



BlueCross BlueShield of New Mexico



Una guía para su programa de atención médica administrada Manual para asegurados de 2025

espanol.bcbsnm.com/turquoise-care



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

477380.0325



BlueCross BlueShield of New Mexico

Estimado/a asegurado/a:

Le damos la bienvenida al programa de atención médica administrada de Turquoise Care, administrado por Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM). Esperamos poder trabajar con usted y con sus prestadores de servicios médicos para ayudarle 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 un prestador tiene un contrato para ofrecer servicios a los asegurados de Turquoise Care, eso significa que pertenece a la red de Turquoise Care. Los asegurados de Turquoise Care pueden elegir consultar a cualquier prestador de servicios médicos de la red Turquoise Care. Para acudir a un prestador de servicios médicos que no participa en la red de BCBSNM, es posible que tenga que obtener una autorización previa. Existen algunas excepciones a esta regla, que se explican en este manual en **Sección 4: Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura**.

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

Tómese algo de tiempo para revisar este manual y otros materiales incluidos en su paquete de bienvenida. Conocer cómo funciona su programa puede brindarle ayuda para aprovechar sus servicios médicos al máximo.

Aviso: La Autoridad de atención médica del estado de Nuevo México puede modificar los servicios médicos descritos en este manual. Si eso sucede, en BCBSNM se lo notificaremos en un plazo de 30 días calendario. Este manual se actualiza una vez al año, y le enviarán por correo la versión más actualizada. Puede consultar la versión electrónica actualizada de este manual y descargarla del sitio web de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico. Para hacerlo, ingrese en espanol.bcbsnm.com/turquoise-care. Si necesita una copia en un formato alternativo, llame a Atención al Asegurado al **1-866-689-1523**.

Atentamente,

Nancy Smith-Leslie

Vicepresidente

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico

Índice

Asistencia al asegurado 4

Enfermería telefónica 24/7 Nurseline	4
Transporte para casos que no sean de emergencia	4
Sitio web de BCBSNM, aplicación móvil unificada y correo electrónico	5
Blue for Your Health SM	5
Qué hacer en caso de emergencia	5
Servicios de interpretación	6
Cómo comunicarse con Atención al Asegurado	6
Cómo escribir a Atención al Asegurado	6
Cómo podemos ayudarle	6
Ayuda después del horario de atención	6
Especialista en defensa del consumidor	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

Sección 1: Solicitud de cobertura 12

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
Recertificación	12
Cobertura por embarazo	12
Recién nacidos	12
Tarjetas de asegurado	13
Cambio en la elegibilidad o dirección	13
Cuándo comunicarse con su 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: Profesionales médicos 15

Directorio de prestadores de servicios médicos y Provider Finder [®]	16
Prestador de atención médica primaria (PCP)	16

Elección de un PCP	17
Cómo cambiar de prestador de atención médica primaria	17
Selección de prestador de atención médica primaria de Medicare	17
Restricción de prestador de atención médica primaria	17
Especialistas	18
Prestador de atención médica primaria especialista	18
Atención virtual	18
Cancelación del prestador de atención médica primaria	19
Referidos	19
Prestadores de servicios médicos que no participan en la red	19
Cómo presentar reclamaciones para prestadores de servicios médicos que participan en la red	20
Cómo programar una cita	20
Transporte a las citas	20
Segundas opiniones	21
Cómo cancelar una cita	21
Siempre hable 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	24
Cobertura duplicada (doble)	24
Servicios experimentales, en investigación o no comprobados	24
Sin efecto en las decisiones de tratamiento	25
Gestión de la utilización de tratamientos	26
Servicios que no son médicamente necesarios	26
Servicios cosméticos	27
Atención médica para la afirmación de género	27
Requisitos de elegibilidad para asegurados:	27
Servicios con cobertura	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	28
Para adultos	29

Servicios médicos o quirúrgicos	29	Servicios médicos comunitarios autodirigidos que no están incluidos en la cobertura	51
Servicios médicos no incluidos en la cobertura	33	Sección 4D: Cómo funciona la cobertura para medicamentos con receta	52
Servicios de planificación familiar	34	Lista de medicamentos	52
Servicios de maternidad y relacionados con el embarazo	34	Excepciones	52
Atención prenatal	35	Requisito de los medicamentos para el dolor .	52
Programa de opciones de parto	35	Medicamentos y otros artículos incluidos en la cobertura	53
Programa de consultas a domicilio de Medicaid	36	Programa de farmacias comerciales	53
Living365® para el embarazo y el posparto . .	36	Límites de suministro de la cobertura de medicamentos	54
Servicios hospitalarios	36	Suministro de 93 días	54
Servicios de atención médica inmediata	37	Programa de entrega de medicamentos a domicilio	54
Problemas médicos de emergencia	37	Qué medicamentos con receta y otros artículos no están incluidos en la cobertura	54
Servicios de emergencia	37	Exclusión de medicamentos de marca	55
Qué hacer en caso de emergencia	38	Restricción de farmacia	55
Qué casos no constituyen una emergencia . .	38	Sección 4E: Beneficios y servicios para la vista	56
Sala de emergencias y servicios de ambulancia	38	Cobertura para la vista	56
Estadías de observación en el hospital	39	Servicios para el cuidado de la vista que no están incluidos en la cobertura	57
Atención de seguimiento	39	Asegurados con cobertura de servicios alternativos	57
Qué servicios de atención médica de emergencia no están incluidos en la cobertura	39	Sección 4F: Servicios para el cuidado dental	58
Sección 4B: Servicios de salud mental	40	Servicios dentales incluidos en la cobertura . .	58
Servicios de salud mental	40	Qué servicios dentales no están incluidos en la cobertura	58
Learn to Live	40	Cómo encontrar un dentista	58
Qué servicios de salud mental no están incluidos en la cobertura	45	Atención dental inmediata	58
Trabajadores de apoyo personal con certificación	45	Atención dental no inmediata	58
Sección 4C: Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo. . .	46	Chequeo dental de rutina	58
Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo	46	Sección 4G: Servicios de transporte	60
Cómo elegir el asilo indicado	46	Qué servicios de transporte no están incluidos en la cobertura	60
Servicios del beneficio comunitario	47	Cómo programar el transporte para la atención médica de rutina	61
Descripciones de servicios médicos comunitarios	49	Servicios de transporte que necesitan autorización previa para traslados de larga distancia	61
Beneficio comunitario basado en la agencia . .	50	Comida y alojamiento	62
Servicios correspondientes al beneficio comunitario basado en la agencia que no están incluidos en la cobertura	50	Pago por reembolso de millas	62
Beneficio comunitario autodirigido	50		
Su participación	50		
Corredor de seguros de apoyo	50		
Reclutar, contratar, supervisar y despedir a los prestadores de servicios médicos	50		

Índice

Dirección para los informes de gastos	63	Dirección y número de teléfono para presentar apelaciones	80
Dirección para el reembolso de millas.	63	Cómo manejamos su apelación	80
Servicios de transporte para traslados a consultorios de profesionales médicos que requieren autorización	63	Cómo mantener sus servicios durante una apelación y una audiencia imparcial de la HCA	81
Traslados a prestadores de servicios médicos que no participan en la red	63	Apelaciones aceleradas	82
Acompañantes o miembros de la familia	64	Rechazo de solicitud de apelación acelerada.	83
Recolección de suministros médicos y medicamentos con receta	64	Audiencia imparcial a la HCA.	83
Sección 4H: Servicios con valor agregado	65	Sección 9: Anulación de la inscripción	84
Sección 4I: Recompensas Member Rewards 69	69	Período de elección anual	84
Sección 5: Cobertura de servicios alternativos.	70	Mudarse fuera del estado	84
Paquete de beneficios con cobertura alternativos	70	Solicitudes de anulación de participación de los asegurados	84
Paquete de beneficios con cobertura alternativos para exentos.	70	Motivos de la HCA para anular la inscripción de los asegurados	84
Servicios con valor agregado	71	Motivos de BCBSNM para anular la participación de los asegurados.	84
Tarjetas de asegurado	71	El prestador de servicios médicos de atención residencial a largo plazo o de apoyo en el empleo abandona la red	84
Red de prestadores de servicios médicos	71	Anulación de la inscripción durante una estadía en el hospital o mientras está en un centro de enfermería	85
Sección 6: Coordinación de Servicios médicos	72	Cómo anular la inscripción	85
Tenemos en cuenta sus necesidades	72	Sección 10: Información general	86
Niveles de Coordinación de Servicios médicos	72	Cambios en el manual o los beneficios.	86
Coordinación de Servicios médicos	73	Divulgación de información	86
Cómo obtener ayuda con las necesidades especiales de atención médica	74	Cómo obtener acceso a sus expedientes médicos	86
Servicios sociales comunitarios	74	Instrucciones anticipadas.	86
Alojamientos con servicios de apoyo	75	Instrucciones anticipadas sobre salud mental.	87
Programa para dejar de consumir tabaco	75	Catástrofes	87
Sección 7: Inconformidades (quejas)	76	Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998	87
Inconformidad (queja).	76	Fraude y abuso en la atención médica	87
Cómo presentar una inconformidad	76	Cómo puede ayudar	88
Dirección y número de teléfono para presentar una inconformidad	76	Cómo denunciar el fraude y el abuso	88
Plazos para presentar una inconformidad	76	Política médica	88
Plazos para responder a una inconformidad.	76	Privacidad de su información	89
Quién puede presentar una inconformidad.	77	Cómo usamos o compartimos su información médica protegida	89
Sección 8: Apelaciones	78	Cómo protegemos su información médica protegida.	89
Una inconformidad no es lo mismo que una apelación	78	Información.	89
Apelaciones.	78	Compañías independientes.	89
Plazos para presentar una apelación	78		
Cómo presentar una apelación.	79		

Asistencia al asegurado

La cobertura de New Mexico Medicaid se llama Turquoise Care. Si tiene preguntas sobre Turquoise Care, puede llamarnos al **1-866-689-1523** o visitar nuestra oficina en Albuquerque. No necesita cita previa para acudir.

Horario de atención telefónica: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. No atendemos los sábados ni domingos.

Horario de oficina: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. No atendemos los sábados ni domingos. Nuestra oficina está cerrada en Año Nuevo, el Día de Conmemoración de los Caídos, el Día de la Liberación, el Día de la Independencia, el Día del Trabajo, el Día de Acción de Gracias y en Navidad.

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

Si necesita ayuda después del horario de atención, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**, y deje un mensaje. Le devolveremos la llamada 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 fonoteca con grabaciones de más de 300 temas de salud disponible a través de 24/7 Nurseline.

Transporte para casos que no sean de emergencia

Para solicitar un traslado a una cita programada, póngase en contacto con ModivCare™ de la siguiente manera:

- Busque y descargue la aplicación de ModivCare en las tiendas virtuales Google Play o Apple App Store.
- Llame a la línea de reservas de ModivCare™ al **1-866-913-4342**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Póngase en contacto con ModivCare al menos tres días laborables antes de su consulta.

Para volver a su hogar o para programar un traslado fuera del horario laboral (por ejemplo, para recibir atención médica inmediata), llame a la línea telefónica de Ride Assist. Puede llamar sin costo al **1-866-418-9829**, con atención las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Puede leer sobre ModivCare en la **Sección 4G: Servicios de transporte**.

ModivCare es una compañía independiente que proporciona servicios de transporte para los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico.

Asistencia al asegurado

Sitio web de BCBSNM, aplicación móvil unificada y correo electrónico

¿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 ingresando en espanol.bcbsnm.com/turquoise-care. 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 MembersSM (BAMSM) 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 Turquoise Care, como médicos u hospitales, entre otros;
- enviar una solicitud para cambiar de PCP;
- leer las preguntas frecuentes sobre su cobertura médica;
- encontrar información sobre salud y bienestar;
- buscar farmacias y los medicamentos que están incluidos en su cobertura médica, y obtener información sobre los medicamentos genéricos;
- acceder a las recetas médicas pasadas y vigentes, así como al historial de revisiones clínicas;
- solicitar una nueva tarjeta de asegurado o acceder a su tarjeta de asegurado digital;
- descargar formularios;
- encontrar enlaces de Internet para otros servicios, números de teléfono importantes y direcciones de correo electrónico;
- enviar preguntas por correo electrónico a BCBSNM o comunicarse con nosotros a través de nuestro sistema de mensajería bidireccional y seguro.

Para consultar nuestros recursos y programas en línea, inicie sesión en BAMSM. Si nunca se inscribió en BAM, haga clic en "Crear una cuenta" (*Create an Account*), en el casillero de inicio de sesión. A continuación, siga los pasos para inscribirse.

Le recomendamos que se inscriba en BAM o se descargue la aplicación para usar estas funciones en línea. Los programas y las reglas podrían cambiar o finalizar sin aviso, a medida que se diseñan nuevos programas o a medida que cambian sus necesidades.

Si tiene preguntas sobre su cobertura médica de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, llame a Atención al Asegurado al **1-866-689-1523**.

Blue for Your HealthSM

El boletín de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, llamado "*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, puede solicitar una copia impresa llamando a Atención al Asegurado al **1-866-689-1523** (TTY: **711**).

Qué hacer en caso de emergencia

Si necesita resucitación cardiopulmonar o si su vida o su seguridad corren peligro inminente, llame al **911**. Si no es necesario llamar al **911**, diríjase al hospital o a la sala de emergencias más cercanos. Los asegurados que sufran una crisis o emergencia de salud mental deben llamar 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. Para obtener más detalles sobre cómo obtener atención médica de emergencia, consulte la **Sección 4A: Servicios de salud física**. 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 CSA. Antes de que surja una emergencia, comuníquese con su coordinador de servicios médicos asignado y consulte sobre su plan de 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 lengua de señas. El profesional médico debe tener un intérprete presente durante la cita. Si su profesional médico 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 Autoridad de atención médica/División de Asistencia Médica.

Cómo comunicarse con Atención al Asegurado

Si tiene preguntas sobre Turquoise 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, llame 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 and Blue Shield of New Mexico
Medicaid
PO Box 650712
Dallas, TX 75265-0712

Cómo podemos ayudarle

Ya sea que nos llame, escriba, envíe un correo electrónico o visite en BCBSNM, los especialistas en Servicio al Cliente pueden brindarle ayuda con lo siguiente:

- elegir un PCP o encontrar otros prestadores de servicios médicos de la red de Turquoise 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 profesionales de la red, manuales o formularios para asegurados;
- hacer preguntas sobre lo que está y lo que no está incluido en el programa de Turquoise 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. Con la aplicación podrá hacer 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;
- conseguir el número de teléfono de la enfermería telefónica 24/7 Nurseline para hablar con un enfermero si tiene un problema de salud.

Asistencia al asegurado

Especialista en defensa del consumidor

El defensor del asegurado está a disposición de todos los asegurados de Turquoise 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 brindarle ayuda. El defensor del asegurado quiere brindarle ayuda para recibir los beneficios y servicios de su cobertura médica de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico.

El defensor del asegurado puede brindarle ayuda con lo siguiente:

- resolver inquietudes sobre servicios médicos o beneficios que usted considera que deberían estar incluidos en la cobertura pero que se rechazaron;
- entender o aclarar sus derechos y responsabilidades, así como los servicios incluidos que están a su disposición;
- comunicarse con el personal de BCBSNM correspondiente;
- entender las ventajas y desventajas de sus opciones, así como las políticas y procedimientos de BCBSNM, para brindarle ayuda a fin de sacar el máximo provecho de sus servicios médicos.

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

Línea para llamadas sin costo:

1-888-243-1134 TTY: **711**

Correo electrónico: ombudsman@bcbsnm.com

Servicios sociales comunitarios

El programa de servicios sociales comunitarios está a disposición de todos los asegurados de Turquoise Care. Con este servicio, puede encontrar recursos comunitarios que lo mantendrán saludable 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, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Podemos brindarle ayuda para 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 de Asistencia Temporal para Familias con Niños Pequeños o para Mujeres, Bebés y Niños;
- ayuda con la factura de energía eléctrica;
- información sobre grupos de apoyo o servicios locales;
- programa de consultas a domicilio;
- 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. Visite nuestro sitio web, espanol.bcbsnm.com/turquoise-care, donde puede obtener más información sobre lo siguiente:

- clases de educación para la salud cerca de usted;
- cómo hablar con su profesional médico o enfermero durante las consultas médicas;
- programas para controlar la diabetes o el asma, o para dejar de consumir tabaco;

- cómo puede ayudarlo el programa de administración de casos clínicos cuando necesita ayuda;
- cómo programar una consulta virtual con médicos y terapeutas para ciertos problemas médicos que no son de emergencia, como alergias, asma, resfriado o gripe, infecciones del oído, asesoramiento en línea y manejo del estrés.

Inicie sesión en el portal BAM para lo siguiente:

- Leer el boletín de salud.
- Consultar recomendaciones 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 de qué temas se dialogará y qué exámenes se realizarán.

Turquoise Care brinda información de salud en eventos en su comunidad y a través de folletos que puede encontrar en el consultorio de su profesional médico. El objetivo es brindarle ayuda para estar informado y recibir el beneficio completo de todos nuestros servicios. Si necesita otros materiales, simplemente llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**, y solicite que un asesor para asegurados le brinde ayuda.

Opinión de los asegurados

En BCBSNM, necesitamos su ayuda para mejorar los servicios que le ofrecemos. Por favor, envíe un correo electrónico, llame o escriba a Atención al Asegurado con ideas sobre cómo BCBSNM puede mejorar.

Junta asesora de asegurados

La Junta asesora de asegurados (MAB, en inglés) es un equipo de asegurados y personal de Blue Cross and Blue Shield of New México que se reúne seis veces al año para dialogar sobre sus beneficios y formas de mejorar los servicios. Puede informarse sobre los beneficios del programa y ofrecer comentarios valiosos sobre su experiencia como asegurado de BCBSNM.

Es posible que reciba un correo electrónico o una llamada telefónica para invitarlo a participar en una reunión. Llámenos o escríbanos para avisarnos que quiere participar. Para obtener más información sobre la MAB o para hacer una reserva, llame al **1-866-825-6034** (TTY: **711**) o envíe un correo electrónico a bcbs_ab@bcbsnm.com. Visite nuestro sitio web ingresando en espanol.bcbsnm.com/turquoise-care y consulte "Próximos eventos" (*Upcoming Events*).

Derechos y responsabilidades de los asegurados

Derechos y responsabilidades de los asegurados

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 Turquoise 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 siete 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 de Autoridad de atención médica (HCA, en inglés) 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 (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 cobertura 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 pueda 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.

Derechos y responsabilidades de los asegurados

- 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 leyes federales 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 derecho a acceder a los expedientes médicos del asegurado.
- 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 termine su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial a la HCA. Los procesos de inconformidad, apelación y audiencia imparcial de la HCA 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.
- Elegir una cobertura médica y ejercer su derecho de cambiar de compañía de atención médica sin amenazas ni 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.

Derechos y responsabilidades de los asegurados

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 Turquoise Care, tiene las siguientes responsabilidades:

- Brindar la información de salud 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 a la HCA de Nuevo México y a BCBSNM la siguiente información virgente:
 - dirección postal;
 - número de teléfono, incluida cualquier línea de teléfono fijo o celular, si corresponde;
 - información de contacto de emergencia;
 - dirección de correo electrónico, si corresponde.
- Informar a la HCA 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*.

Sección 1: Solicitud de cobertura

Participación en el programa de atención médica administrada

Cuando solicite la cobertura de Medicaid en la unidad Income Support Division (ISD, en inglés), 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 ningún nivel de atención en centros de enfermería. Si usted es indígena estadounidense y recibe un nivel de atención en un 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 su unidad ISD local o en el sitio web estatal, YESNM (www.yes.nm.gov, en inglés).

Asignación automática

Tiene la oportunidad de elegir una MCO cuando complete la solicitud de Medicaid. Si no lo hace, se le asignará una de manera automática. Se le asignará aleatoriamente a una MCO a menos que haya estado cubierto por una MCO durante menos de seis meses desde que finalizó 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 Turquoise 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 HCA.

Recertificación

La mayoría de los asegurados tienen que renovar la cobertura de Medicaid cada 12 meses. Esto puede hacerse en la unidad ISD local o, en algunos casos, llamando a la HCA al **1-888-997-2583**.

Cobertura por embarazo

Algunas aseguradas son elegibles para Medicaid porque están embarazadas. La cobertura de estas aseguradas se prolonga durante un año tras la finalización 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 su unidad ISD local. Es muy importante que notifique el nacimiento de su bebé a su 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.

Sección 1: Solicitud de cobertura

Recuerde que, cuanto más pronto sepan en su unidad ISD local que ha nacido su bebé, más pronto podrán 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**. Pulse la opción 3 y, a continuación, la opción 2. Si no tiene un coordinador de servicios médicos, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

Tarjetas de asegurado

En su tarjeta de asegurado de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, 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, y 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 Turquoise Care. Si lo permite, podría perder su elegibilidad para Medicaid.

Si necesita una tarjeta de asegurado de Turquoise Care de remplazo, puede ir a espanol.bcbsnm.com/turquoise-care, iniciar sesión en BAM 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 provisional. También puede acceder a su tarjeta de asegurado digital en BAM. Si no había iniciado sesión antes, siga los pasos para inscribirse en BAM.

Cambio en la elegibilidad o dirección

Enviamos mucha información importante a la dirección que le brindó a su unidad ISD local. Si cambia de dirección o de número de teléfono, es muy importante que llame a su unidad ISD local de inmediato y les brinde la nueva información. También puede visitar el portal YESNM (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 su unidad ISD local

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

- Cambia su nombre.
- Se muda a otra dirección.
- 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.

Sección 2: Indígenas estadounidenses

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 Turquoise 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 obtener atención de 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 and Blue Shield of New Mexico que se reúnen cuatro veces al año para hablar sobre sus beneficios y maneras de mejorar los servicios. Puede aprender sobre sus derechos y responsabilidades como asegurado, y proporcionar comentarios sobre la información de los asegurados.

Es posible que reciba un correo electrónico o una llamada telefónica para invitarlo a participar en una reunión. Llámenos o escríbanos para avisarnos que quiere participar. Para obtener más información sobre la NAAB o para hacer una reserva, llame al **1-866-825-6034** (TTY: **711**) o envíe un correo electrónico a **bcbs_ab@bcbsnm.com**. Visite nuestro sitio web ingresando en **espanol.bcbsnm.com/turquoise-care** y consulte "Próximos eventos" (*Upcoming Events*).

Sección 3: Profesionales médicos

Sección 3: Profesionales médicos

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”. Algunos ejemplos son los PCP, los especialistas, los enfermeros, los asesores, los hospitales, los centros de atención médica inmediata y las farmacias.

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 Turquoise Care se le pide que su PCP coordine su atención y que usted se atienda con prestadores de servicios médicos de la red de Turquoise Care. Estos son prestadores de servicios médicos independientes que acordaron mediante un contrato atender a los asegurados de Turquoise Care y seguir las reglas del programa 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 Turquoise Care” o “prestadores de servicios médicos que participan en la red de Turquoise Care”.

Conforme a su cobertura de Turquoise 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 Turquoise 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 Turquoise Care que puedan brindarle la atención que necesita).

Si usted es un nuevo asegurado del programa de Turquoise Care, es posible que tengamos que programar que usted se cambie a un prestador de servicios médicos de la red de Turquoise 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 Turquoise Care. Aprobaremos que continúe consultando a este profesional médico mientras lo ayudamos a cambiarse a un prestador de servicios médicos de Turquoise 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 Turquoise Care en su área, visite el directorio en línea Provider Finder en nuestro sitio web, espanol.bcbsnm.com/turquoise-care.

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 de prestadores de servicios médicos*, 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 Turquoise Care. En el directorio no se incluirán los proveedores de transporte. Llame a ModivCare para programar transporte para casos que no sean de emergencia. Puede leer sobre ModivCare en la **Sección 4G: Servicios de transporte**.

En el directorio, se indican la especialidad del prestador de servicios médicos, qué idiomas se hablan en el consultorio, las horas de oficina, los números de teléfono y otra información. Para ver esta información en el directorio del sitio web, haga clic en el nombre del prestador de servicios médicos. En el directorio del sitio web, también aparece 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 atenderse.

Prestador de atención médica primaria (PCP)

Su PCP es la persona más importante para ayudarlo con sus necesidades de 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. Hable con su PCP sobre todas sus necesidades de atención médica, incluidas sus necesidades médicas y de salud mental, así como 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;
- ginecología y obstetricia;
- profesionales médicos pediátricos;
- practicantes de enfermería (CNP, en inglés) y parteros;
- asistentes médicos.

Los prestadores de servicios médicos de Turquoise 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.

Sección 3: Profesionales médicos

Elección de un PCP

Debe elegir un PCP de la red de prestadores de servicios médicos de Turquoise Care. Cuando solicite cobertura médica de Turquoise 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. Informe a su nuevo PCP sobre sus problemas médicos y hablar acerca de las inquietudes que tenga.

Si usted es un nuevo asegurado de Turquoise 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 consultar a su obstetra actual durante el resto del embarazo. Llame 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 estaba programada;
- atención médica durante el 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 prestador de atención médica primaria

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 con el nombre de su 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.
- También puede solicitar el cambio de su PCP en línea. Inicie sesión en el portal BAM para hacerlo. En "Mi salud" (*My Health*), diríjase a "Buscar atención médica" (*Find Care*). Siga los pasos para cambiar de PCP.

Selección de prestador de atención médica primaria de Medicare

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

Restricción de prestador de atención médica primaria

Si obtiene servicios que no son necesarios o recibe los mismos servicios de varios prestadores de servicios médicos, en Turquoise 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.

Prestador de atención médica primaria 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 cree que necesita un especialista como su PCP, llame a Atención al Asegurado. Colaboraremos con usted y su profesional médico para ayudarlos a hacer este cambio.

Atención virtual

Si le resulta difícil acudir a su médico en persona, la atención virtual es una opción. ¿Necesita atención médica inmediata ahora mismo? ¿O necesita acceder a un PCP virtual que le brinde ayuda con la atención médica?

La atención virtual ahorra tiempo: no tendrá que trasladarse al consultorio del médico. No importa dónde viva en Nuevo México, puede obtener acceso a más médicos en línea.

Hay dos formas de acceder a la atención virtual:

Virtual PCP, de Galileo®*

Virtual PCP le permite realizar consultas en línea para la atención de rutina o cuando surjan problemas. Un PCP se centrará en su salud y bienestar. Pueden coordinar la atención con

otros prestadores de servicios médicos cuando sea necesario. Los asegurados de 18 años o más tienen acceso a lo siguiente:

- un PCP avalado por la junta de especialidades médicas que se familiarizará con usted y con su historial médico;
- un equipo de atención que trabajará con usted en un plan para cubrir sus necesidades personales de atención médica;
- mensajería en línea ilimitada, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con su equipo de atención virtual;
- exámenes anuales de bienestar;
- ayuda para controlar problemas médicos crónicos;
- solicitud de pruebas de laboratorio o medicamentos.

Virtual Visits, de MDLIVE®**

Con Virtual Visits, puede hablar con un médico o terapeuta avalado por la junta de especialidades médicas las 24 horas del día, los siete días de la semana, para recibir atención médica inmediata. En lugar de acudir al consultorio de un médico, puede hablar con un médico o terapeuta mientras está en su hogar, en el trabajo o en muchos otros lugares. Puede tener su consulta en directo mediante video en línea o desde una aplicación móvil. Una consulta virtual puede costar menos que acudir a un centro de atención médica de urgencia o a una sala de emergencias. Puede obtener ayuda con muchos problemas médicos que no son de emergencia.

- **Atención médica inmediata** para enfermedades y lesiones. Puede conversar sobre opciones de tratamiento para lo siguiente:
 - alergias;
 - resfriado y gripe;
 - dolor de oído;
 - picaduras de insectos;
 - problemas de los senos paranasales;
 - dolor de garganta;
 - y mucho más.
- **Atención médica de la salud mental** para terapia de conversación desde la intimidad del hogar. Obtenga ayuda para afrontar lo siguiente:

Sección 3: Profesionales médicos

- adicciones;
- ansiedad;
- depresión;
- duelo y pérdidas;
- trastorno de pánico;
- trauma y estrés postraumático (PTSD, en inglés);
- y mucho más.

Más información sobre citas virtuales con un PCP y consultas virtuales en espanol.bcbsnm.com/turquoise-care. Diríjase a "Obtener atención médica" (Getting Care) y elija "Atención virtual" (Virtual Care).

Cancelación del prestador de atención médica primaria

Si su PCP nos informa que abandonará la red de Turquoise 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; 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 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 al **1-866-689-1523** si necesita ayuda o una autorización previa.

Cómo presentar reclamaciones para prestadores de servicios médicos que participan en la red

Todos los prestadores de servicios médicos de Turquoise Care presentan reclamaciones a BCBSNM. En BCBSNM, les pagamos directamente a los prestadores de servicios médicos. Asegúrese de que estos prestadores sepan que usted cuenta con la cobertura de Turquoise Care. No debe enviar las reclamaciones para servicios de la red usted mismo. Póngase en contacto con Atención al Asegurado llamando al **1-866-689-1523** para que le brinden ayuda con cualquier factura que haya recibido de un profesional médico.

Cómo programar una cita

Para programar una cita, haga lo siguiente:

- Para las consultas médicas de rutina o por enfermedades repentinas, llame al consultorio de su profesional médico e infórmeles que es asegurado de Turquoise Care. El personal del consultorio le brindará ayuda.
- Cuando llegue al consultorio del profesional médico, presente su tarjeta de asegurado de Turquoise Care. Si tiene Medicare u otro seguro, muestre también esa tarjeta de asegurado.
- 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.

Es posible que el profesional médico no pueda atenderlo si acude al consultorio sin haber programado una cita. Comuníquese con su prestador de servicios médicos antes de ir a su 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 Turquoise 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 llevará 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, coordinan todos los traslados para casos que no sean de emergencia para los asegurados de Turquoise 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 por lo menos tres días hábiles antes de su cita de rutina para programar un traslado. Puede encontrar más información sobre ModivCare 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.

Sección 3: Profesionales médicos

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 Turquoise 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 y cáncélelo o vuelva a programarlo. Debe cancelar el traslado por lo menos dos horas antes del horario en que lo iban a pasar a buscar.

Siempre hable con su médico

Ninguno de los programas o servicios de BCBSNM reemplaza 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.

Sección 4: Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura

Su cobertura de Turquoise 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 acudir a los prestadores de servicios médicos de la red de Turquoise Care excepto en las siguientes situaciones:

- Atención médica de emergencia (consulte la **Sección 4A: Servicios de salud física**) 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. La autorización previa significa que BCBSNM puede aprobar o rechazar la cobertura antes de que usted reciba el servicio. Si usted acude a un profesional médico de la red de Turquoise Care, 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 (quejas)**.

Necesita obtener la autorización previa de BCBSNM para atenderse con prestadores de servicios médicos* que no participan en la red de Turquoise Care, ser admitido en un hospital o recibir determinados servicios, como atención médica en el hogar. La red de prestadores de servicios médicos de Turquoise 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 siete días hábiles 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).

Sección 4: Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura

Casos en los que podría tener que pagar los servicios

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

- si no informa al prestador de servicios médicos de que tiene cobertura con Turquoise 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 Turquoise 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 importante que lo informe en su unidad Income Support Division (ISD, en inglés) local. También infórmeselo a su prestador de servicios médicos antes de la cita. Si no sabe cómo comunicarse con su unidad ISD local, llame a la División de Asistencia Médica de la HCA, 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 Turquoise 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 Turquoise Care. El personal de BCBSNM colaborará con la otra aseguradora para el pago de estos servicios. La única vez en la que esta regla es diferente es si usted también tiene cobertura de Indian Health Services (IHS). Medicaid pagará antes de que se paguen a través de 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 Autoridad de atención médica tiene los siguientes derechos:

- Tenemos derecho al reembolso, ya sea por acción legal, acuerdo o compromiso, de todos los servicios médicos proporcionados por daños del tercero al asegurado o al representante legal del asegurado como consecuencia de la enfermedad o lesión; el reembolso será del monto total de los cargos con cobertura de los servicios incluidos para los que se proporcionaron servicios con cobertura al asegurado a través de BCBSNM.
- La HCA tiene el derecho a recuperar de un tercero, o de su aseguradora, el pago de los servicios médicos que en BCBSNM proporcionamos por esa enfermedad o lesión.
- La HCA tiene derecho a un primer reembolso de todos los fondos que el asegurado, los miembros de su familia asegurados o su representante legal obtuvieron u obtendrán por los mismos gastos para los que se proporcionaron servicios médicos a través de la HCA como consecuencia de esa enfermedad o lesión.

Sección 4: Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura

- El asegurado debe proporcionar cualquier información o asistencia, o presentar toda documentación que en la HCA se pueda requerir para ejercer sus derechos conforme a esta estipulación. Esta estipulación se aplica independientemente de que el tercero admita o no la responsabilidad.

Si usted tiene Medicare y Medicaid, tiene más de una cobertura de seguro. Se considera a Medicare como su seguro principal y a Turquoise Care como su seguro secundario. Los beneficios y servicios de Turquoise 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 Turquoise 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 Turquoise Care y Medicare. Es posible que en Turquoise Care se cubran algunos servicios que no tienen cobertura Medicare.

Fuera de Nuevo México

Si usted se encuentra fuera de Nuevo México, pero dentro de Estados Unidos, y necesita servicios de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Las reclamaciones por servicios quirúrgicos o médicos de emergencia con cobertura recibidos fuera de Nuevo México de prestadores de servicios médicos que no tienen contrato con Turquoise Care también deben enviarse por correo a BCBSNM. Si desea consultar a un prestador de servicios médicos fuera del estado por servicios que no son de emergencia, primero debe obtener autorización previa en BCBSNM. Si no obtuvo una autorización previa, los servicios no estarán incluidos en la cobertura.

Cobertura duplicada (doble)

Turquoise Care no cubre los montos ya abonados cuando los asegurados disponen de otras fuentes de cobertura legalmente responsables. Estas incluyen, a modo enunciativo mas no limitativo, seguros privados, Medicare u otros programas públicos. Si tiene alguna otra cobertura de atención médica, debe informárnoslo.

Servicios experimentales, en investigación o no comprobados

En Turquoise Care, no se brinda cobertura para 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 los libros de Medicina estándar publicados en Estados Unidos o en la literatura revisada por expertos que tienen valor médico establecido científicamente para curar o aliviar el problema médico en tratamiento.
- Son adecuados para el hospital u otro centro de atención médica en los que se proporcionan.

Sección 4: Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura

- 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, en Turquoise Care tampoco se 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 de la HCA. 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 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 (quejas)**.

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.

Gestión de la utilización de tratamientos

La Gestión de la utilización de tratamientos significa que examinamos los expedientes médicos, las reclamaciones y las solicitudes de autorizaciones previas para asegurarnos de que los servicios sean médicamente necesarios, se brinden en el entorno apropiado y concuerden con el problema médico informado.

Si esto se hace antes de que reciba un servicio, forma parte del proceso de “autorización previa”. Si se hace mientras está recibiendo un servicio, forma parte del proceso de “revisión simultánea”. Si se hace después de que reciba un servicio, se denomina “revisión retrospectiva”.

Las decisiones de Gestión de la utilización de tratamientos se basan únicamente en la idoneidad de la atención médica y de los servicios. En BCBSNM, no premiamos a los prestadores de servicios médicos o a las personas que llevan a cabo nuestros programas por rechazar los servicios ni ofrecemos incentivos a las personas que toman decisiones en los programas que las alentarían a aprobar menos servicios de los que usted necesita. Queremos ayudarlo a recibir la atención que necesita de la mejor manera posible.

La cantidad, la duración o el alcance de un servicio no se rechazará únicamente debido a su problema médico, diagnóstico o enfermedad específicos.

Un servicio debe ser médicamente necesario, aun cuando no se requiera autorización previa. Todos los servicios están sujetos a revisión. En caso de que se determine que un servicio no es necesario, es posible que tenga que pagar el servicio de acuerdo con las pautas estatales y federales.

Servicios que no son médicamente necesarios

En Turquoise Care, no se brinda cobertura para 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.

Esta cobertura no incluye el cannabis. El cannabis se refiere a todas las partes del género Cannabis que contienen delta-9-tetrahidrocannabinol (THC, en inglés) como un ingrediente activo, ya sea que esté en crecimiento o no, las semillas de la planta, la resina que se extrae de cualquier parte de la planta y todo compuesto derivado del cannabis, fabricación, sal, derivado, mezcla o preparación de la planta, sus semillas o la resina. El cannabis que tiene THC como un ingrediente activo puede llamarse marihuana.

Sección 4: Servicios incluidos y no incluidos en la cobertura

Servicios cosméticos

En Turquoise Care, no se brinda cobertura para 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 podría no aplicarse a ciertos servicios para asegurados que cumplan con los requisitos de elegibilidad los cuales se mencionan en la sección de Atención médica para la afirmación de género de este manual.

Atención médica para la afirmación de género

La cobertura Turquoise Care incluye servicios de atención médica para la afirmación de género que cumplen con las reglas de cobertura de la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México (Health Care Authority).

Requisitos de elegibilidad para asegurados:

1. Los requisitos y las indicaciones deben estar documentados en el historial médico del asegurado.
2. Los asegurados deben tener un diagnóstico de disforia de género.
3. Edad: Los asegurados de entre 12 y 17 años solo son elegibles para recibir terapia hormonal.
4. Los asegurados mayores de 18 años son elegibles para recibir terapia hormonal, intervenciones procedimentales y quirúrgicas.
5. Los asegurados mayores de 18 años que se están sometiendo a una intervención procedimental o quirúrgica deben vivir dentro de su género preferido (que incluye el género no binario) durante al menos un año.

Servicios con cobertura

Los servicios, dependiendo de la edad (consulte los requisitos de elegibilidad que se mencionan anteriormente), incluyen los siguientes:

1. bloqueo de la pubertad para los jóvenes;
2. terapia hormonal para masculinizar y feminizar;
3. cirugía de feminización o masculinización facial;
4. cirugía superior, incluida la reducción del pecho y el aumento de senos;
5. cirugía de la parte inferior, incluida la vaginoplastía, las histerectomías, la metoidioplastía y la orquiectomía;
6. la ablación uterina;
7. depilación del vello, incluida la electrólisis y la depilación láser;
8. entrenamiento para la voz y la comunicación.

Servicios sin obligación legal de pago

En Turquoise Care, no se brinda cobertura para 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.

Sección 4A: Servicios de salud física

Servicios de prevención

Este tipo de atención médica puede ayudar a todas las personas a mantenerse saludables 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 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

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 Turquoise Care, queremos que su hijo esté saludable. En Turquoise Care, 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 cuando tenga 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 un chequeo este año, llame al profesional médico y programe uno.

- **Pruebas de 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.
- **Exámenes dentales:** 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 Turquoise Care.

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

Sección 4A: Servicios de salud física

Para adultos

Hay exámenes preventivos recomendados para hombres y mujeres. Las mujeres de 40 a 74 años deben realizarse una mamografía cada uno o dos años para detectar el cáncer de mama. Si necesita ayuda para encontrar un centro de detección, hable con su prestador de servicios médicos o llame a Atención al Asegurado de BCBSNM al **1-866-689-1523** (TTY: **711**). Tanto hombres como mujeres de 45 a 50 años deben hacerse un examen de prevención de cáncer de colon. Estos son solo algunos de los exámenes necesarios.

Durante las consultas médicas, 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 ABP.

La ABP es parte del programa Turquoise Care de New Mexico Medicaid. 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, 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** en este manual.

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

Servicios	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Se requiere autorización previa
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	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Quimioterapia y radioterapia	✓	✓	Depende del servicio exacto.

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

Sección 4A: Servicios de salud física

Servicios	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Se requiere autorización previa
Servicios quiroprácticos			
Interventores comunitarios de sordos y ciegos	✓	✓	Sí.
Servicios con cobertura proporcionados en las clínicas de salud escolar	✓	✓	No.
Hemodiálisis	✓	✓	Sí, 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 las 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 las 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 las 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.

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

Sección 4A: Servicios de salud física

Servicios	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Se requiere autorización previa
Dispositivos y servicios para la audición	✓	Con límite de edad.	Sí.
Parto en el hogar	✓	✓	Depende del servicio exacto.
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 centros de enfermería especializada o de rehabilitación de 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 para obtener más información.
Genética molecular	✓	✓	Depende del servicio exacto.
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 (<i>nurse practitioners</i>) y asistentes médicos	✓	✓	No.

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

Sección 4A: Servicios de salud física

Servicios	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Se requiere autorización previa
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.
Servicios profesionales para pacientes externos	✓	✓	No.
Cirugía para pacientes externos	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética y tomografías computarizadas	✓	✓	Depende del servicio exacto.
Servicios farmacéuticos para el cambio de sexo	✓	✓	Sí.
Terapia física	✓	✓ 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 la interrupción del embarazo	✓	✓	No.
Cirugías de pecho o de genitales para el cambio de sexo (de hombre a mujer o de mujer a hombre)	✓	✓	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: Los servicios están incluidos en la cobertura cuando son médicamente necesarios. Se pueden aplicar otros términos, condiciones o limitaciones.

Sección 4A: Servicios de salud física

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: Profesionales médicos**.

Servicios médicos no incluidos en la cobertura

En Turquoise Care, no se brinda cobertura para los siguientes servicios médicos:

- abdominoplastia;
- acupuntura, masajistas terapeutas, hipnoterapia, rolfing o biorretroalimentación;
- 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 la cirugía plástica, las pelucas, los postizos o los 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);
- implante de pectorales;
- 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 Turquoise 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.*

*Los servicios marcados con un asterisco podrían ser elegibles para tener cobertura de acuerdo con la sección de Atención médica para la afirmación de género de este manual.

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.

Turquoise 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. En Turquoise Care, también se ofrecen los siguientes dispositivos y otros procedimientos aprobados por la FDA:
- inyección de Depo-Provera para el control de la natalidad;
- diafragma, incluido el ajuste;
- 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 asistir a Planned Parenthood o consultar a otros prestadores de servicios médicos que no participan en la red para obtener servicios de planificación familiar. Si necesita un traslado al consultorio del profesional médico, póngase en contacto con ModivCare 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 Turquoise Care para que le brinde atención de maternidad.

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:

- Le brindaremos ayuda para elegir un ginecólogo-obstetra principal o una enfermera partera con certificación para que la asistan durante el embarazo.
- Le brindaremos ayuda para inscribirse en un programa de Coordinación de Servicios médicos.
- Le brindaremos ayuda para elegir un PCP para su bebé (si su bebé es elegible para la cobertura de Turquoise Care).

Usted puede autorreferirse a cualquier prestador de servicios médicos de Turquoise Care para recibir atención de maternidad. Si no hay un profesional médico de Turquoise 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.

En Turquoise Care, se cubren 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

Sección 4A: Servicios de salud física

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 Turquoise 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

Una atención prenatal temprana y regular es muy importante para su salud y la 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.
- Programe análisis de laboratorio rutinarios y otras pruebas que comprobarán 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 siete 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 infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés), sobre la vacuna contra la influenza durante el embarazo y sobre si necesita vacunarse contra la rubéola después del parto o no.

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 de la HCA. 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 Turquoise Care.

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 Medicaid

Las madres embarazadas y las que ya hayan dado a luz elegibles y sus bebés pueden ser elegibles para participar en las consultas a domicilio. Este programa ofrece servicios que promueven la salud y el desarrollo materno, infantil y de la primera infancia.

Las consultas a domicilio ayudan a las familias a criar niños felices y saludables, y les ofrecen educación, apoyo, exámenes 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 formas de promover el aprendizaje a través del juego y las interacciones cotidianas, y mucho más.

Llame al **1-888-421-7781** (TTY: **711**) o envíe un correo electrónico a **CHV@bcbsnm.com** para obtener más información sobre las consultas a domicilio.

Living365® para el embarazo y el posparto

La aplicación Virtual Health Partners (VHP, en inglés) le ofrece la flexibilidad de chatear con dietoterapeutas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con acceso a planes de comidas durante el embarazo; listas de verificación sobre hospitales; seguridad infantil; salud mental y emocional; alimentación para su bebé; demostraciones de cocina; clases de acondicionamiento físico; entrenamientos posparto; ejercicio con niños y herramientas de seguimiento. Puede tener acceso a citas virtuales individuales en directo con un dietoterapeuta en función de los factores de riesgo adicionales.

Inscríbase en **virtualhealthpartners.com/ living-365-nm-ty/** (en inglés) o llame a Atención al Asegurado al **1-866-689-1523**.

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**.

Sección 4A: Servicios de salud física

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 24/7 Nurseline para que lo aconsejen.

Si considera que necesita atención médica inmediata, siga 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 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 Turquoise 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 podría verse gravemente afectada (y, en el caso de una mujer embarazada, la salud del niño por nacer también). 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 muy fuerte)?
- ¿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 reciben 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 al corazón;
- derrame cerebral;
- dolor agudo 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, como un hueso roto;
- fracturas;
- herida en un ojo o pérdida repentina de la visión;
- deseo de lastimarse o lastimar a otras personas.

Qué hacer en caso de 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 parezca 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 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.

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 Turquoise Care.

Sección 4A: Servicios de salud física

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 Turquoise 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.

Sección 4B: Servicios de salud mental

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 Turquoise 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 la cobertura y si el servicio requiere autorización previa. Para obtener más información sobre las autorizaciones previas, consulte la **página 22** en 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 ABP.

La ABP es parte del programa de Turquoise Care de New Mexico Medicaid. 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, 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".

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 ofrece soluciones de servicios de salud mental a su propio ritmo y, además, acceso a consejeros para asegurados las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden ayudarlo a lidiar con problemas habituales como el estrés, la ansiedad, la depresión y el abuso de sustancias. Para comenzar, puede inscribirse en www.learntolive.com/welcome/bcbsnmmedicaid (código de acceso: NMMED).

Learn to Live ofrece programas educativos de salud mental. Los asegurados que consideran obtener tratamiento médico adicional deben consultar con un médico. Learn to Live, Inc., es una compañía independiente que proporciona programas y recursos en línea para la salud mental a asegurados con cobertura a través de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico. BCBSNM no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor ni los productos o servicios que ofrecen.

Sección 4B: Servicios de salud mental

Servicios de salud mental	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Edad de salud mental	Se requiere autorización previa
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 la crisis	✓	✓	Todas las edades.	No.
Centros de evaluación de urgencia ante crisis	✓	✓	A partir de los 14 años.	No.
Tratamiento diurno	✓	✓	Menores de 21 años.	No.
Terapia dialéctica conductual (DBT, en inglés)	✓	✓	Todas las edades.	No.

Aviso: Esta no es una lista exhaustiva de 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)

† Según las pautas del nivel de atención de salud mental, para los servicios de terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés) para asegurados menores de 13 años se requiere una orden judicial.

Sección 4B: Servicios de salud mental

Servicios de salud mental	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Edad de salud mental	Se requiere autorización previa
Terapia electroconvulsiva		✓	A partir de los 14 años [†] .	No.
Servicios de emergencia	✓	✓	Todas las edades.	No.
Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, en inglés)	✓	✓	Todas las edades.	No.
Servicios de apoyo a la familia	✓	✓	Todas las edades.	No.
Apoyo para la familia (salud mental)	✓	✓	Todas las edades.	No.
Terapia familiar funcional (FFT, en inglés)	✓		De 11 a 18 años.	No.
Residencia colectiva	✓	✓	Menores de 21 años.	Sí.
Envolvimiento de alta fidelidad (HFW, en inglés)	✓		Niños y jóvenes.	No.
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.

Aviso: Esta no es una lista exhaustiva de 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)

[†] Según las pautas del nivel de atención de salud mental, para los servicios de terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés) para asegurados menores de 13 años se requiere una orden judicial.

Sección 4B: Servicios de salud mental

Servicios de salud mental	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Edad de salud mental	Se requiere autorización previa
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.
Programa de tratamiento para la adicción a los opiáceos	✓	✓	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 (PSR, en inglés)	✓	✓	A partir de los 18 años.	No.
Servicios de recuperación	✓	✓	Todas las edades.	No.

Aviso: Esta no es una lista exhaustiva de 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)

† Según las pautas del nivel de atención de salud mental, para los servicios de terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés) para asegurados menores de 13 años se requiere una orden judicial.

Sección 4B: Servicios de salud mental

Servicios de salud mental	Servicios incluidos en la cobertura estándar de Medicaid	Servicios incluidos en la ABP	Edad de salud mental	Se requiere autorización previa
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.
Programa para dejar de fumar	✓	✓	Todas las edades.	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.
Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT, en inglés)	✓		Menores de 18 años.	No.
Treat First	✓	✓	Todas las edades.	No.
Servicios terapéuticos para personas en custodia provisional	✓	✓	Menores de 21 años.	Sí.

Aviso: Esta no es una lista exhaustiva de 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)

† Según las pautas del nivel de atención de salud mental, para los servicios de terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés) para asegurados menores de 13 años se requiere una orden judicial.

Sección 4B: Servicios de salud mental

No necesita un referido del PCP para recibir los servicios de salud mental. Llame 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 Turquoise Care. Usted paga 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 Turquoise 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 Turquoise 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 Turquoise 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 (CPSW, en inglés) establecen un puente entre usted y su coordinador de servicios médicos. Colaboran con varias agencias para entablar relaciones que los ayudan a usted y a su familia a usar los recursos que más los benefician.

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

Sección 4C: Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo

Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo

Su cobertura de Turquoise 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. Puede necesitar atención médica a largo plazo a cualquier edad.

Se brinda cobertura para servicios en centros de enfermería y cuidado 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 sus necesidades médicas y la disponibilidad del programa según lo determinado por la HCA/División de Asistencia Médica (MAD, en inglés).

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).

Cómo elegir el asilo indicado

Es importante que encuentre el mejor asilo para usted. Tenga en cuenta diferentes aspectos para contratar la mejor atención.

Empiece por buscar en lugares cercanos a usted. Compruebe las reseñas en línea usando los enlaces incluidos a continuación. Busque los asilos que tengan una buena reputación:

- que brinden atención médica de manera segura;
- que mantengan limpios los espacios;
- que contraten personal amable y con experiencia.

Visite estos lugares en persona para ver cómo son. Asegúrese de hacer preguntas sobre sus servicios y sus trabajadores. También pueden compartir información con usted sobre las actividades que se ofrecen en su asilo.

Para brindarle ayuda en la búsqueda de un asilo de calidad, puede consultar los siguientes enlaces:

1. Búsqueda de asilos del Departamento de Salud de Nuevo México:
<https://www.nmhealth.org/about/dhi/hflc/prop/srep/>
2. Sitio web para comparar asilos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés):
<https://es.medicare.gov/care-compare>

Sección 4C: Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo

Servicios del beneficio comunitario

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** en este manual. Para ver una descripción de los servicios, consulte la página 46.

Servicios	ABCB	SDCB	Se requiere autorización previa	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: la cobertura de estos servicios se limita a \$4,000 por persona cada cinco años. Los depósitos para los hogares de vida asistida se limitan a un 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.	Límite: el límite de cobertura para estos servicios es de \$6,000 cada cinco años.
Asistencia médica en el hogar	✓	✓	Sí.	
Consejería nutricional	✓	✓	Sí.	

AVISO: Existe un límite de costo anual para los servicios médicos comunitarios. La HCA 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 la HCA, en BCBSNM no debemos pagar más que lo establecido por la HCA.

Sección 4C: Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo

Servicios	ABCB	SDCB	Se requiere autorización previa	Detalles
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.	
Artículos relacionados (teléfono, Internet, impresora, etc.)		✓	Sí.	Límite: 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 (a corto plazo o temporal)	✓	✓	Sí.	Límite: el límite anual de cobertura es de 300 horas por año del plan médico.
Atención médica de relevo (enfermero titulado)	✓	✓	Sí.	Límite: el límite anual de cobertura es de 300 horas por año del plan médico. 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.	Límite: el límite de cobertura es de \$2,000 por año para todos los servicios de terapia combinados (los servicios con valor agregado tienen límites aparte).
Artículos para el inicio		✓	Sí.	Límite: cobertura por única vez de hasta \$2,000.

AVISO: Existe un límite de costo anual para los servicios médicos comunitarios. La HCA 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 la HCA, en BCBSNM no debemos pagar más que lo establecido por la HCA.

Sección 4C: Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo

Servicios	ABCB	SDCB	Se requiere autorización previa	Detalles
Transporte (no médico)		✓	Sí.	Límite: 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. La HCA 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 la HCA, en BCBSNM no debemos pagar más que lo establecido por la HCA.

Descripciones de servicios médicos comunitarios

Atención de salud diurna para adultos:

programas diurnos en la comunidad, con los cuales los asegurados pueden 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.

Apoyos comunitarios personalizados: programas diurnos en la comunidad, con los cuales los asegurados pueden realizar actividades artísticas, ejercicio o visitas.

Servicio de respuesta ante emergencias: un dispositivo electrónico que ayudará a los asegurados a recibir asistencia en caso de emergencia.

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

Servicios de auxiliares de salud a domicilio: un prestador de servicios médicos capacitado ayuda a los asegurados con sus actividades cotidianas, que incluyen bañarse, vestirse, cocinar y hacer las compras.

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

Servicios de atención personal (dirigidos y delegados por el consumidor):

ayudan a los asegurados con sus actividades cotidianas, que incluyen bañarse, vestirse, cocinar y hacer las compras. Los asegurados pueden 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 proporcionados por enfermeros titulados o auxiliares de enfermería con licencia.
- **Atención personal autodirigida (ama de casa):** ayudan a los asegurados 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 ABCB a los SDCB por primera vez. Los artículos para el inicio ayudan a los asegurados a autodirigir sus servicios. Dichos artículos incluyen, entre otros, una computadora, una máquina de fax y una impresora.

Sección 4C: Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo

Beneficio comunitario basado en la agencia

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

Servicios correspondientes al beneficio comunitario basado en la agencia que 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, en inglés). Para obtener más información sobre qué servicios no están incluidos, comuníquese con su coordinador de servicios médicos.

Beneficio comunitario autodirigido

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 empleador registrado, 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 SDCB. 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 está interesado en el servicio SDCB, llame a Atención al Asegurado al **1-877-232-5518** para hablar con un coordinador de servicios médicos.

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.

Sección 4C: Servicios médicos comunitarios y de atención a largo plazo

Servicios médicos comunitarios autodirigidos que no están incluidos en la cobertura

En Turquoise Care, no se brinda cobertura para los siguientes SDCB:

- Servicios incluidos en la cobertura estatal de Medicaid (incluidos la detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos), servicios escolares de Medicaid, 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. Los muebles especializados podrían estar incluidos con una orden 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 un vehículo programados de manera regular; o adquisición o remplazo de neumáticos, excepto para un vehículo o camioneta que sean adaptaciones relacionadas directamente con la enfermedad o discapacidad que hacen que el asegurado sea elegible para recibir el beneficio comunitario autodirigido. La solicitud debe incluir documentación que indique que el vehículo adaptado es el medio de transporte principal del asegurado participante del beneficio comunitario autodirigido.
- 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, 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.

Sección 4D: Cómo funciona la cobertura para medicamentos con receta

En Turquoise 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* es una lista de medicamentos incluidos. La HCA aprueba la *Lista de medicamentos* para todas las coberturas de atención administrada de Medicaid y se actualiza trimestralmente. Si usted la solicita, BCBSNM le enviará una copia de la *Lista de medicamentos*. Puede acceder a la *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web espanol.bcbsnm.com/turquoise-care.

Por lo general, en Turquoise 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 24 horas. Usted podría usar el proceso de apelación. Consulte la **Sección 7: Inconformidades (quejas)** 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, recomendamos 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.

Sección 4D: Cómo funciona la cobertura para medicamentos con receta

Medicamentos y otros artículos incluidos en la cobertura

En Turquoise Care, se brinda cobertura para 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 Turquoise 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 gripe).
- 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 cuatro 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**. Seleccione la opción 3 y, luego, la 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/turquoise-care.

Debe presentarle su tarjeta de asegurado al farmacéutico en el momento de comprar sus medicamentos para recibir este beneficio. Si usted tiene Medicare y Turquoise Care, la Parte D de Medicare cubrirá sus medicamentos. 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 Turquoise Care para recibir todos los servicios incluidos en la cobertura conforme a este programa.

Si no lleva consigo su tarjeta de asegurado de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico 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

Sección 4D: Cómo funciona la cobertura para medicamentos con receta

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 Turquoise Care.

Límites de suministro de la cobertura de medicamentos

Para la mayoría de los medicamentos, puede obtener un suministro de hasta 31 días de un medicamento con receta u otro artículo incluido en la cobertura. 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 de medicamentos 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 utilizar 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

En Turquoise Care, no se brinda cobertura para 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 homeópatas 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.
- Reemplazo 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 nasointestinal 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.

Sección 4D: Cómo funciona la cobertura para medicamentos con receta

- 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 dietéticos, alimentos médicos especiales ni 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 cuatro 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 en Turquoise Care se brinde cobertura para solo una de las marcas disponibles de un medicamento. Si usted no acepta la marca incluida en la cobertura de Turquoise 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 (quejas)**. Solo puede estar restringido a una farmacia.

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

Sección 4E: Beneficios y servicios para la vista

Cobertura para la vista

En Turquoise Care, se 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 Turquoise 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.
Reemplazo de lentes por pérdida, rotura o deterioro	En cualquier momento.	Menores de 21 años.
Lentes correctivos	Un juego cada 12 meses.	Menores de 21 años.
Un examen rutinario de la vista*	Cada 36 meses.	A partir de los 21 años.
Armazones*	Cada 36 meses.	A partir de los 21 años.
Reemplazo 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 juego cada 36 meses.	A partir de los 21 años.

*Nota: los asegurados con cobertura de servicios alternativos (ABP, en inglés) tienen cobertura para un examen rutinario de la vista como se indica más arriba, pero no tienen cobertura para la refracción ni para los anteojos (excepto en caso de afaquia después de la extracción del cristalino).

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.

Sección 4E: Beneficios y servicios para la vista

Servicios para el cuidado de la vista que no están incluidos en la cobertura

En Turquoise 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

Los asegurados con cobertura de servicios alternativos (ABP, en inglés) tienen servicios de rutina para la vista.

Se cubrirá un examen de la vista cada 36 meses para los asegurados de 21 años o más que cumplan los requisitos de elegibilidad para la ABP. Los asegurados elegibles con ABP de menos de 21 años tienen cobertura para un examen de la vista cada 12 meses. Las refracciones o los lentes no están incluidos en la cobertura de servicios alternativos, excepto para afaquia después de la extracción del cristalino.

Sección 4F: Servicios para el cuidado dental

En Turquoise Care, se brinda cobertura 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 Turquoise 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 **página 59** están incluidos en la cobertura de Turquoise Care.

Qué servicios dentales no están incluidos en la cobertura

En Turquoise Care, no se brinda cobertura para 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/medicaid.

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, llámelo para programar una cita y averiguar si Turquoise 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 no 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.

Sección 4F: Servicios para el cuidado dental

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 (PA, en inglés), consulte la **página 22** en este manual.

Servicio incluido en la cobertura	Límite de tiempo	Edad	PA
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; 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 seis 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 seis 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 cinco 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.

Aviso: los asegurados de centros de salud acreditados por el Gobierno federal no requieren autorización previa para ninguno de los servicios dentales.

Sección 4G: Servicios de transporte

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.

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

Servicio incluido en la cobertura	Se requiere autorización previa	Aviso previo a ModivCare
Traslado a una cita de rutina	No.	Entre tres días hábiles y dos semanas.
Traslado a una cita de salud mental	No.	Entre tres días hábiles y dos semanas.
Transporte público	No.	Cuatro días hábiles.
Reintegro de millas	Sí.	Llame con al menos 14 días calendario de anticipación hasta el día de la consulta.
Comidas	Sí.	Tres días hábiles.
Alojamiento	Sí.	Tres 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 siete 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 días después de la liberación.

Qué servicios de transporte no están incluidos en la cobertura

En Turquoise Care, no se brinda cobertura para los siguientes servicios de transporte:

- transporte a una farmacia para adquirir medicamentos con receta o a una tienda de suministros médicos para obtener suministros médicos o equipo médico duradero;
- 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 (194 km) 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 doce meses;
- transporte para asistir a una consulta con un prestador de servicios médicos que no participa en la red, sin autorización especial de ModivCare;

Sección 4G: Servicios de transporte

Cómo programar el transporte para la atención médica de rutina

Hay dos formas de programar el transporte:

1. Use la aplicación de ModivCare. Busque "ModivCare" en las tiendas virtuales de Google Play® o Apple App Store® para descargarla. Use su dirección de correo electrónico para crear la cuenta. Ahora, puede conseguir un traslado con tan solo un par de clics. Al descargar la aplicación ModivCare, tendrá acceso a la posibilidad de reservar, cambiar o cancelar traslados; la posibilidad de dar seguimiento a los traslados en directo, la ubicación en tiempo real del conductor y el plazo estimado de llegada; la posibilidad de enviar mensajes de texto o llamar al conductor para asegurarse de que cumplan con los traslados; y la posibilidad de ponerse en contacto con el servicio de ayuda dentro de la aplicación para hablar con un agente en directo. Para cuestiones técnicas relacionadas con la aplicación ModivCare, llame al número de Atención al Asegurado al **1-800-597-2049**. Seleccione la opción 5 (soporte técnico).
2. 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 Turquoise Care y proporcione su número de asegurado. Indique la fecha, la hora y el lugar de la cita. Contacte 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. Esto no se aplica a la 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. Para 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 esté 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.

Llame para cancelar el traslado por lo menos dos horas antes del horario en que lo iban a pasar a buscar si se cancela su cita.

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 largas distancias para obtener atención médica o de salud mental. Si necesita realizar un viaje (de un trayecto) de más de 120 millas (194 km) de su hogar, 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. 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 antelación 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 Turquoise 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 con la autorización en ModivCare 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, llame a ModivCare para programar el alojamiento. ModivCare se encarga de coordinar todos los gastos de alojamiento. No programe su alojamiento antes de que hayan autorizado los gastos con anticipación en ModivCare.

Si necesita que le paguen un alojamiento o comidas que fueron autorizados en ModivCare, debe completar el formulario de transporte e informe de gastos, que está disponible en el sitio web de BCBSNM, en espanol.bcbsnm.com/turquoise-care (en la pestaña “Para asegurados”, haga clic en “Formularios”) o llame a Atención al Asegurado.

Cuando llame a ModivCare para obtener la aprobación, 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 60 días posteriores a su viaje. Envíelos por correo a la dirección que aparece en el formulario.

Pago por reembolso 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. Esto debe tener la autorización previa de ModivCare. Es obligatorio que llame antes a la línea de reservas de ModivCare al **1-866-913-4342** o que contacte a ModivCare mediante la aplicación 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 ponerse en contacto con ModivCare 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. Debe tener este número para que le paguen por su 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 preaprobado y el profesional médico firmó el formulario, recibirá un reintegro de millas según la tarifa 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.

Envíe el formulario cumplimentado y firmado a través de la aplicación móvil o a la dirección que figura en el formulario en un plazo de 60 días a partir de la cita.

Sección 4G: Servicios de transporte

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

ModivCare - Travel Department
798 Park Avenue NW, 4th Floor
Norton, VA 24273

Dirección para el reembolso de millas

ModivCare Solutions Mileage Reimbursement
798 Park Avenue NW, 4th Floor
Norton, VA 24273

Servicios de transporte para traslados a consultorios de profesionales médicos 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, llame antes 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 una autorización previa 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

En Turquoise Care, se brinda cobertura para una persona que lo acompañe a sus citas (más los gastos de comidas y alojamiento de esa persona) 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 tener al menos 18 años.

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

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

Sección 4H: Servicios con valor agregado

Además de brindar cobertura para los servicios requeridos por las leyes estatales, su cobertura médica de Turquoise Care ofrece servicios adicionales para ayudarlos a usted y a su familia a mantenerse saludables. Se denominan “servicios con valor agregado”.

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.

Servicio 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)	¿Se requiere autorización previa para el servicio con valor agregado?
Servicios de salud física					
Entrega de comidas a domicilio	Los asegurados que pasen de un centro de hospitalización a la comunidad, que reciban beneficios comunitarios y que no puedan preparar sus comidas o hacer sus compras, y las mujeres embarazadas con diabetes gestacional	✓	✓	✓	Sí
Indígenas estadounidenses que reciben servicios de curación y bienestar tradicional (subvención de prácticas curativas tradicionales usadas para tratar problemas médicos)	Asegurados indígenas estadounidenses	✓	✓	✓	No
Programa de monitorización a distancia	Asegurados con problemas médicos crónicos como diabetes o presión arterial alta	✓	✓	✓	Los asegurados deben participar en el programa de paramédicos; se requiere evaluación de necesidad

* Debe participar en el programa de Coordinación de Servicios médicos de BCBSNM para realizar canjes. Tenga en cuenta que la financiación es limitada.

Sección 4H: Servicios con valor agregado

Servicio 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)	¿Se requiere autorización previa para el servicio con valor agregado?
Servicios de salud física (continuación)					
Cama para atención médica de relevo (cama provisional basada en la necesidad médica y la disponibilidad)	Algunos asegurados que reciben el alta de una sala de emergencias u hospital	✓	✓	✓	Sí
Asistencia con los determinantes sociales de la salud* (pagos de bienes tangibles como ropa para entrevistas, pases de autobús para el trabajo y más)	Asegurados de Medicaid y en la categoría de expansión de la población para Medicaid	✓	✓	✓	Sí
Programa de viviendas de salud*	Los asegurados sin hogar del condado de Bernalillo con trastornos de salud mental y abuso de sustancias	✓	✓	✓	Sí
Sillas para ducha	Personas de la tercera edad o asegurados con discapacidad que necesiten una silla para ducha conveniente	✓	✓	✓	No
Actividades extraescolares o para jóvenes	Asegurados menores de 18 años	✓			Sí
Círculo de amigos y familiares	Padres/cuidadores que cuidan a miembros de la familia con necesidades complejas	✓	✓	✓	Sí
Apoyo virtual a la modificación del estilo de vida para el acondicionamiento físico y la nutrición	Asegurados con diagnósticos específicos como prediabetes, diabetes, hipertensión, obesidad o enfermedad renal	✓	✓	✓	Sí

*Debe participar en el programa de Coordinación de Servicios médicos de BCBSNM para realizar canjes.
Tenga en cuenta que la financiación es limitada.

Sección 4H: Servicios con valor agregado

Servicio 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)	¿Se requiere autorización previa para el servicio con valor agregado?
Servicios de maternidad					
Asiento infantil para el vehículo*	Aseguradas embarazadas	✓	✓	✓	Sí
Cuna portátil*	Aseguradas embarazadas	✓	✓	✓	Sí
Pañales	Aseguradas embarazadas y madres recientes	✓	✓	✓	Sí
Servicios de salud mental					
Kit de recursos (justicia/sin hogar)	Asegurados implicados en la justicia y asegurados sin hogar	✓	✓	✓	No
terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés) como tratamiento para problemas psiquiátricos	Asegurados que cumplen los criterios de necesidad médica estándares para ECT	✓	No es un servicio con valor agregado; se aplican los beneficios estándares de la ABP	No es un servicio con valor agregado; se aplican los beneficios estándares	No
Hogar de vida de transición para personas químicamente dependientes o con discapacidades psiquiátricas (adultos y jóvenes a partir de los 18 años)	Asegurados en centros para el abuso de sustancias para pacientes externos o bajo tratamiento de problemas psiquiátricos	✓	✓	✓	Sí

* Debe participar en el programa de Coordinación de Servicios médicos de BCBSNM para realizar canjes. Tenga en cuenta que la financiación es limitada.

Sección 4H: Servicios con valor agregado

Servicio 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)	¿Se requiere autorización previa para el servicio con valor agregado?
Servicios de salud mental (continuación)					
Centros sociales o para el bienestar y centros de apoyo familiar	Asegurados de Medicaid	✓	✓	✓	No
Asistencia con los determinantes sociales de la salud* (pagos de bienes tangibles como ropa para entrevistas, pases de autobús para el trabajo y más)	Asegurados de Medicaid y en la categoría de expansión de la población para Medicaid	✓	✓	✓	Sí
Programa de viviendas de salud*	Los asegurados sin hogar del condado de Bernalillo con trastornos de salud mental y abuso de sustancias	✓	✓	✓	Sí
Learn to Live	Asegurados de Medicaid y en la categoría de expansión para Medicaid de 13 años o más	✓	✓	✓	No
Círculo de amigos y familiares	Padres/cuidadores que cuidan a miembros de la familia con necesidades complejas	✓	✓	✓	Sí

*Debe participar en el programa de Coordinación de Servicios médicos de BCBSNM para realizar canjes.
Tenga en cuenta que la financiación es limitada.

Sección 4I: Recompensas Member Rewards

Sección 4I: Recompensas Member Rewards

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

Para usar sus créditos, debe estar asegurado en turquoiserewards.com o llamar a Turquoise 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 Turquoise Rewards al **1-877-806-8964**.

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

Las actividades en favor de la salud y las recompensas se denominan "créditos". La lista completa de actividades en favor de la salud y los beneficios de recompensa vigentes están disponibles en el sitio web turquoiserewards.com.

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 Turquoise Care. El programa Turquoise Rewards está sujeto a cambios sin previo aviso.

Sección 5: Cobertura de servicios alternativos

La cobertura de servicios alternativos es parte del programa New Mexico Medicaid Turquoise Care. 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, 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.

Paquete de beneficios con cobertura alternativos

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, consulte los servicios incluidos en las secciones 4A a 4G o llamar a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523**.

Paquete de beneficios con cobertura alternativos para exentos

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.

Sección 5: Cobertura de servicios alternativos

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 con 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** en este manual para obtener más información.

Servicios con valor agregado

Servicios alternativos con valor agregado

Consulte la tabla de la **Sección 4H: Servicios con valor agregado** para obtener una lista de los servicios con valor agregado de ABP.

Tarjetas de asegurado

Tarjetas de asegurado con cobertura de servicios alternativos (ABP)

Sabrás 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 Turquoise Care. Observe este ejemplo:

BlueCross BlueShield of New Mexico		TURQUOISECARE	
Subscriber Name: NAME ABC J SAMPLE Identification No: YIF XXXXXXXXXX	PCP: Unassigned		
Group Number: N72100	Office Visit	\$0.00	
Date of Birth: October 01, 1994	Emergency Room*	\$0.00	
Enrollment Effective Date: June 01, 2024	Urgent Care	\$0.00	
Medicaid ID: 2507288374	Hospital	\$0.00	
Alternative Benefit Plan RxBin: 011552 RxPCN: SALUD	*You may be billed \$0.00 for non emergency use of the ER.		

Tarjetas de asegurado con cobertura sin servicios alternativos (ABP)

Cuando se convierta en asegurado con cobertura sin ABP, también recibirá una nueva tarjeta de asegurado. En el frente de su tarjeta de asegurado dirá "cobertura estatal". Observe este ejemplo:

BlueCross BlueShield of New Mexico		TURQUOISECARE	
Subscriber Name: ABC J SAMPLE Identification No: YIF 123456789	PCP: SAMPLE 5753829292		
Group Number: N72100	Office Visit	\$0.00	
Date of Birth: November 24, 1973	Emergency Room*	\$0.00	
Enrollment Effective Date: June 01, 2021	Urgent Care	\$0.00	
Medicaid ID: 2000640038	Hospital	\$0.00	
Slate Plan RxBin: 011552 RxPCN: SALUD	*You may be billed \$0.00 for non emergency use of the ER.		

Red de prestadores de servicios médicos

Con los dos opciones, con y sin cobertura de servicios alternativos (ABP, en inglés), 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: Profesionales médicos** de este manual.

Sección 6: Coordinación de Servicios médicos

Tenemos en cuenta sus necesidades

A fin de brindarle ayuda adicional para que obtenga la atención adecuada cuando y donde la necesite, contamos con varios programas que pueden ayudarlo. Nuestro objetivo es desarrollar una cobertura de atención médica basada en sus necesidades y preferencias. El primer paso es completar 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.

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 segunda evaluación integral de necesidades (CNA, en inglés).

Niveles de Coordinación de Servicios médicos

Nivel 1: un coordinador de servicios médicos que trabajará directamente con usted. El coordinador de servicios médicos también llevará a cabo una CNA. Con esa información, podremos vincularlo con prestadores de servicios médicos que lo ayudarán con las necesidades que identificamos. La evaluación se realizará en persona y en su hogar. Su coordinador de servicios médicos se comunicará con usted a menudo para controlar su cobertura de atención médica y brindarle información sobre inquietudes que pueda tener.

Nivel 2: un coordinador de servicios médicos que sabe mucho sobre necesidades de salud especiales trabaja directamente con usted. Su coordinador de servicios médicos se comunicará con usted para llevar a cabo una CNA en su hogar en persona. Con ella, nos asegurarnos de que esté recibiendo toda la atención médica que necesita de los prestadores de servicios médicos adecuados. Su coordinador de servicios médicos se comunicará con usted a menudo para monitorear su cobertura médica. Puede hablar con el coordinador de servicios médicos sobre cualquier información necesaria 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". Avise a su coordinador de servicios médicos si cambia de número de teléfono o de dirección para que tenga la asistencia que necesita. Si no tiene un coordinador de servicios médicos y necesita ayuda, llame a Coordinación de Servicios médicos, al **1-877-232-5518**, y seleccione la opción 3.

Sección 6: Coordinación de Servicios médicos

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. La Coordinación de Servicios médicos tiene en cuenta sus antecedentes culturales y puede ayudarlo a identificar mejor sus necesidades de atención médica. También le brinda ayuda para contratar la atención médica, del comportamiento y a largo plazo adecuados. También coordina los servicios entre los médicos de nuestra red de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico y los médicos que no participan en la red.

La Coordinación de Servicios médicos también 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 colaborar con usted y su prestador de servicios médicos. 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 citas, transporte que no sea de emergencia y demás necesidades.
- Obtener servicios comunitarios no incluidos en Turquoise Care.
- Garantizar que se proporcione la coordinación de servicios médicos cuando sea necesario.

Llame a su coordinador de servicios médicos al **1-877-232-5518** para dialogar sobre sus necesidades de atención médica, de salud mental y a largo plazo. Para el servicio de TTY, llame al **711**.

La Autoridad de atención médica del estado de Nuevo México (HCA, en inglés) recomienda que las Organizaciones de Atención Médica Administrada (MCO, en inglés) se asocien con prestadores de servicios médicos de la comunidad para ofrecer Coordinación de Servicios médicos. Los prestadores de servicios médicos son designados "entidades de delegación de Coordinación de Servicios médicos" (DCCE, en inglés). Si está embarazada, la Coordinación de Servicios médicos se la ofrecerá un profesional médico especializado en maternidad.

El coordinador de servicios médicos ofrece información al asegurado o a su representante para asegurarse de que recibe la atención médica adecuada. Este servicio puede mejorar la calidad de la atención, aumentar la satisfacción del paciente y promover el cuidado personal. Es especialmente útil para los asegurados con múltiples problemas médicos crónicos, como la

Sección 6: Coordinación de Servicios médicos

diabetes, el asma, las enfermedades cardíacas y el cáncer, ya que pueden correr un mayor riesgo de sufrir problemas de salud.

Entre los beneficios para los pacientes a los que se ofrece la Coordinación de Servicios médicos se incluyen:

- brindar ayuda para encontrar profesionales médicos y recursos comunitarios según sea necesario;
- brindar ayuda para que los pacientes entiendan sus problemas médicos;
- establecer la atención con los profesionales médicos y, si corresponde, acudir a las consultas de estos con el paciente;
- brindar ayuda con la coordinación del transporte;
- confirmar la prestación de servicios de atención necesarios, como equipo médico duradero o terapias a domicilio;
- fomentar resultados positivos para la salud mediante intervenciones múltiples, apoyo continuo y programas educativos de bienestar;
- identificar y abordar carencias en los servicios.

Llame a su coordinador de servicios médicos al **1-877-232-5518** para dialogar sobre sus necesidades de atención médica, de salud mental y a largo plazo. Para el servicio de TTY, llame al **711**.

Cómo obtener ayuda con las necesidades especiales de atención médica

Algunos asegurados podrían tener problemas de salud crónicos y necesitar más servicios de atención médica que la mayoría de los asegurados. También podrían tener 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 para necesidades especiales. Además, ofrecemos información a los asegurados con necesidades especiales de atención médica y a sus cuidadores, lo que incluye cómo afrontar el estrés o una enfermedad crónica.

Servicios sociales comunitarios

El programa de servicios sociales comunitarios lo pone en contacto con recursos locales que satisfacen sus necesidades sociales y mejoran su salud y bienestar general. Con este programa, podremos ayudarlo con problemas de transporte en casos que no sean de emergencia, mala alimentación, lugar de residencia y la manera en que entiende su salud.

Todos los miembros del personal de este programa les 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 promotores de la salud (CHW, en inglés), estas agencias basadas en la comunidad podrían realizar consultas a domicilio o chequeos de bienestar, coordinar el transporte a citas médicas, ofrecer educación de salud y realizar 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 para Niños Pequeños o para Mujeres, Bebés y Niños, cupones de alimentos, el Programa Asistencia Temporal para Familias con Niños Pequeños o un programa que cubra los costos de electricidad.

Sección 6: Coordinación de Servicios médicos

- 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 conozcan más sobre usted. Estos consultorios se llaman “hogares” porque se encargan de coordinar la atención médica entre los médicos, los farmacéuticos y los terapeutas.

Llame a los Servicios Sociales Comunitarios 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.

Nuestro objetivo 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;
- ofrecer 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 obligaciones 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, llame al especialista en alojamientos con servicios de apoyo al **1-877-232-5518** (TTY: **711**).

Programa para dejar de consumir tabaco

Turquoise Care se asoció con el Departamento de Salud de Nuevo México para mejorar su programa para dejar de fumar. Este programa puede brindarle ayuda a usted o a los miembros de la familia para dejar de fumar, vapear o usar otros productos del tabaco. El programa ofrece lo siguiente:

- servicios y apoyo gratuitos por teléfono y por Internet;
- un plan personalizado para dejar de fumar que incluye sesiones ilimitadas con un asesor capacitado;
- parches, goma de mascar y pastillas de nicotina sin costo;
- apoyo mediante mensajes de texto con recordatorios motivadores y educativos;
- ayuda especializada para adolescentes y sus familias.

Solicitud de cobertura médica

Puede inscribirse por teléfono o a través de la web:

- Llame al **1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)**.
- Visite a quitnow.net/newmexico.
- Escanee el código QR.



Asistencia adicional

Para hablar con un coordinador de servicios médicos o para que le brinden ayuda a fin de encontrar un prestador de servicios médicos que pueda ayudarlo a alcanzar sus objetivos para dejar de fumar, llame al **1-877-232-5518**. Seleccione la opción 3 y, luego, la opción 2 (TTY: **711**).

Sección 7: Inconformidades (quejas)

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.

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 y a hacérsela llegar al coordinador de apelaciones e inconformidades de Turquoise Care.

Dirección y número de teléfono para presentar una inconformidad

Para presentar una inconformidad, póngase en contacto con el equipo de inconformidades de Turquoise Care escribiendo una carta a la dirección indicada a continuación. También puede llamar a Atención al Asegurado, escribirnos, enviarnos un correo electrónico o enviar un fax al número que aparece a continuación.

Turquoise Care Grievances
PO Box 660717
Dallas, TX 75266

Teléfono (sin costo): **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. No atendemos los sábados ni 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 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 a 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 dos días calendario de la decisión de extender el plazo. Usted también puede pedir una extensión de 14 días si lo necesita para explicar su inconformidad. Este tiempo adicional se denomina “extensión”.

Sección 7: Inconformidades (quejas)

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. Llame a Atención al Asegurado para contratar una copia. No se tomarán represalias contra usted ni contra su profesional médico por presentar una inconformidad.

Sección 8: Apelaciones

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 relacionadas con beneficios y servicios incluidos. Deberá presentar una apelación para impugnar este tipo de decisiones. Puede presentar una inconformidad y una apelación al mismo tiempo.

Apelaciones

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 imparciales de la HCA 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 determinación adversa de cobertura. Puede presentar una apelación verbalmente o por escrito. Llame a Atención al Asegurado para que lo ayuden a enviar su solicitud de apelación. 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 determinación adversa de cobertura, podría perder su derecho a apelar.

Sección 8: Apelaciones

Cómo presentar una apelación

Puede presentar una apelación de estas maneras:

- llamando a Atención al Asegurado;
- enviando una apelación por escrito por correo postal, correo electrónico o fax a la dirección, dirección de correo electrónico o número de fax que aparece en **página 80**.

Los formularios de apelación están disponibles en espanol.bcbsnm.com/turquoise-care, en "Para asegurados", en la página "Formularios".

Tipos de colaboradores en apelaciones

Existen diferentes tipos de colaboradores que pueden ayudarlo con la 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 de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés)	Sí	Sí	No	No	No

* Únicamente en el contexto de apelaciones de Medicaid, no es aplicable para entornos clínicos (p. ej., 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 apoderado 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 en ese momento, aunque usted 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 "Recursos", en la página "Formularios", que se incluye en espanol.bcbsnm.com/turquoise-care.

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 pedirnoslo de inmediato, porque en BCBSNM tenemos un plazo limitado para concluir la apelación. Es importante que presente esta información adicional lo antes posible. Tenemos 30 días calendario desde la fecha de su apelación para finalizar nuestra revisión. Llame a Atención al Asegurado al **1-866-689-1523** con esta información. También puede enviar la información a la dirección o al número de fax incluidos. 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

Turquoise Care Grievances
PO Box 660717
Dallas, TX 75266

Teléfono (sin costo): **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. No atendemos los sábados ni 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 creen que una apelación estándar de 30 días calendario podría poner en riesgo su salud, puede pedirnos que "aceleremos" su apelación.

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 a su apelación y consideramos que es por su propio bien que demoremos más, le solicitaremos al estado que apruebe una prórroga 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.

Sección 8: Apelaciones

Cómo mantener sus servicios durante una apelación y una audiencia imparcial de la HCA

Usted, su profesional médico autorizado o su representante autorizado pueden tener derecho a solicitar que BCBSNM continúe cubriendo (pagando) los servicios en cuestión mientras su apelación está en proceso. Usted, el profesional médico autorizado o su representante autorizado podrían tener derecho a solicitar que, con la cobertura de BCBSNM, se sigan pagando los servicios por los que reclama mientras la audiencia imparcial de la HCA 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 beneficios y servicios médicos llamando a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523** (TTY: **711**). También puede enviar solicitudes escritas a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o al número de fax enumerados a continuación.

Dirección y número de teléfono para presentar apelaciones: Turquoise Care Appeals
PO Box 660717
Dallas, TX 75266

Teléfono (sin costo): **1-866-689-1523**

Fax: **1-888-240-3004**

Correo electrónico: GPDAG@bcbsnm.com

Para solicitar una apelación a una farmacia, usted puede hacer lo siguiente:

Llamar sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSNM al **1-866-689-1523** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

Envíe una apelación por escrito a la siguiente dirección:

Turquoise Care
Attn: Prime Therapeutics Appeals Department
2900 Ames Crossing Road
Eagan, MN 55121

También, puede enviar por fax una apelación por escrito al 855-212-8110.

Puede pedirle a su médico que la envíe en línea a www.myprime.com/es.html o CoverMyMeds.com (en inglés).

Recuerde incluir 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. No atendemos los sábados ni 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.

Tiene derecho a la continuación de los beneficios y 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 imparcial de la HCA 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 de la Autoridad de Atención Médica 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 momento podrá presentar una solicitud de audiencia imparcial de la HCA. No obstante, será demasiado tarde para pedir la continuación de beneficios si espera hasta el proceso de la audiencia imparcial de la HCA para realizar dicho pedido.
- El resultado de la apelación o de la audiencia imparcial de la HCA podría coincidir con la decisión original de BCBSNM que planteaba dar por finalizado, modificar, suspender, reducir 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 beneficios y 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 imparcial de la HCA es favorable para usted, BCBSNM continuará pagando los servicios durante el plazo autorizado.

Apelaciones aceleradas

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 Turquoise 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

Sección 8: Apelaciones

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 del 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 beneficios y servicios médicos sin costo. Le informaremos la decisión sobre la apelación acelerada en el plazo de 72 horas.

Ni en BCBSNM ni en la HCA 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 previstos en el 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 días calendario. Si rechazamos su solicitud acelerada, puede solicitar una audiencia imparcial a la HCA.

Audiencia imparcial a la HCA

Tiene derecho a solicitar una audiencia en la Oficina de Audiencias Imparciales de la HCA 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 imparcial a la HCA si rechazamos su solicitud de una apelación acelerada. Usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial de la HCA en la Oficina de Audiencias Imparciales dentro de un plazo de no menos de 90 días calendario a partir de la decisión final que tomamos en BCBSNM sobre la apelación. Tiene derecho a que alguien lo represente en la audiencia. Las partes que pueden asistir a la audiencia imparcial de la HCA incluyen a los representantes de BCBSNM y a usted o su representante, su abogado o el fideicomisario de un asegurado fallecido. Recibirá un paquete de *Resumen de evidencia* (SOE, en inglés) para la audiencia imparcial de la HCA. 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 beneficios y el resultado de la audiencia imparcial de la HCA no es favorable para usted, deberá pagar los servicios que haya recibido.

Si quiere una audiencia de este tipo, llame o escriba a los siguientes números o dirección:

New Mexico Health Care Authority
HCA Fair Hearings Bureau
PO Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348

Teléfono: **1-800-432-6217** (elija la opción 6);
o **(505) 476-6213**, TTY: **711**

Fax: **(505) 476-6215**

Correo electrónico:

HCA-FairHearings@state.nm.us

Sección 9: Anulación de la inscripción

Período de elección anual

Durante los primeros tres meses como asegurado con cobertura de Turquoise 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 Turquoise Care. Es importante que notifique a su unidad ISD local lo antes posible si se muda fuera del estado.

Solicitudes de anulación de participación 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 a la HCA. Si no recibe la aprobación de la HCA, puede solicitar una audiencia imparcial a la HCA. Consulte **Sección 7: Inconformidades (quejas)** para obtener información detallada sobre cómo solicitar una audiencia imparcial de la HCA. Estos son ejemplos de situaciones en las que puede hacer una solicitud especial:

- En Turquoise Care, no se brinda cobertura para un servicio por motivos éticos o religiosos.
- La HCA ha aplicado multas a Turquoise 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 muda fuera del estado.
- La calidad de la atención es mala.

Motivos de la HCA para anular la inscripción de los asegurados

La HCA 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 cualquier momento durante el proceso de audiencia imparcial, la HCA determina que sería beneficioso para el asegurado o para la HCA que se anulara su participación.

Motivos de BCBSNM para anular la participación de los asegurados

En BCBSNM, también podemos solicitar a la HCA 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 Turquoise 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.

Sección 9: Anulación de la inscripción

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 Turquoise 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 Turquoise Care mientras está hospitalizado o en un centro de enfermería, en BCBSNM debemos 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 BCBSNM al **1-888-997-2583** o inicie sesión en el portal YESNM, 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 Turquoise 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 Mejoramiento de la Salud de la División de Asistencia Médica de la HCA.
- Se muda fuera de Nuevo México.
- Necesita un referido para los recursos comunitarios a través de Turquoise Care.
- Tiene preguntas sobre su elegibilidad para Turquoise Care.

Sección 10: Información general

Cambios en el manual o los beneficios

La División de Mejoramiento de la Salud de la División de Asistencia Médica de la HCA se reserva el derecho de agregar o eliminar servicios médicos del programa Turquoise 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 obtener acceso 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. Es posible que tenga más de un portal del paciente para todos los lugares en los que recibe atención, como su médico de atención médica primaria, un hospital, sus especialistas, su farmacia, laboratorios o su proveedor de seguros.

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 de la HCA, 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 al Centro de Recursos para Ancianos y Discapacitados de Nuevo México al **1-800-432-2080**.

Sección 10: Información general

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 Turquoise 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 mismo 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. El abuso incluye 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 Turquoise 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 Turquoise Care en un lugar seguro; no deje que nadie más la use.
- Denuncie cualquier sospecha de fraude o abuso a BCBSNM.

Cómo denunciar el fraude y el 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 el fraude y el abuso de la siguiente manera:

- Presente un informe de fraude y abuso ante el Departamento de Investigación Especial (SID, en inglés). Llame a la línea directa sin costo para denunciar fraude y abuso del SID, **1-800-543-0867**, que 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.
- Viste nuestro sitio web en espanol.bcbsnm.com/turquoise-care para saber cómo prevenir y denunciar el fraude. En "Para asegurados", vaya a "Prevenir el fraude".

- Comuníquese con la Oficina del Procurador General de Nuevo México, que cuenta con una unidad especializada llamada "División de Fraude y Abuso de Personas Mayores de Medicaid" (MFEAD, en inglés). 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 un fraude al MFEAD completando un formulario de queja en 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.mfcu@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 usa 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, como los siguientes:

Sección 10: Información general

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

Las políticas médicas se publican en el sitio web de BCBSNM espanol.bcbsnm.com/turquoise-care en la pestaña "Para asegurados". Las políticas médicas específicas pueden solicitarse por escrito a Atención al Asegurado. Estas políticas no remplazan la atención médica profesional.

Privacidad de su información

Como asegurado de Turquoise Care, la HCA es responsable de proporcionarle un aviso, en el que se 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 Turquoise Care. La PHI puede transmitirse verbalmente, por escrito o de forma electrónica.

BCBSNM gestiona un contrato con la HCA para ofrecer su cobertura médica a los asegurados de Turquoise Care. 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 información médica protegida

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.

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 información médica protegida

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 la HCA.

Compañías independientes

Prime Therapeutics es una compañía aparte que administra beneficios farmacéuticos para la cobertura médica Turquoise Care. Davis Vision, DentaQuest, Galileo y ModivCare son compañías independientes que proporcionan determinados servicios administrativos para la cobertura médica Blue Cross and Blue Shield of New Mexico 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.

Aviso de no discriminación

Tener cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al **1-866-689-1523**.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Coordinador de la Oficina de Derechos Civiles
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: **1-855-664-7270** (correo de voz)
TTY/TDD: **1-855-661-6965**
Fax: **1-855-661-6960**
Correo electrónico: civilrightscordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, el Coordinador de Derechos Civiles está a sus órdenes.

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**
TTY/TDD: **1-800-537-7697**

Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> (en inglés)

Formularios de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html> (en inglés)

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbsnm.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice.

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1-866-689-1523** (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-689-1523 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-689-1523 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-866-689-1523 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-689-1523 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-689-1523 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે બીજી ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક મદદ અને સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-866-689-1523 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-689-1523 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: Se parli italiano, puoi usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica. Sono inoltre disponibili, senza costi, strumenti e servizi ausiliari per ricevere informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-689-1523 (TTY: 711) o rivolgiti a un assistente.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-689-1523 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHÓÓ: Diné Bizaad k'ehjí éí dinit's'á'go, t'áá nizaad k'ehjí níká a'doo wołgo bohónéedzǫ́. Łahgo bee ata' hodoonigo áádóó éí doodago ałtaa át'éego níka a'doowołgo t'áá jiik'e nábee ahoot'í'. 1-866-689-1523 (TTY: 711) jí' hodíílni éí doodago nits'íís náyaa áhályánii bich'í' hadíídzi.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و تماس خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با 1-866-689-1523 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-689-1523 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-689-1523 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-689-1523 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاونامداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-866-689-1523 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-689-1523 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.



BlueCross BlueShield of New Mexico

