sin costo. Le informaremos la decisión sobre su apelación acelerada en el plazo de 72 horas.

Ni en BCBSNM ni en el HSD de Nuevo México responderán por los honorarios o los gastos que usted contraiga durante el proceso de una apelación estándar o acelerada.

Rechazo de solicitud de apelación acelerada

Si se rechaza una solicitud de apelación acelerada, se seguirá el proceso de apelación normal. Se resolverá dentro de los 30 días calendario. En BCBSNM, lo llamaremos dentro de un día hábil para decirle que la apelación no será acelerada. Asimismo, le enviaremos una carta de seguimiento dentro de los dos (2) días calendario. Si rechazamos su solicitud de acelerar la apelación, puede solicitar una audiencia administrativa estándar o acelerada del HSD.

Audiencia administrativa del HSD

Tiene derecho a solicitar una audiencia en la Oficina de Audiencias Imparciales del HSD si, después de agotar el proceso de apelación interno de BCBSNM, no está de acuerdo con la decisión final. También tiene derecho a solicitar una audiencia administrativa del HSD si rechazamos su pedido de apelación acelerada. Usted o su representante deben solicitar la audiencia administrativa del HSD en la Oficina de Audiencias Imparciales dentro de los 90 días calendario a partir de la decisión final que tomamos en BCBSNM sobre la apelación, pero que no exceda los 90 días. Tiene derecho a que alguien lo represente en la audiencia. Pueden asistir a la audiencia administrativa del HSD los representantes de BCBSNM, usted o su representante, su abogado o el representante de un asegurado fallecido. Recibirá un paquete de resumen de evidencia para la audiencia administrativa del HSD. Este resumen proporciona información sobre su apelación. Es posible que su caso se desestime si no se presenta a la audiencia programada sin un motivo justificado. Si solicitó la continuación de los servicios médicos, y el resultado de la audiencia administrativa del HSD no es favorable para usted, deberá pagar los servicios que haya recibido.

Si quiere una audiencia de este tipo, llame o escriba al HSD de Nuevo México:

New Mexico Human Services Department
HSD Fair Hearings Bureau
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348
Teléfono: **1-800-432-6217**, luego presione la opción 6; o (505) 476-6213; TTY: **711**.
Fax: **(505) 476-6215**
Correo electrónico: HSD-FairHearings@hsd.nm.gov

Período de elección anual

Durante los primeros tres meses como asegurado con cobertura de Centennial Care, tiene una oportunidad de cambiarse a otra cobertura de atención médica administrada. Si no lo hace en ese plazo, deberá esperar 12 meses más.

Mudarse fuera del estado

Si se muda fuera del estado, dejará de ser elegible para la cobertura de Centennial Care. Es muy importante que notifique a la unidad ISD local lo antes posible si se muda fuera del estado.

Solicitudes de anulación de la inscripción de los asegurados

Puede cambiarse a otra cobertura de atención médica administrada en cualquier momento si existe un "motivo suficiente". Usted o su representante deben hacer la solicitud por escrito y enviarla al HSD. Si no la aprueban, puede solicitar una audiencia administrativa del HSD. Consulte la sección 7, Inconformidades y apelaciones, para obtener más detalles sobre cómo solicitar una audiencia administrativa del HSD. Estos son ejemplos de situaciones en las que puede hacer una solicitud especial:

- En Centennial Care, no se brinda cobertura para un servicio por motivos éticos o religiosos.
- El HSD ha aplicado una multa a Centennial Care.
- Los prestadores de servicios médicos de la red no tienen disponibilidad para prestar varios servicios al mismo tiempo.
- Usted no puede acceder a prestadores de servicios médicos de la red adecuados para sus necesidades de atención médica.
- Se mudó fuera del estado.
- La calidad de la atención es mala.

Motivos del HSD para anular la inscripción de los asegurados

El HSD también puede solicitar a los asegurados que anulen su inscripción en el programa de atención médica administrada por alguno de los siguientes motivos:

- El asegurado pierde la elegibilidad para Medicaid.
- En algún momento durante la audiencia administrativa del HSD, el departamento considera que sería beneficioso para el asegurado o para el HSD que se anulara su inscripción.

Motivos de BCBSNM para anular la inscripción de los asegurados

En BCBSNM, también podemos solicitar al HSD que se anule la inscripción de un asegurado. Esto puede hacerse cuando la continuación de la participación del asegurado podría dañar la capacidad de la aseguradora que facilita la cobertura Centennial Care para ofrecer servicios a sus asegurados.

El prestador de servicios médicos de atención residencial a largo plazo o de apoyo en el empleo abandona la red

Si el prestador de servicios médicos de atención residencial a largo plazo o de apoyo en el empleo abandona la red, puede cambiarse a otra cobertura de atención médica administrada en cualquier momento dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha en que le notificaron que dicho prestador abandonaría la red.

Anulación de la inscripción durante una estadía en el hospital o mientras está en un centro de enfermería

Si se cambia a otra cobertura de atención médica administrada mientras está hospitalizado, en BCBSNM deberemos pagar todos los servicios de hospitalización del centro y los servicios profesionales relacionados incluidos en la cobertura hasta la fecha del alta. Una vez que reciba el alta, todos los servicios serán gestionados por su nueva cobertura de atención médica administrada conforme a Centennial Care.

Si cambia de cobertura de atención médica administrada mientras está en un centro de enfermería, en BCBSNM deberemos pagar los servicios incluidos en la cobertura hasta la fecha del alta o la fecha en la que cambia de cobertura de atención médica administrada, lo que ocurra en primera instancia.

Si su cobertura termina porque no cumple con los requisitos para Centennial Care mientras está hospitalizado o en un centro de enfermería, en BCBSNM deberemos pagar todos los servicios de hospitalización del centro y los servicios profesionales relacionados incluidos en la cobertura hasta el final del mes en el que se determinó que ya no es elegible.

Al finalizar ese mes, usted deberá pagar todos los cargos incluso si continúa hospitalizado o en un centro de servicios de enfermería.

Cómo anular la inscripción

Si desea enviar una solicitud para anular la inscripción, llame al Centro de Atención Telefónica de Medicaid de Nuevo México al **1-888-997-2583** o inicie sesión en el portal YES New Mexico, en www.yes.nm.state.us.

Deberá comunicarse con la unidad ISD en los siguientes casos:

- cambia su nombre;
- se muda a otra dirección;
- cambia su número de teléfono;
- contrae matrimonio o se divorcia;
- se entera del fallecimiento de un asegurado de Centennial Care;
- tiene un hijo, adopta un hijo o coloca a su hijo en adopción;
- contrata otro seguro de gastos médicos, incluido Medicare;
- cree que ya no es elegible o debe cambiar su elegibilidad conforme a la División de Asistencia Médica del HSD;
- se muda fuera de Nuevo México;
- necesita un referido para los recursos comunitarios a través de Centennial Care;
- tiene preguntas sobre su elegibilidad para Centennial Care.

Cambios en el manual o en los servicios médicos

La División de Asistencia Médica del HSD se reserva el derecho de agregar o eliminar servicios médicos del programa Centennial Care.

Divulgación de información

En BCBSNM, solo podremos divulgar información, incluidos los expedientes médicos, según lo permitan o exijan las leyes estatales y federales.

Cómo acceder a sus expedientes médicos

Es posible que la información de su salud se encuentre disponible en línea a través de su portal de paciente. Este es un sitio web protegido al que se accede a través del consultorio de su médico o el sistema de atención médica. Puede iniciar sesión con un nombre de usuario y contraseña seguros, y ver parte de su información de salud, como la siguiente:

- apuntes de consultas recientes con el médico;
- resúmenes de altas:
- resultados de exámenes de laboratorio y pruebas;
- medicamentos;
- vacunas;
- alergias;
- medicamentos con receta que ha vuelto a surtir en línea;
- programación de citas en línea;
- mensajes protegidos con su prestador de servicios médicos.

Su portal de paciente puede permitirle descargar esta información o compartirla con otras personas. Si esta información no está disponible, puede solicitarla en el consultorio de su médico. Puede que tenga más de un portal de paciente de todos los lugares de los que recibe atención médica, por ejemplo, su médico de cabecera, un hospital, sus especialistas, su farmacia, laboratorios o su aseguradora.

Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son documentos escritos (como un testamento vital, instrucciones de tratamiento para atención médica y un poder permanente) que le otorgan a la persona que usted elija la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted en caso de que usted no pueda expresar sus deseos. Estos documentos también describen el tipo de tratamiento que desearía recibir y el que no. Hable con su prestador de servicios médicos sobre las instrucciones anticipadas. Conserve una copia de sus instrucciones anticipadas en su expediente médico en el consultorio de su PCP. Los asegurados mayores de 18 años o los menores emancipados tienen derecho a aceptar o rechazar la atención médica o quirúrgica, y a elaborar instrucciones anticipadas.

En BCBSNM, ni los prestadores de servicios médicos de la red ni el personal hacen distinciones en la atención porque usted haya firmado o no algún tipo de instrucción anticipada. Si tiene preguntas o inquietudes sobre las instrucciones anticipadas, comuníquese con su PCP para dialogar sobre estas cuestiones.

Las quejas relacionadas con el incumplimiento de los requisitos para las instrucciones anticipadas pueden presentarse en la División de Mejoramiento de la Salud de la División de Asistencia Médica del HSD, en el Departamento de Salud de Nuevo México.

La ley federal establece que los hospitales, los asilos y otros prestadores de servicios médicos deben informarle sobre las instrucciones anticipadas. Deben explicarle las opciones legales relacionadas con las decisiones médicas. La ley se creó con el objetivo de darle un mayor control durante los momentos en los que posiblemente no pueda tomar decisiones de atención médica.

Si necesita ayuda para obtener una instrucción anticipada, comuníquese con Atención al Asegurado o con su coordinador de servicios médicos. Si tiene problemas de audición o del habla, llame al **711** para obtener el servicio de TTY. También puede llamar a State of New Mexico Aging and Disability Resource Center (centro de recursos para ancianos y discapacitados de Nuevo México) al **1-800-432-2080**.

Instrucciones anticipadas sobre salud mental

La Ley de Decisiones sobre el Tratamiento de Atención de la Salud Mental de Nuevo México le permite expresar por escrito el tratamiento psiquiátrico que desearía recibir. Esto se denomina "instrucción psiquiátrica anticipada". Si usted no puede tomar una decisión, las instrucciones anticipadas sobre salud mental describirán sus deseos. También puede designar a una persona en quien confíe para que tome decisiones por usted. Si necesita ayuda para obtener una instrucción anticipada, comuníquese con Atención al Asegurado o con su coordinador de servicios médicos.

Catástrofes

En caso de catástrofes, epidemias u otras circunstancias fuera de su control, en BCBSNM proporcionaremos o intentaremos coordinar el acceso a los servicios incluidos en la cobertura mediante prestadores de servicios médicos de la red, siempre que se pueda. Lo haremos según nuestro mejor criterio y dentro de las limitaciones de los centros, suministros, fármacos y personal disponibles. Estos casos incluyen destrucción total o parcial de los centros, guerras, disturbios, levantamientos civiles, incapacidad del personal de BCBSNM, incapacidad de los prestadores de servicios médicos de Centennial Care o actos de terrorismo.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Según lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, en BCBSNM ofrecemos servicios médicos relacionados con la mastectomía, como la reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre ambas mamas, prótesis y tratamiento de complicaciones que resulten de una mastectomía (incluido el linfedema). Si tiene alguna pregunta, comuníquese por teléfono, correo postal o correo electrónico con Atención al Asegurado.

Fraude y abuso en la atención médica

El fraude, el malgasto y el abuso en la atención médica perjudican a todos; ocasionan costos más altos, además de servicios o suministros médicos inadecuados; y generan desconfianza en la comunidad médica.

Definiciones:

- *Fraude* significa un engaño o declaración falsa hecha de manera intencional por una persona o entidad, a sabiendas de que el engaño podría redundar en un servicio no autorizado para sí misma o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude conforme a las leyes federales o estatales vigentes.
- *Malgasto* significa la utilización en exceso de servicios u otras prácticas que ocasionan gastos innecesarios.
- *Abuso* significa cualquier acto u omisión hecho de manera intencional e imprudente que ocasiona, o es probable que lo haga, un impedimento físico o un daño mental o emocional grave; reclusión excesiva; abuso o acoso sexual. Prácticas de prestadores de servicios médicos que no concuerdan con las prácticas fiscales, comerciales, médicas o relacionadas con servicios razonables, y que ocasionan gastos innecesarios al programa Medicaid, o el reembolso de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares de atención médica profesionalmente reconocidos. El abuso también incluye las prácticas de los asegurados que ocasionan gastos innecesarios al programa Medicaid.

Esto es lo que puede hacer para evitar ser víctima de fraude en la atención médica:

- Entienda su programa de tratamiento. Pídale a su médico que le explique por qué una prueba o procedimiento son necesarios.
- Nunca use la tarjeta de asegurado de otra persona.
- No comparta su información del seguro médico con nadie por teléfono.

Cómo puede ayudar

Revise siempre las facturas de sus prestadores de servicios médicos. Asegúrese de haber recibido todos los servicios que se reclamaron. Si cree que hay algún problema o que con el programa de Centennial Care se están pagando servicios que usted no recibió, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

- Sea muy precavido cuando dé información sobre su seguro de atención médica por teléfono.
- Guarde su tarjeta de asegurado de Centennial Care en un lugar seguro; no deje que nadie más la use.

- Denuncie cualquier sospecha de fraude o abuso a BCBSNM.

Cómo denunciar fraude y abuso

Si cree que está ante un caso de fraude o abuso en la atención médica, o que sucederá en el futuro, denúncielo de inmediato. En BCBSNM, examinaremos el informe y colaboraremos con la agencia gubernamental, reguladora o de aplicación de la ley correspondiente para los casos de asegurados o prestadores de servicios médicos.

Puede denunciar fraude y abuso de la siguiente manera:

- Presente un informe de fraude y abuso ante el Departamento de Investigación Especial (SID, en inglés) de BCBSNM. El número directo para denunciar fraude y abuso del SID, **1-800-543-0867**, es gratuito, está disponible y cuenta con operadores las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para el servicio de TTY, llame al **711**. El número directo para denunciar fraude y abuso tiene operadores que hablan español y pueden recibir quejas de personas con problemas de audición. Todas las llamadas son confidenciales y no es necesario que proporcione su nombre.
- Visite el sitio web del SID de BCBSNM en espanol.bcbsnm.com/company-info/who-we-are/fraud-prevention.
- Comuníquese con la Oficina del Procurador General de Nuevo México, que cuenta con una unidad especializada llamada Medicaid Fraud & Elder Abuse Division (MFEAD) (división de fraude y abuso de personas mayores de Medicaid). Esta división investiga y enjuicia a los prestadores de servicios médicos que cometen fraude y abuso, negligencia y explotación en la atención médica para los beneficiarios de Medicaid. Además, examina las quejas sobre abuso y negligencia de personas que reciben servicios en centros de atención médica a largo plazo financiados por Medicaid. Puede denunciar casos de fraude en lMFEAD completando el formulario de queja disponible en www.nmag.gov/about-the-office/criminal-affairs/medicaid-fraud-control-unit. Cuando haya completado el formulario, envíelo por fax, correo electrónico o correo postal.

Teléfono: **1-505-717-3585**
Fax: **1-505-318-1006**
Correo electrónico: report.mfcd@nmag.gov
Correo postal: New Mexico Office of the Attorney General
Attn: Medicaid Fraud Control Division
201 Third St. NW, Suite 300
Albuquerque, NM 87102

Política médica

Una política médica es una postura de cobertura médica desarrollada en BCBSNM. Resume el conocimiento científico sobre tecnologías, productos, dispositivos, procedimientos, tratamientos, servicios, suministros o medicamentos nuevos o existentes, que se usa en BCBSNM para procesar las reclamaciones y proporcionar los servicios incluidos en la cobertura. Las políticas médicas de BCBSNM se basan en investigaciones médicas y científicas. Por lo general, se las utiliza como pautas para determinar lo que está incluido en la cobertura médica. Las políticas pueden estar relacionadas con un procedimiento médico, tratamiento, medicamento o dispositivo. Puede consultarlas para verificar si se consideran:

- cosméticos;
- experimentales o en investigación;
- médicamente necesarios.

Las políticas médicas se publican en el sitio web de BCBSNM espanol.bcbsnm.com/community-centennial en la pestaña "Para asegurados". Las políticas médicas específicas pueden solicitarse por escrito a Atención al Asegurado. Tenga en cuenta que, estas políticas no remplazan la atención médica profesional.

Privacidad de su información

Como asegurado de Centennial Care, el HSD es responsable de proporcionarle un aviso que explica cómo se puede usar y compartir su información médica protegida (PHI, en inglés), que incluye información sobre sus servicios médicos. También incluye información sobre sus beneficios y servicios de Centennial Care. La PHI puede transmitirse verbalmente, por escrito o de forma electrónica.

En BCBSNM, administramos un contrato con el HSD para proporcionarles a los asegurados de Centennial Care de BCBSNM la cobertura médica de Blue Cross Community Centennial. Para que usted pueda gozar de los beneficios y servicios de esta cobertura, tenemos acceso a su información médica protegida en todas sus formas. Por eso, queremos que sepa cómo en BCBSNM protegemos y garantizamos la seguridad de su PHI.

Cómo usamos o compartimos su PHI

En BCBSNM, utilizamos su PHI para administrar la cobertura médica y para que usted pueda recibir los servicios de sus prestadores de servicios médicos. Compartimos esta información con sus prestadores de servicios médicos y otras organizaciones. Además, compartimos su PHI para colaborar en cuestiones relacionadas con lo siguiente:

- salud pública;
- problemas de seguridad;
- otras actividades de carácter legal o de seguridad pública.

Tenga en cuenta que, en BCBSNM, solo compartimos su PHI cuando la ley lo permite.

Sus derechos:

- Autorizaciones: Es posible que, en ocasiones, en BCBSNM requiramos su autorización para divulgar su PHI. A veces necesitamos compartirla. Es posible que se comparta con su tutor, su representante u otras personas legalmente autorizadas a tomar decisiones respecto de su atención.
- Acceso a su PHI: Tiene derecho a pedir en BCBSNM una copia de su información de salud, registros de reclamaciones u otra PHI.

Cómo protegemos su PHI

En BCBSNM, contamos con políticas, procedimientos y controles de seguridad rigurosos. Estos se utilizan para proteger su PHI. Resguardamos su información médica protegida, ya sea oral, escrita o almacenada de forma electrónica. Los empleados de BCBSNM deben recibir entrenamiento sobre privacidad y seguridad, por lo menos, una vez por año. Además, deben cumplir con todas las políticas y procedimientos de privacidad y seguridad.

Información

Para obtener más información sobre este aviso o sobre sus derechos, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523** (TTY: **711**), o comuníquese con el HSD.

Compañías independientes

Prime Therapeutics es una compañía aparte que administra servicios en farmacias y coberturas de medicamentos para la cobertura médica Blue Cross Community Centennial. Davis Vision, DentaQuest y ModivCare son compañías independientes que proporcionan determinados servicios administrativos para la cobertura médica Blue Cross Community Centennial en las áreas de servicios dentales, para la vista y de transportación, respectivamente. Todas estas compañías son contratistas independientes que no ofrecen productos ni servicios de Blue Cross and Blue Shield y son exclusivamente responsables de los servicios y productos que brindan.

To ask for auxiliary aids and services or materials in other formats and languages at no cost, please call **1-866-689-1523** (TTY/TDD: **711**).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of health status or need for services or race, color, national origin, age, disability, sex, ancestry, spousal affiliation, sexual orientation and/or gender identity. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico does not exclude people or treat them differently because of health status or need for services or race, color, national origin, age, disability, sex, ancestry, spousal affiliation, sexual orientation and/or gender identity.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and more)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of New Mexico has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of health status or need for services or race, color, national origin, age, disability, sex, ancestry, spousal affiliation, sexual orientation and/or gender identity, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, **1-855-664-7270**, TTY/TDD: **1-855-661-6965** or Fax: **1-855-661-6960** You can file a grievance in person, by mail or fax. If you need help filing a grievance, a Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, **1-800-537-7697** (TDD)

Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dę́ę́', t'áá jiik'eh, éí ná hółǫ́, kojį' hódíílnih 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم:711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

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

1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

هجوت: رگـا هب نـــابز سـرافـی وگتفـــــگ می دینـــک، تلایهســـــت نـــابزی هب تـــروص ناگیـــــار اربی امش‌مهارف می دشـاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سـامت دیریگـــــب.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-710-6984 (TTY: 711).

BlueCross BlueShield of New Mexico