



truehealth™

new mexico

Su cobertura del plan de seguro médico de **True Health New Mexico**

Evidencia de cobertura

(Guía del asegurado)

- 2022
- Plan de seguro médico HMO individual de deducible alto
[HDHP]
- En el Intercambio

Esta póliza no incluye los servicios dentales pediátricos que se exigen conforme a la Ley Federal de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección de los Pacientes [*Patient Protection and Affordable Care Act, ACA*]. Dicha cobertura está disponible en el mercado de seguros y se puede comprar como producto independiente. Favor de ponerse en contacto con su agente o compañía de seguros o con el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México [*New Mexico Health Insurance Exchange*] (www.bewellnm.com) si desea comprar la cobertura dental pediátrica o un producto independiente de seguro dental.

DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Centro de Servicio al Cliente

Si está en la zona de Albuquerque, puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de True Health New Mexico al (505) 633-8020. El número de nuestra línea gratuita es 1-844-508-4677.

Servicios de TTY: Llame al 1-844-659-8331 o marque 711. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, hora de la zona de montaña [MST por sus siglas en inglés]. Si usted necesita ayuda después de las horas hábiles regulares, puede llamar al número de nuestro Centro de Servicio al Cliente y dejar un mensaje. Un representante le devolverá la llamada antes de las 5:00 de la tarde del día hábil siguiente.

Envíe las preguntas por escrito a:

True Health New Mexico
P.O. Box 37200
Albuquerque, NM 87176

Ubicación (favor de no enviar los pagos aquí):

2440 Louisiana Blvd. NE, Suite 601
Albuquerque, NM 87110

Servicios de acceso al idioma

TTY: Llame al 1-800-659-8331 o marque 711.

Español: Atención: Si prefiere hablar en español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-508-4677 (TTY: 1-800-659-8331 o 711).

THNM Pharmacy Services [servicios de farmacia]

La lista de medicamentos [formulary] de THNM está a su disposición en nuestro sitio web en: <https://www.truehealthnewmexico.com/member-pharmacy-formulary/>. Si necesita ayuda con la lista de medicamentos, llame al Centro de Servicio al Cliente de CVS Caremark® al 1-866-341-8561.

Autorización previa

Llame gratis al Centro de Servicio al Cliente al 1-844-508-4677. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, hora de la zona de montaña.

Departamento de Administración de Casos Médicos de THNM

El número de la línea gratuita de nuestra División de Administración de Casos Médicos es 1-844-691-9984. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, hora de la zona de montaña.

Para enviar demandas de seguro por servicios médicos

Favor de enviar los formularios de demandas de seguro y las facturas detalladas a:

Claims Department
True Health New Mexico
P.O. Box 211468
Eagan, MN 55121



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



[truehealthnewmexico.com](https://www.truehealthnewmexico.com)

Para enviar por correo las demandas de seguro por medicamentos/reembolso de los asegurados

CVS Caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, AZ 85072-2136

Dirección para pagar la prima de seguro

beWellnm, el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México, se encarga de los pagos de las primas. Favor de llamar al 1-833-862-3935 para conseguir más información.

Para hacer los pagos en línea, inicie sesión en su cuenta en www.bewellnm.com.

THNM Care Connect Line (línea de consejos de enfermería)

Si tiene una enfermedad o lesión que no ponga en peligro su vida o si tiene preguntas sobre los síntomas que está sufriendo, puede llamar gratis a THNM Care Connect Line al 1-844-308-2552. Están a su disposición enfermeros(as) expertos(as) para atenderle las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. **Si tiene una emergencia médica, favor de llamar al 911.**

Sitio web

Además, puede visitar nuestro sitio web, www.truehealthnewmexico.com, si desea conseguir más información sobre sus beneficios y servicios cubiertos.

beWellnm

beWellnm es el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México [*New Mexico Health Insurance Exchange*]. Para llamar al Centro de Llamadas de beWellnm, llame a la línea gratuita al: 1-833-862-3935 (TTY: 711).

Tiene que avisar de los cambios demográficos y de la vida directamente a beWellnm.

Sitio web: www.bewellnm.com

Teléfono: 1-800-318-2596 (TTY: 711).



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

ÍNDICE DE CONTENIDO

DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES.....	1
CÓMO SE UTILIZA ESTE DOCUMENTO	5
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES de los asegurados.....	11
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD	14
INSCRIPCIÓN	16
CANCELACIÓN DE LA AFILIACIÓN AL PLAN.....	17
PAGOS DE LAS PRIMAS DE SEGURO	19
CÓMO FUNCIONA SU PLAN	20
REQUISITOS DE COSTOS COMPARTIDOS PARA LOS ASEGURADOS.....	28
CÓMO CONSEGUIR ATENCIÓN MÉDICA	30
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	35
SERVICIOS CUBIERTOS.....	38
SERVICIOS QUE NO CUBRE SU PLAN (EXCLUSIONES).....	79
OTRA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO	86
PAGO DE LAS DEMANDAS DE SEGURO.....	89
RESUMEN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES AL SEGURO MÉDICO	93
INFORMACIÓN GENERAL.....	102
ESTIPULACIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO.....	103
AVISO DE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD (HIPAA)	110
CÓMO SE PROTEGE SU CONFIDENCIALIDAD (LEY DE GRAMM-LEACH-BLILEY)..	114
GLOSARIO DE LOS TÉRMINOS	117



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Bienvenido a True Health New Mexico

Nos agrada mucho que nos haya elegido para ser su compañía de seguro médico. Aquí en True Health New Mexico (THNM), su salud es nuestra prioridad. Creemos que todos los nuevomexicanos deben tener acceso a servicios de atención médica de alta calidad a precio económico. Es nuestro placer ofrecerles acceso a opciones excelentes de atención médica mediante nuestra red de proveedores de servicios médicos por todo el estado.

Este plan está asegurado y administrado por THNM para el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México, que también se conoce como beWellnm, en www.bewellnm.com. Actualmente, beWellnm ha certificado a este plan como plan de seguro médico calificado [*Qualified Health Plan, QHP*]. Los beneficios que provee este plan se describen tanto en este documento, titulado la Evidencia de Cobertura [*Evidence of Coverage*] como en el Resumen de Beneficios y Cobertura; Lista de Medicamentos [*formulary*]; y la Guía de Proveedores de Servicios Médicos. Cuando usted vea las palabras “usted” y “su” nos referimos a las personas que están cubiertas por uno de nuestros planes de seguro médico. Todas las personas que reciban los beneficios de atención médica conforme a su póliza de seguro médico también se denominan asegurados, inscritos, personas cubiertas/dependientes o suscriptores.

No deje de leer esta Evidencia de Cobertura cuidadosamente y consultar el Resumen de Beneficios y Cobertura de su plan. El Resumen de Beneficios y Cobertura es un documento breve en lenguaje sencillo que expone unos servicios cubiertos específicos que ofrece este plan, las cantidades de sus costos compartidos y las limitaciones y exclusiones de cobertura. Si entiende cómo funciona este plan, le puede ayudar a sacar el máximo provecho de sus servicios cubiertos.

Gracias por elegir a THNM. ¡Nos agrada mucho que sea asegurado de nuestro plan!



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

CÓMO SE UTILIZA ESTE DOCUMENTO

Esta **Evidencia de Cobertura**, cuyas siglas en inglés son **EOC**, es un documento legal. Se ha elaborado para ayudarle a entender sus beneficios de seguro médico y los servicios que están a su disposición. Esta Evidencia de Cobertura; el Resúmenes de Beneficios y Cobertura; Lista de Medicamentos [*formulary*]; y la Guía de Proveedores de Servicios Médicos le guiarán para utilizar los beneficios de su plan. Dichos documentos describen cómo funciona el plan, los servicios que cubre su plan, las limitaciones y exclusiones del plan y con quiénes se deben comunicar si necesita ayuda con el plan.

El **Resumen de Beneficios y Cobertura**, cuyas siglas en inglés son **SBC**, describe los beneficios de su plan y las cantidades de costos compartidos de los asegurados; por ejemplo, las cantidades de los copagos, del coseguro y del deducible, y las limitaciones de la cobertura de su plan. Si usted no tiene un Resumen de Beneficios, favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente al número de teléfono que se indica al pie de esta página.

La **Lista de Medicamentos** [*formulary*] enumera los medicamentos que cubre su plan. Identifica los medicamentos que están disponibles para ciertos problemas médicos. Los medicamentos que cubre su plan se enumeran por categoría o clase. Se dividen en niveles de costos. A cada nivel se le asigna un costo. Esta es la cantidad que usted pagará cuando se le surta un medicamento recetado. La Lista de Medicamentos le ofrece opciones con respecto a sus medicamentos sobre las cuales debe platicar con su médico. Por lo general, si no se encuentra un medicamento en la Lista de Medicamentos, no lo cubre el plan. Tal vez algunos planes de beneficios exijan que se pague el deducible antes de que entre en vigor la cobertura de farmacia corriente. Usted puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en <https://www.truehealthnewmexico.com/member-pharmacy-formulary/>.

Niveles de la Lista de Medicamentos

Niveles 1 y 2: Medicamentos genéricos que tienen el copago/coseguro más bajo.

Nivel 3: Medicamentos preferenciales que tienen el nivel intermedio de copago/coseguro. Este nivel puede incluir tanto los productos genéricos como los de marca.

Nivel 4: Medicamentos no preferenciales que tienen un nivel más alto de copago/coseguro. Este nivel puede incluir productos genéricos y de marca que cuestan más, cuya efectividad es parecida a la de los productos del Nivel 3.

Nivel 5: Medicamentos especializados preferenciales que tienen un nivel más alto de copago/coseguro. Este nivel incluye medicamentos que se utilizan para tratar problemas médicos complicados y/o raros.

Nivel 6: Medicamentos especializados no preferenciales que tienen el nivel más alto de copago/coseguro. Este nivel incluye medicamentos más caros que se utilizan para para tratar problemas médicos complicados y/o raros, cuya efectividad es parecida a la de los productos del Nivel 5.

La **Guía de Proveedores de Servicios Médicos** le ayuda a buscar médicos de atención primaria, especialistas y otros profesionales médicos y centros clínicos contratados de THNM. La Guía de Proveedores de Servicios Médicos está sujeta a cambios. Siempre debe verificar la clasificación



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



[truehealthnewmexico.com](https://www.truehealthnewmexico.com)

con respecto al plan, tanto del profesional médico como del centro clínico, cuando consulte la Guía de Proveedores de Servicios Médicos en nuestro sitio web en www.truehealthnewmexico.com/find-a-doctor/.

Recomendamos que lea estos documentos. Es importante que entienda lo que cubre su plan y especialmente lo que no cubre su plan. Muchas de las secciones de esta Evidencia de Cobertura se refieren a otras secciones del documento. A lo mejor usted no tenga toda la información que necesite si solo lee una sección o un documento.

Debe guardar este documento, su Resumen de Beneficios y Cobertura, todos los otros documentos que se indican más arriba y los documentos adjuntos o las enmiendas a esta Evidencia de Cobertura que reciba para consultas en el futuro. Sus proveedores de servicios médicos no tienen copias de este documento, del Resumen de Beneficios y Cobertura o de los otros documentos de la póliza de seguro. No tienen la obligación de saber los beneficios de su plan.

El plan

El plan que usted ha elegido se ofrece por medio del Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México, que también se conoce como beWellnm. Actualmente, beWellnm ha certificado a este plan como plan de seguro médico calificado [*Qualified Health Plan, QHP*]. Este plan está asegurado y administrado por THNM.

Ha elegido a THNM para que le proporcione la cobertura, tanto para usted como para sus dependientes cubiertos, conforme a un **plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud** [*Health Maintenance Organization, HMO*]. Con este plan, **se exige que consulte a proveedores de servicios médicos de la red o que participan en el plan.** Ponemos a su disposición una red a nivel estatal de hospitales y proveedores de servicios médicos.

Al inscribirse en este plan, acepta cumplir los reglamentos del plan, los cuales se resumen en este documento, en su Resumen de Beneficios y Cobertura y en los otros documentos que se indican más arriba. Podemos cambiar los beneficios que se describen en este documento. Si sucediera eso, le avisaremos por escrito de todos los cambios que le pudieran afectar, tanto a usted mismo como a sus dependientes cubiertos. Le avisaremos por lo menos sesenta (60) días antes de que se ponga(n) en vigor el(los) cambio(s).

No será válido ningún cambio a su plan de beneficios, a menos que lo apruebe, con firmas, un funcionario ejecutivo de THNM. THNM le proporcionará un aviso escrito por lo menos sesenta (60) días antes de que se pongan en vigor enmiendas, apéndices o anexos a esta Evidencia de Cobertura. Ningún agente tiene derecho a cambiar los términos o las condiciones de su plan de beneficios.

Centro de Servicio al Cliente

El personal de nuestro Centro de Servicio al Cliente le puede ayudar a resolver todos los problemas y contestar todas las preguntas que usted tenga referente a su póliza de seguro. Nos



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

esforzamos por contestar sus preguntas o dudas cuanto antes y por asegurarnos de que esté satisfecho. Nuestro Centro de Servicio al Cliente le puede ayudar con lo siguiente:

- Proceso de apelación y quejas
- Información sobre la inscripción
- Información sobre las autorizaciones previas
- Proceso para conseguir atención médica
- Información sobre los proveedores de servicios médicos
- Preguntas sobre los servicios cubiertos
- Solicitudes de tarjetas de asegurado y copias de los documentos del plan
- Estado de las demandas de seguro

Favor de ponerse en contacto con beWellnm si necesita más información sobre:

- Requisitos de elegibilidad;
- Inscripción en un plan de seguro médico calificado [*Qualified Health Plan, QHP*];
- Período de inscripción;
- Pagos de las primas;
- Cancelación de la cobertura

Cómo comunicarse con nosotros

Si tiene preguntas o dudas sobre su plan, o si quiere copias de los documentos de su plan, por ejemplo, esta Evidencia de Cobertura o su Resumen de Beneficios y Cobertura, puede llamar al Centro de Servicio al Cliente al 1-844-508-4677. El Centro de Servicio al Cliente está abierto de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde. Las llamadas que se reciban después de las horas hábiles o los fines de semana se dirigirán a un sistema de mensajes de voz que está a su disposición las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. Se devolverán las llamadas el día hábil siguiente.

Para más información sobre sus servicios cubiertos, puede consultar nuestro sitio web www.truehealthnewmexico.com.

Nos puede visitar o escribirnos acerca de toda pregunta o duda que tenga a la dirección siguiente:

Dirección postal:

True Health New Mexico
P.O. Box 37200
Albuquerque, NM 87176

Ubicación:

2440 Louisiana Blvd. NE, Suite 601
Albuquerque, NM 87110

Servicios de intérpretes

Si necesita servicios de intérprete, le podemos ayudar. Tenemos representantes que hablan español y navajo en nuestro Centro de Servicio al Cliente. Además, ofrecemos servicios de intérpretes y traducción en más de doscientos (200) idiomas. Si quiere utilizar esos servicios,



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

llame al Centro de Servicio al Cliente durante las horas hábiles al número de teléfono que se indica al pie de esta página.

Si necesita servicios de traducción durante su visita al consultorio de su médico, llame al Centro de Servicio al Cliente para que le ayuden.

Ayuda para las personas con deficiencias de audición y del habla

Las personas que llamen y que son sordas o tengan discapacidades auditivas y del habla pueden utilizar los servicios de New Mexico Relay Network TTY que ofrece AT&T. Llame la línea TTY al 1-800-659-8331 o marque 711.

Ayuda después de las horas hábiles

Puede utilizar el portal de demandas de seguro de los asegurados de THNM que está a su disposición en nuestro sitio web en www.truehealthnewmexico.com/members/, si necesita ayuda antes o después de las horas hábiles regulares. Si no lograra los resultados que necesita, puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente y dejar un mensaje. Un representante le devolverá la llamada antes de las 5:00 de la tarde, hora de la zona de montaña, del día hábil siguiente.

THNM Care Connect Nurse Advice Line [línea de consejos de enfermería]

Si tiene una pregunta referente a su problema médico, llame a nuestra *THNM Care Connect Nurse Advice Line* [línea de consejos de enfermería] al número de teléfono gratuito: 1-844-308-2552. Usted puede hablar con un(a) enfermero(a) certificado(a) las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Los servicios incluyen más de cuatrocientas (400) directrices aceptadas a nivel nacional de evaluación médica inicial con fines de priorizar los problemas pediátricos, de adultos, de salud femenina y de salud de comportamiento. Además, puede recibir ayuda para buscar un proveedor de atención primaria si utiliza la Guía de Proveedores de Servicios Médicos de THNM. El personal de enfermería le puede dar un referido a los programas de manejo de enfermedades y de administración de casos médicos de THNM, si es necesario.

Si no está seguro si su lesión o enfermedad es grave, un(a) enfermero(a) le puede ayudar a decidir si necesita recurrir a la sala de emergencias o a un centro de atención médica urgente, o si debe programar una cita con su médico.

Portal de asegurados de THNM

Nuestro portal de asegurados le permite confirmar su elegibilidad y el estado de la demanda des seguro; imprimir, ver y pedir una nueva tarjeta de asegurado; buscar un proveedor de servicios médicos de la red; y mucho más. Favor de visitar nuestro sitio web en <http://www.truehealthnewmexico.com/members/> para iniciar sesión en el portal de asegurados de THNM.

Cómo se utiliza su tarjeta de asegurado

Se le ha expedido una tarjeta de asegurado (ID) del plan. Debe tener su tarjeta de asegurado en todo momento. Los proveedores de servicios médicos exigieran que les enseñe su tarjeta de asegurado cuando reciba servicios de atención médica. Su tarjeta de asegurado enumera algunos de los beneficios de su plan, las cantidades de los copagos y del coseguro y los datos para



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



[truehealthnewmexico.com](http://www.truehealthnewmexico.com)

comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente y con CVS Caremark, nuestro administrador de beneficios de farmacia [*Pharmacy Benefits Manager, PBM*]. Encontrará las otras cantidades de los copagos y del coseguro en su Resumen de Beneficios y Cobertura. Si usted pierde su tarjeta de asegurado o si necesita más tarjetas de asegurado, llame al Centro de Servicio al Cliente.

No deje que una persona que no sea asegurado utilice su tarjeta de asegurado del plan. Si sucediera eso, usted tendrá la obligación de pagar los servicios que se hayan prestado a esa persona. Se cancelará su afiliación al plan y la afiliación de todos sus dependientes cubiertos. Llame enseguida al Centro de Servicio al Cliente si pierde o si le roban su tarjeta de asegurado del plan.

THNM expide las tarjetas de asegurado solo para fines de identificación. El hecho de que una persona tenga una tarjeta de asegurado del plan no le confiere ningún derecho a recibir los servicios ni los beneficios cubiertos. Para tener derecho a los servicios y beneficios cubiertos, la persona que tenga la tarjeta tiene que ser el asegurado en nombre de quien se hayan pagado todas las primas correspondientes a la póliza de seguro. Si un asegurado permitiera que otra persona utilice su tarjeta de asegurado, se cancelarán enseguida todos los derechos del asegurado y de todos sus dependientes que cubra la póliza de seguro, bajo criterio de THNM.

Limitaciones y exclusiones que rigen los servicios cubiertos

Cada estipulación en la sección de *Servicios cubiertos* describe lo que se cubre y tal vez se enumeren algunas limitaciones y exclusiones que corresponden específicamente a un tipo de servicio particular. La sección de *Servicios que no cubre su plan (exclusiones)* enumera las limitaciones y exclusiones que corresponden a todos los servicios.

Programas para mantener y mejorar la salud y bienestar

THNM ofrece programas para fines de administración médica; mejoramiento de la calidad; y programas de bienestar, mantenimiento o mejoramiento de la salud física y de comportamiento además de los beneficios corrientes del plan. Los programas de mejoramientos y mantenimiento de la salud y bienestar incluyen las herramientas relacionadas con el bienestar, instrucción y otros recursos para ayudar a los asegurados a cambiar el comportamiento y a avanzar por su camino hacia el bienestar. Ahí encontrará herramientas de bienestar como una biblioteca de salud y bienestar; evaluaciones de riesgos de salud; instrucción sobre una variedad de temas de salud para ayudarle a manejar los problemas médicos crónicos, para dejar de fumar, para la salud de comportamiento y de apoyo para los embarazos y recursos comunitarios. Además, THNM ofrece apoyo a los asegurados para ayudarles a obtener acceso a las clínicas de vacunas contra la gripe y otras pruebas de detección preventivas recomendadas. Dichos programas pueden permitir recompensas, contribuciones, desincentivos o diferenciales en los copagos, coseguro, deducibles u otros costos médicos, de medicamentos recetados o de equipos, o una combinación de incentivos y/o desincentivos por participación en algún programa que ofrezca o administre THNM o un vendedor, proveedor de servicios o fabricante que elija THNM para administrar dicho programa. Además, de vez en cuando, a lo mejor estén disponibles programas de descuentos para varios artículos y servicios relacionados con el seguro o el bienestar de la salud o de comportamiento. Dichos descuentos y servicios pudieran cambiar en cualquier momento. THNM no garantiza que un descuento o servicio estén disponibles en un momento indicado.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Para detalles de los descuentos u otros programas que están a su disposición actualmente, favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente al número de teléfono que se indica al pie de esta página.

Las personas que estén en los programas de bienestar pero que no puedan participar en dichos incentivos o desincentivos debido a un factor de salud adverso no se les penalizará por motivo de ese estado adverso, salvo si se permite conforme a la ley. THNM permitirá una alternativa razonable a toda persona si le es excesivamente difícil, debido a un problema médico, cumplir de otra manera las normas pertinentes de los programas de bienestar.

Llame al THNM para conseguir más información sobre los programas que agregan valor y que les ofrecemos a nuestros asegurados.

Comité Consultivo del Consumidor

Usted es parte fundamental de nuestra organización. Valoramos sus comentarios referentes a nuestros servicios y las operaciones del plan de seguro médico. Hemos establecido un Comité Consultivo del Consumidor que se reúne cada trimestre para conversar acerca de las operaciones generales según las perspectivas de nuestros asegurados y cómo podemos servirles mejor. Como asegurado de este plan, usted es elegible para participar en dicho comité. Si le interesa, llámenos al (505) 633-8020.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ASEGURADOS

Como asegurado de este plan, cuenta con ciertos derechos cuando utiliza la cobertura de seguro. Además, usted tiene ciertas responsabilidades. Es importante que entienda estos derechos y responsabilidades.

Sus **derechos** como asegurado de este plan:

- Tiene derecho a recibir información detallada sobre THNM, los servicios que ofrecemos, los profesionales y proveedores de servicios médicos y los derechos y las responsabilidades de los asegurados.
- Tiene derecho a participar, junto con sus proveedores de servicios médicos de la red, en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a las normas de derechos y responsabilidades de los asegurados de THNM.
- Tiene derecho a presentar sus quejas, reclamaciones o apelaciones a THNM o a sus entidades reguladoras, ya sean referentes a THNM y/o a la cobertura de seguro que proporcionamos.
- Tiene derecho a siempre tener accesible y a su disposición los servicios cuando sean médicamente necesarios, según lo determine su proveedor de atención primaria o el médico que le esté tratando, con el asesoramiento de THNM, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, para los servicios urgentes o de emergencia y otros servicios médicos según se definen en su Evidencia de Cobertura.
- Tiene derecho a que se le trate con cortesía y consideración y que se respete su dignidad y necesidad de privacidad.
- Tiene derecho a información sobre las normas y procedimientos con respecto a los productos, servicios, proveedores de servicios médicos, procedimientos de apelación y otra información más acerca de THNM y los beneficios que proporciona.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria dentro de los límites que rigen los beneficios cubiertos y la red del plan, incluso el derecho de rechazar la atención médica de profesionales médicos específicos.
- Tiene derecho a recibir de su(s) médico(s) o proveedor de servicios médicos una explicación de manera comprensible de su estado médico completo; el tratamiento que se recomienda; los riesgos del tratamiento; los resultados que se pueden esperar; y otras opciones médica razonables, independientemente de la postura de THNM con respecto a las opciones de tratamiento; si usted mismo no tuviera la capacidad para entender la información, se le dará la explicación a su familiar más cercano, tutor, agente o suplente, si están disponibles, y se documentará en su expediente médico.
- Tiene derecho a todos los derechos otorgados por las leyes, reglas o reglamentos como paciente de un centro clínico acreditado, incluso el derecho de rechazar los medicamentos y los tratamientos con tal que se hayan explicado las posibles consecuencias de esa decisión en un idioma que usted pueda entender.
- Tiene derecho a que se le avise enseguida de la cancelación o cambios en los beneficios, servicios o en la red de proveedores de servicios médicos.
- Tiene derecho a presentar una reclamación o apelación a la compañía de seguros o al superintendente y recibir una respuesta a esas quejas, según las leyes vigentes.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Tiene derecho a la privacidad de los expedientes médicos y financieros que guarden THNM y los proveedores de servicios médicos contratados por THNM, conforme a las leyes vigentes.
- Tiene derecho a saber, bajo solicitud, todas las estipulaciones o los arreglos financieros que haya entre THNM y sus proveedores de servicios médicos de la red que pudieran restringir los referidos o las opciones de tratamientos o que pudieran limitar los servicios que le ofrecen.
- Tiene derecho a tener acceso adecuado a profesionales de atención médica calificados para el tratamiento de los beneficios cubiertos cerca de donde vive o trabaja dentro de la zona de servicio de THNM.
- Tiene derecho a atención médica económica, dentro de los límites que rigen los gastos de bolsillo, incluso el derecho de conseguir atención médica de un proveedor fuera de la red y una explicación de su obligación financiera si un proveedor de servicios médicos fuera de la red le presta los servicios o si se prestan sin la autorización previa obligatoria.
- Tiene derecho a recibir información detallada sobre la cobertura, los beneficios máximos y las exclusiones de problemas médicos específicos, enfermedades o trastornos, incluso los beneficios de medicamentos recetados restringidos y todos los requisitos que tiene que cumplir de autorización previa y revisión de la utilización.
- Tiene derecho a recibir una explicación completa de por qué se denegó la atención médica; la oportunidad de apelar la decisión a la revisión interna de THNM; el derecho a una apelación de segundo nivel; y el derecho a pedirle ayuda al Superintendente de Seguros de Nuevo México.
- Tiene derecho a recibir un ejemplo de la obligación financiera que contrae una persona cubierta por los servicios y beneficios si se los prestan proveedores de servicios médicos fuera de la red o que no participan en el plan.

Usted tiene la obligación de informarse sobre cómo funciona su plan. Debe leer cuidadosamente y consultar esta Evidencia de Cobertura; el Resumen de Beneficios y Cobertura; y los otros documentos del plan. Llame al Centro de Servicio al Cliente si tiene preguntas o dudas acerca de su plan.

Sus **responsabilidades** como asegurado de este plan:

- Tiene la responsabilidad de proporcionar información honesta y completa a THNM y a sus proveedores de servicios médicos de la red.
- Tiene la responsabilidad de leer y entender la información que reciba acerca de su plan.
- Tiene la responsabilidad de saber cómo se obtiene acceso debidamente a la cobertura y cómo utilizar su plan.
- Tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y participar en el proceso de elaborar metas de tratamiento, junto con sus proveedores de servicios médicos de la red, que usted acepte.
- Tiene la responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de atención médica que usted acepte junto con sus proveedores de servicios médicos de la red.
- Tiene la responsabilidad de presentar su tarjeta de asegurado del plan antes de recibir servicios de atención médica.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Tiene la responsabilidad de avisar enseguida a su proveedor de servicios médicos de la red si va a llegar tarde o si no le será posible asistir a una cita.
- Tiene la responsabilidad de pagar el deducible, el copago [*copayment*] o el coseguro [*coinsurance*] que le corresponda, incluso si no asistiera a la cita.
- Tiene la responsabilidad de expresar sus opiniones, preocupaciones o quejas de manera constructiva a THNM o a su proveedor de servicios médicos de la red.
- Tiene la responsabilidad de informar a beWellnm de todo cambio en el tamaño de su familia, si cambia de domicilio o número de teléfono o si hay un cambio en su situación de asegurado en los siguientes sesenta (60) días calendario, a partir de la fecha del cambio.
- Tiene la responsabilidad de pagar a tiempo las primas de su seguro a beWellnm.
- Tiene la responsabilidad de avisar a beWellnm si tiene otra cobertura de seguro.
- Tiene la responsabilidad de cumplir el proceso de quejas y apelaciones de THNM si no está satisfecho con las acciones o las decisiones de un proveedor de servicios médicos o de THNM.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD

A continuación, presentamos la declaración de no discriminación de THNM y los servicios que ofrece a sus clientes y asegurados:

- No discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo en nuestros programas o actividades de salud.
- Proporcionamos ayuda gratuita a las personas con discapacidades o cuya lengua principal no es el inglés. Si desea recibir un documento en otro formato, por ejemplo, en letra grande o para recibir ayuda lingüística de intérpretes calificados, favor de llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente al 1-844-508-4677, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, hora de la zona de montaña. Servicios de TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.
- Si cree que no le hemos prestado dichos servicios o que le hemos discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

THNM Compliance Hotline [línea directa de cumplimiento]

<https://www.lighthouse-services.com/brighthousegroup>

Llama a la línea gratuita (EE. UU. y Canadá):

- Inglés: 1-855-208-3766
- Español: 1-800-216-1288

Correo electrónico: Reports@Lighthouse-Services.com

Fax: 1-215-689-3885

O a la Oficina de Atención Médica Administrada [*Managed Health Care Bureau*] de la Procuraduría General del Estado de Nuevo México [*State of New Mexico Office of the Attorney General*] como se indica a continuación:

Managed Health Care Bureau

Office of Superintendent of Insurance [Oficina del Superintendente de Seguros]

1120 Paseo De Peralta, Santa Fe, NM 87501

Teléfono: 1-505-827-3811

Toll Free: 1-855-427-5674

www.osi.state.nm.us

State of New Mexico Office of the Attorney General

[Procuraduría General del Estado de Nuevo México]

408 Galisteo Street

Villagra Building

Santa Fe, NM 87501

Línea gratuita: (844) 255-9210

Teléfono: (505) 490-4060

Fax: (505) 490-4883

Para llenar en línea el formulario de queja del consumidor o para bajar el formulario en inglés o español, visite <https://www.nmag.gov/consumer-complaint-instructions.aspx>.

Además, tiene derecho a presentar una queja directamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., ya sea en línea, por teléfono o por correo:



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de quejas están a su disposición en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Teléfono: Gratuito: 1-800-368-1019. TDD: 1-800-537-7697.
- Por correo:
U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Bldg.
Washington, DC 20201



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

INSCRIPCIÓN

Cómo inscribirse en el plan

Para inscribirse en el plan, favor de ponerse en contacto con beWellnm al 1-833-862-3935 (TTY: 711).

Para que los servicios cubiertos que se describen estén a su disposición, tiene que estar inscrito como asegurado de este plan.

Período anual de inscripción abierta

Favor de ponerse en contacto con beWellnm al 1-833-862-3935 (TTY: 711) para más información sobre el período anual de inscripción abierta.

Sucesos que le hacen elegible para la cobertura y períodos de inscripción especial [SEP por sus siglas en inglés]

Favor de ponerse en contacto con beWellnm al 1-833-862-3935 (TTY: 711) para más información sobre los períodos de inscripción especial.

Inscripción de los dependientes conforme a una orden de manutención médica de menores que le califica

Favor de ponerse en contacto con beWellnm al 1-833-862-3935 (TTY: 711).

Avisar a beWellnm si cambia la situación

Favor de ponerse en contacto con beWellnm al 1-833-862-3935 (TTY: 711) para avisar de cambios de dirección, de la vida o de cambios de ingresos.

Cuando empieza la cobertura

Recibirá su tarjeta de asegurado por correo. La tarjeta de asegurado enumera el nombre de su plan y de usted y de los dependientes cubiertos por su plan. No deje que alguien, cuyo nombre no aparezca en su tarjeta de asegurado, utilice su tarjeta para recibir beneficios. Si quiere unas tarjetas más o tiene que reemplazar una tarjeta perdida, inicie sesión en el portal de asegurados por medio de nuestro sitio web, www.truehealthnewmexico.com/members/, o llame al Centro de Servicio al Cliente al 1-844-508-4677.

Importante: No se cubre ninguno de los servicios que se hayan recibido antes de la

fecha de vigencia de la cobertura. Además, si su cobertura anterior tiene una estipulación de extensión de beneficios, este plan no cubrirá los cobros que se contraigan después de la fecha de vigencia si se cubren conforme la estipulación de extensión de beneficios del plan anterior.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

CANCELACIÓN DE LA AFILIACIÓN AL PLAN

Favor de ponerse en contacto con beWellnm al 1-833-862-3935 (TTY: 711) si tiene preguntas acerca de la cancelación del plan.

Revisión del contrato en diez (10) días

Usted dispone de un período de diez (10) días, a partir de la fecha de vigencia del contrato, para examinar y devolver el contrato y para que se le reembolse la prima. Si se recibieron servicios durante el período de diez (10) días y devolvería el contrato para recibir un reembolso de la prima pagada, usted tendrá que pagar esos servicios.

Cancelación porque THNM ha descontinuado el plan

Si THNM decidiera discontinuar un plan particular, le avisaremos al suscriptor por escrito con noventa (90) días de antelación a la fecha de la cancelación de la cobertura.

No cancelaremos la cobertura de un asegurado solo por motivos del estado de salud del asegurado, los requisitos de los servicios de atención médica, la raza, el género, la edad, la orientación sexual o si se negara a cumplir un curso de tratamiento recetado. Si usted mismo o sus dependientes cubiertos creyeran que la cobertura se canceló debido al estado de salud o los requisitos de atención médica, puede apelar la cancelación a la Oficina del Superintendente de Seguros:

- Por correo:
Office of Superintendent of Insurance [Oficina del Superintendente de Seguros]
Attention: External Review Request [Solicitud de revisión externa]
P.O. Box 1689
1120 Paseo de Peralta
Santa Fe, NM 87504-1689
- Por correo electrónico: mhcb.grievances@state.nm.us
- Por fax: (505) 827-4734

Cancelación involuntaria por motivo justificado

La cancelación involuntaria puede ser por “motivo justificado,” lo cual significa que hay motivos suficientes, razonables o legítimos para que THNM tome medidas, junto con beWellnm, para cancelar la cobertura del asegurado. Si se cancela la cobertura por “motivo justificado”, THNM le avisará por escrito, por lo menos treinta (30) días antes de cancelar la cobertura.

- Un asegurado obtiene o intenta obtener servicios y suministros con información, acciones u omisiones fraudulentas, falsas o engañosas.
- Un asegurado permite que una persona que no es asegurado utilice su tarjeta de asegurado u obtenga servicios y suministros falsamente.
- Un asegurado amenaza la vida o el bienestar de un empleado del plan, un proveedor de servicios médicos u otro asegurado.
- El comportamiento de un asegurado, en la opinión de THNM, es perturbador, revoltoso, abusivo o poco cooperativo hasta tal punto que perjudica gravemente la capacidad de THNM y/o de uno sus proveedores de servicios médicos con respecto a proporcionarle servicios al asegurado o a algún otro asegurado.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Cancelación involuntaria si THNM se retira del Mercado Individual

Si THNM decidiera no mantener negocios con el mercado individual en la zona de servicios, le avisaremos al suscriptor por escrito con anticipación, ciento ochenta días (180) antes de que se cancele la cobertura. THNM seguirá proporcionando la cobertura hasta el primer período de renovación, sin sobrepasar doce (12) meses, a partir de la fecha del aviso. THNM cumplirá todos los otros requisitos pertinentes de no renovar, conforme a la ley.

Conversión de la cobertura debido a la pérdida de la elegibilidad del suscriptor

Si el suscriptor ya no es elegible para la cobertura conforme al plan por cualquier motivo más allá de las razones que se indican en las estipulaciones de cancelación de esta sección, los dependientes de este plan pueden solicitar la conversión de la cobertura. Se tiene llenar un solicitud y pagar todas las primas debidas en treinta y un (31) días, a partir de la fecha de la pérdida de la cobertura del suscriptor. Si se entregara la solicitud y se pagaran todas las tarifas, incluso las tarifas del período después de la cancelación de la cobertura del suscriptor, en treinta y un (31) días, a partir de la fecha de la pérdida de la cobertura, la conversión de la cobertura entrará en vigor a partir de la fecha de dicha cancelación. Se considera que habrán empezado los períodos probatorios o de espera, si procede, en la fecha de vigencia de la cobertura del solicitante conforme a la póliza original. La pérdida de la elegibilidad del suscriptor incluye:

- **La conversión debido al fallecimiento o divorcio del suscriptor.** Si usted es un dependiente que haya perdido la elegibilidad para la cobertura conforme a este plan debido al fallecimiento o divorcio, a la anulación o disolución del matrimonio o a la separación legal del suscriptor, puede solicitar la conversión a un plan no grupal (individual).
- **La conversión al cumplir la edad límite.** Si usted es un dependiente que ha perdido la elegibilidad para la cobertura conforme a este plan por haber cumplido la edad límite que se indica en esta Evidencia de Cobertura, puede solicitar la conversión.

Restauración

beWellnm puede restaurar este acuerdo si se ha cancelado. Eso se pudiera hacer sin la ejecución de una nueva solicitud, la emisión de una nueva tarjeta de asegurado o sin aviso alguno al suscriptor con tal que se acepte incondicionalmente un pago adicional del suscriptor.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

PAGOS DE LAS PRIMAS DE SEGURO

BeWellnm se encarga de toda la facturación de las primas y de cobrar los pagos de las primas.

Para inscribirse en los pagos automáticos o en un pago único de la cámara de compensación automatizada [*Automated Clearing House, ACH*], favor de iniciar sesión en su cuenta en www.bewellnm.com.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Información importante sobre su plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud [*Health Maintenance Organización, HMO*]

Este es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud [*Health Maintenance Organización, HMO*]. Por lo general, la cobertura de este plan **SOLO** proporciona beneficios para servicios que presten proveedores de servicios médicos de la red o que participen en la red. Conforme a este plan, si usted recibiera servicios en situaciones que no sean de emergencia o urgencia de un proveedor de servicios médicos fuera de la red, por lo general, **NO** se cubrirán los servicios. En esta sección se describen las excepciones a dicho requisito. 

Este plan es un plan de seguro médico de deducible alto calificado [*High-Deductible Health Plan, HDHP*]. Eso quiere decir que tiene que pagar el deducible individual o familiar antes de que se pague algún beneficio (incluso los beneficios de farmacia). Una vez que haya pagado su deducible, tal vez tenga que pagar un coseguro o una porción del costo de los servicios cubiertos que se presten. La exención son los servicios preventivos cubiertos que no están sujetos a los costos compartidos con tal que se reciban en la red.

Este plan está calificado para utilizarlo con una cuenta de ahorros para gastos médicos [*Health Savings Account, HSA*]. Este libro describe solo los beneficios médicos/quirúrgicos que están a su disposición. THNM no administra las HSA. El Departamento de Hacienda [*Treasury*] de los Estados Unidos regula las HSA. Para informarse más a fondo, favor de visitar www.treasury.gov. Además, puede ponerse en contacto con el administrador de su HSA o con su institución financiera para conseguir detalles con respecto a la elegibilidad/inscripción y la contribución que se hace para la HSA.

Proveedores de servicios médicos de la red o que participan en el plan

Como asegurado del plan *HMO*, puede estar seguro de que hay un proveedor de servicios médicos de la red de THNM cerca de donde usted vive o trabaja. Nuestra red estatal de profesionales médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos le ofrece acceso a todo tipo de centro clínico, especialista y proveedor de atención primaria por todo Nuevo México.

Cuando usted mismo o sus dependientes cubiertos consultan a un proveedor de servicios médicos de la red, le pagamos a dicho proveedor por los servicios cubiertos que se incluyen en su plan. A usted le corresponde pagar una porción de los cobros; por ejemplo, las cantidades de su deducible, coseguro o copago. Por lo general, se tienen que pagar dichas cantidades en el momento en que se presten los servicios.

Importante: Se exige la autorización previa para algunos servicios y beneficios cubiertos, por ejemplo, las hospitalizaciones. Si se exige la autorización previa para los servicios y beneficios, su proveedor de servicios médicos de la red tiene que conseguir la autorización previa **antes** de prestarle dichos servicios. 

Guía de Proveedores de Servicios Médicos



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Nuestra Guía de Proveedores de Servicios Médicos en línea incluye una lista de profesionales médicos que ejercen por su cuenta, consultorios médicos colectivos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos de la red a quienes hemos contratado. La red de proveedores de servicios médicos cambia cada vez que los proveedores de servicios médicos se agregan a nuestra red y otros proveedores se salen de la misma. La Guía de Proveedores de Servicios Médicos está actualizada a partir de la fecha que se indica al pie de la página.

Antes de agregarse a nuestra red, los proveedores de servicios médicos tienen que cumplir criterios de calidad específicos mediante un proceso que se llama la verificación de las credenciales. Repasamos con regularidad las credenciales de nuestros proveedores de servicios médicos para cerciorarnos de que sigan cumpliendo nuestras normas de alta calidad.

Si desea averiguar el estado de un proveedor de servicios médicos con respecto a la red, puede obtener acceso a nuestra Guía de Proveedores de Servicios Médicos en nuestro sitio web en: www.truehealthnewmexico.com/find-a-doctor/. Además, puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente para hacer preguntas sobre un proveedor de servicios médicos. También nos puede pedir copia impresa de nuestra Guía de Proveedores de Servicios Médicos.

Zona de servicio

La zona de servicio de THNM es el estado de Nuevo México.

Profesionales de atención primaria [*Primary Care Practitioners, PCPs*]

Los profesionales de atención primaria ejercen por su cuenta. Incluyen médicos de familia y de medicina interna, pediatras, enfermeros(as) de práctica avanzada certificados(as) y médicos auxiliares que se encargan de manejar sus necesidades de servicios médicos. Además, puede elegir un médico en medicina oriental o médico quiropráctico como su médico de atención primaria con tal que el proveedor de servicios médicos haya cumplido los requisitos de acreditación de *PCP* de THNM. Es nuestra filosofía que una relación fuerte con su profesional o proveedor de atención primaria ayuda, tanto a usted como a su familia, a orientarles con respecto a su plan de seguro médico además de mantenerles sanos. Los profesionales de atención primaria prestan servicios como exámenes médicos anuales, vacunas comunes, hacen recomendaciones para las pruebas de detección que sean apropiadas para su edad y tratamientos para las enfermedades y lesiones.

Es importante que elija un profesional de atención primaria si no lo hizo al inscribirse. **Es importante que sepa que THNM no selecciona un profesional o proveedor de atención primaria para usted.** Puede oír la guía de proveedores de servicios médicos por el nombre del proveedor de la red o por la especialidad. Para hacer eso, visite nuestro sitio web en: www.truehealthnewmexico.com/find-a-doctor/. Hay una sección de ayuda en la guía de proveedores de servicios médicos en línea para ayudarle a buscar. Una vez que haya elegido un profesional o proveedor de atención primaria, no deje de llamar a su consultorio para averiguar si está aceptando pacientes nuevos.

El director médico de THNM tiene que aprobar la designación de un especialista como proveedor de atención primaria.

Profesionales médicos especializados



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Un profesional médico especializado, o un especialista, es un proveedor de servicios médicos que trata un problema médico o una enfermedad específica o una parte específica del cuerpo. **THNM no exige que consiga un referido de su proveedor de atención primaria para consultar a un especialista de la red. Sin embargo, tal vez algunos especialistas pidan un referido de su proveedor de atención primaria antes de programar una cita.** Unos ejemplos de profesionales médicos especializados son, entre otros, los cardiólogos, dermatólogos, ortopedistas, neurólogos y endocrinólogos.

Proveedores de servicios médicos fuera de la red o que no participan en el plan

Los proveedores de servicios médicos que no participan o fuera de la red son profesionales médicos y proveedores de servicios médicos, incluso centros que no prestan servicios médicos, que no hayan hecho un acuerdo con THNM para prestar servicios médicos a nuestros asegurados.

No se cubrirían los servicios médicos cubiertos si se reciben de profesionales médicos o proveedores de servicios médicos fuera de la red o de un centro clínico fuera de la zona de servicio, salvo si los servicios no están razonablemente disponibles de profesionales médicos o proveedores de servicios médicos de la red con tal que se haya conseguido la autorización previa, salvo si el servicio es de atención médica urgente o servicios de emergencia. Usted no tiene la obligación de pagar los servicios si su proveedor de servicios médicos de la red equivocadamente le da un referido para consultar un proveedor de servicios médicos fuera de la red, salvo si le hemos avisado por escrito con respecto a consultar los proveedores de servicios médicos fuera de la red y le hayamos informado que no tenemos la obligación de pagarle en el futuro al proveedor de servicios médicos fuera de la red.

Importante: Las limitaciones que rigen los beneficios y los costos compartidos por un servicio médico de emergencia que le preste un proveedor de servicios médicos que no participa en el plan serán las mismas que si un proveedor participante se lo haya prestado. No se exige la autorización previa para los servicios médicos de emergencia.



Importante: Las limitaciones que rigen los beneficios y los costos compartidos por un servicio médico que sea médicamente necesario pero que no es de emergencia que le preste un proveedor de servicios médicos que no participa en el plan en un centro clínico participante donde la persona cubierta no tenía la capacidad o la oportunidad de elegir recibir el servicio de un proveedor de servicios médicos que participa en el plan serán las mismas que si se lo presta un proveedor participante.



Importante: Las limitaciones que rigen los beneficios y los costos compartidos por un servicio médico que sea médicamente necesario pero que no es de emergencia donde no esté disponible un proveedor de servicios médicos que participa en el plan para prestar el servicio serán las mismas que si se lo presta un proveedor participante.



Se exige que su proveedor de servicios médicos de la red solicite y reciba la autorización previa de nuestro personal de administración médica para los servicios que presten los profesionales médicos o proveedores de servicios médicos fuera de la red, salvo si son servicios de atención



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

médica urgentes o de emergencia, **antes** de darle un referido y **antes** de recibir los servicios. Si no, a lo mejor THNM no cubra dichos servicios y usted tendrá la obligación de pagarlos. Para asegurar de que se haya concedido la autorización previa, llame al Centro de Servicio al Cliente antes de recibir su servicio programado. Consulte la sección de *Autorización previa* para informarse más a fondo.

Para determinar si es razonable una autorización previa para un profesional médico o proveedor de servicios médicos fuera de la red, tomamos en cuenta las circunstancias siguientes:

- Disponibilidad: El profesional médico o proveedor de servicios médicos de la red no están razonablemente disponibles para que les consulte de manera oportuna según dicta la situación clínica.
- Competencia: El profesional médico o proveedor de servicios médicos de la red no tienen la pericia ni la capacitación necesaria para prestar el servicio o tratamiento.
- Geografía: El profesional médico o proveedor de servicios médicos de la red no están ubicados a una distancia razonable de su domicilio conforme a las normas de tiempo y distancias establecidas por las leyes federales y estatales de adecuación de redes.
- Continuidad: Si el profesional médico o proveedor de servicios médicos fuera de la red tienen una relación profesional bien establecida con usted y están proveyendo un tratamiento en curso para un problema médico específico, se permitirá que siga consultando a dicho especialista por un mínimo de treinta (30) días, según sea necesario, para garantizar la continuidad de la atención médica.
- No se considerarán razonables las autorizaciones previas que se soliciten sencillamente para su conveniencia.

Importante: No se cubrirán los servicios que presten los profesionales médicos o proveedores de servicios médicos fuera de la red salvo si se obtiene la autorización previa **antes** de recibir los servicios. **Tal vez usted tenga la obligación de pagar los cobros** por no haber conseguido la autorización previa para los servicios que presten los profesionales médicos o proveedores de servicios médicos fuera de la red. Para asegurar de que se haya concedido la autorización previa, llame al Centro de Servicio al Cliente antes de recibir su servicio programado.



A lo mejor los proveedores de servicios médicos que no participan o fuera de la red exijan que se les pague por completo en el momento que presten los servicios. Tal vez les tenga que pagar y luego presentarnos su demanda de seguro para que le reembolsemos. Solo pagaremos dicha demanda si se recibió la autorización previa de THNM para el servicio que se prestó o si fue debido un servicio médico urgente o de emergencia.

Servicios de emergencia (emergencias médicas)

Si tiene una emergencia médica para la cual recibe tratamiento de un proveedor de servicios médicos fuera de la red, THNM procesará la demanda de seguro al nivel de beneficio dentro de la red. Sus costos compartidos serán los mismos que si el proveedor de servicios médicos formara parte de la red. Para conseguir más información acerca de cómo



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

THNM reembolsa a los proveedores de servicios médicos fuera de la red , consulte la sección de *Pago de las demandas de seguro*.

Un problema médico de emergencia se define de la siguiente forma: Un problema médico o de la salud de comportamiento que se manifiesta con “síntomas agudas de suficiente severidad, incluso con dolor severo, de tal manera que una persona prudente que no sea experta pudiera esperar, con buena razón, que la falta de atención médica pondría la salud física o mental del asegurado en peligro grave, ocasionaría una discapacidad grave en el funcionamiento del cuerpo o disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo”.

No se exige la autorización previa para los servicios de emergencia. Sin embargo, si ingresara al hospital como paciente internado después de recibir servicios de emergencia, su profesional médico o proveedor de servicios médicos o usted mismo se deben comunicar con nosotros cuanto antes.

Para la atención médica de seguimiento (que ya no se considera de emergencia), usted mismo o su familiar tendrán que elegir un proveedor de servicios médicos de la red a fin de recibir los beneficios de la red.

Si tiene preguntas o si necesita más información, favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente al 1-844-508-4677.

Servicios de emergencia que se reciban fuera de los Estados Unidos

Si usted necesitara atención médica urgente o de emergencia en un hospital o de un médico cuando esté fuera de los Estados Unidos, están a su disposición beneficios de servicios médicos de emergencia y servicios médicos urgentes. Usted tiene la obligación de confirmar que se nos envíen las demandas de seguro según se describe en la sección de *Pago de las demandas de seguro* de esta Evidencia de Cobertura. Por lo general, se exige que usted le pague al proveedor de servicios médicos en el momento que le preste los servicios y que nos envíe la demanda de seguro para que le reembolsemos. Usted tiene la obligación de cerciorarse de que la demanda de seguro y/o los expedientes estén traducidos debidamente y que la tasa de cambio de moneda se indique claramente cuando se entregue la demanda de seguro para que le reembolsemos. Además, a lo mejor se exija que se proporcionen los expedientes médicos del tratamiento o del servicio, incluso la constancia de pago; por ejemplo, el estado de cuenta de una tarjeta de crédito o copia de un cheque anulado.

Atención médica que sea médicamente necesaria y que no está disponible en la red

Si un servicio cubierto es médicamente necesario y no están a su disposición de un proveedor de servicios médicos de la red, le pediremos que consulte a un proveedor de servicios médicos fuera de la red. Antes hacer eso, nos aseguraremos de que un especialista que ejerce en el campo de medicina pertinente revise su solicitud así que estará bien familiarizado con su problema médico específico. En esas situaciones, THNM coordinará el referido.

Administración de casos médicos



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

THNM se compromete a ofrecer programas de administración de casos médicos de alta calidad a nuestros asegurados. Ayudamos a los asegurados que padecen problemas médicos y/o que tengan necesidades complicadas de atención médica a obtener acceso a los recursos y servicios que necesiten. La administración de casos médicos ayuda a dirigir a los asegurados a planes de atención médica específicos adecuados para sus necesidades. Se han elaborado esos planes para ayudar a los asegurados a entender más a fondo el(los) problema(s) médico(s) crónico(s) y manejarlos a fin de lograr el mejor estado de salud posible.

Se identifican los asegurados quienes pueden beneficiarse de los programas de administración de casos médicos por medio de diversas fuentes incluso, entre otras:

- Datos de demandas de seguro o de interacciones médicas
- Datos sobre los ingresos al hospital y/o dadas de alta del hospital
- Datos de farmacias
- Datos que se recopilan por el proceso de la administración de utilización (autorización previa)
- Datos que se recopilan de la línea de información sobre la salud
- Datos del asegurado
- Datos de médicos o proveedores de servicios médicos
- Datos que proporcionen los compradores

Los asegurados se pueden dirigir a los programas de administración de casos médicos por diversas fuentes incluso, entre otros:

- La línea de información sobre la salud
- Los programas para el manejo de enfermedades
- Los encargados de darle de alta
- El personal de administración de utilización
- El asegurado mismo o la persona que lo cuida
- Un proveedor de servicios médicos o profesional médico

El programa de administración de casos médicos de THNM está a la disposición de todos los asegurados de THNM. Aunque THNM se encarga de las demandas de seguro, de la estructura de la utilización y de otros datos del plan de seguro médico, se aceptan los referidos a todos los niveles de los programas de administración de casos médicos que provengan de los asegurados, de las personas que los cuidan y de los proveedores de servicios médicos.

Los referidos a los programas de administración de casos médicos se pueden iniciar si llaman al departamento de administración de casos médicos de THNM al 1-844-691-9984.

Manejo de enfermedades

THNM se compromete a apoyar a nuestros asegurados en el manejo de problemas médicos crónicos como asma, diabetes y enfermedad arterial coronaria.

Se pueden manejar los problemas médicos crónicos con instrucción, manejo de medicamentos e identificación y eliminación de los factores provocantes en el ambiente. Los programas de THNM de manejo de enfermedades, que también se conocen como programas de manejo de



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

problemas médicos o de la población, se han elaborado para identificar y mejorar los resultados de nuestros asegurados al:

- Identificar a los asegurados que padecen problemas médicos como asma, diabetes o enfermedad arterial coronaria.
- Analizar los factores de riesgo y determinar qué nivel de intervención necesita el asegurado.
- Contactar, instruir e involucrar a los asegurados que padecen asma y/o diabetes y a sus familias en actividades para mejorar su salud y preparar estrategias para cuidarse por su cuenta.
- Facilitar la comunicación, la colaboración en equipo, la coordinación y el manejo de los servicios médicos necesarios.
- Ayudar a los asegurados que quizás necesiten recursos en la comunidad; por ejemplo, servicios de transporte u otra ayuda.

Si desea conseguir más información o si desea participar en un programa de manejo de enfermedades, llame al departamento de administración de casos médicos de THNM al 1-844-691-9984.

Transición de la atención médica

Si en el momento que se inscriba en el plan, está recibiendo un curso de tratamiento activo de un proveedor de servicios médicos fuera de la red o de un proveedor de servicios médicos de la red cuyo contrato con THNM se termina durante el curso de su tratamiento, a lo mejor sea elegible para seguir recibiendo servicios y el plan los cubrirá. Eso se conoce como la transición de la atención médica. Las determinaciones con respecto a la transición de la atención médica se hacen conforme a los criterios médicos establecidos. El período de transición de la atención médica será por un período de no más treinta (30) días, a partir del primer día de su elegibilidad. Además, la transición de la atención médica se les concede a las aseguradas que estén en el tercer (3^{er}) trimestre de su embarazo, incluso para la atención médica posparto que esté directamente relacionada al parto. Para las aseguradas que estén en el tercer (3^{er}) trimestre de su embarazo, el período transicional continuará hasta dar a luz e incluirá la atención médica posparto que esté directamente relacionada al parto.

Si cancelamos o suspendemos un contrato con un proveedor de la red del cual usted esté recibiendo atención médica, le avisaremos, por escrito, en treinta (30) días. Le ayudaremos a buscar y transferirse a otro proveedor de servicios médicos similarmente calificado, si está disponible, para que le siga prestando los beneficios cubiertos de la red. Puede seguir recibiendo la atención médica de un proveedor fuera de la red; sin embargo, solo reembolsaremos dichos servicios conforme al nivel pertinente de beneficios fuera de la red, si lo hay, y además estará sujeto a los cobros permitidos por el Programa Medicare, salvo si desea continuar un curso de tratamiento seguido con un proveedor de servicios médicos por un período de transición. Dicho período continuará por un tiempo que sea suficiente para permitir la planificación coordinada de la transición consistente con su estado médico y sus necesidades con respecto a la continuidad del caso y no será por menos de treinta (30) días.

Rechazo del tratamiento



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Un asegurado puede rechazar los tratamientos que recomienden los proveedores de servicios médicos de la red. Si sucediera eso, dicho proveedor pudiera decidir no continuar su relación con el asegurado si cree que se está interrumpiendo la atención médica debida. Si el proveedor de servicios médicos creyera que no hay otra opción salvo el tratamiento que se rechazó, ni THNM ni el proveedor de servicios médicos tendrá la obligación de tratar el problema médico o cualquier complicación que provenga del rechazo del tratamiento por el asegurado. Así será si el asegurado rechaza el tratamiento que se considera adecuado.

Límites que rigen los beneficios

No hay una cobertura general máxima de por vida conforme a este plan. Sin embargo, algunos servicios tienen límites por separado que rigen los beneficios por cada ingreso o año del plan. Se determinan los beneficios conforme a la cobertura vigente el día de la prestación del servicio, en que se compra un artículo o se contrae un gasto por atención médica. Para los servicios de pacientes internados, los beneficios se basan en la cobertura vigente el día del ingreso, salvo si usted está internado cuando empieza o termina la cobertura, los beneficios del ingreso solo estarán disponibles por los servicios cubiertos que se reciban en la fecha de vigencia de su cobertura o después de la misma, o los que se reciban antes de la fecha de cancelación.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

REQUISITOS DE COSTOS COMPARTIDOS PARA LOS ASEGURADOS

Para recibir un servicio o beneficio cubierto conforme a este plan, usted tiene que pagar la cantidad de los costos compartidos que le corresponda. Los costos compartidos incluyen los deducibles, el coseguro [*coinsurance*], los copagos [*copayment*] y todos los otros gastos que se exige que pague el asegurado. Las cantidades de los costos compartidos se indican en su Resumen de Beneficios y Cobertura. Varían las cantidades de sus costos compartidos dependiendo del tipo de servicio que usted reciba y el plan que haya elegido.

Servicios de los planes de costos compartidos limitados para los nativo americanos y nativos de Alaska

- Conforme a los planes individuales con costos compartidos de **cero**, los nativo americanos y los nativo de Alaska no tienen que pagar ningún gasto de bolsillo cuando reciban servicios que califiquen como beneficios médicos esenciales.
- Conforme a los planes individuales con costos compartidos **limitados**, los nativo americanos y los nativos de Alaska tienen que pagar gastos de bolsillo **solo si reciben servicios que califiquen como beneficios médicos esenciales de un proveedor de servicios médicos para los nativo americanos, o de otro proveedor de servicios médicos que haya recibido un referido de un proveedor para los nativo americanos.**

Copagos

Un copago [*copayment*] es una cantidad fija en dólares que usted tiene que pagar cada vez que se le preste un servicio cubierto específico. Una vez que haya hecho su copago, THNM pagará el resto de los cobros. En su Resumen de Beneficios y Cobertura se indican las cantidades de los copagos de su plan, si los hay.

Coseguro

El coseguro [*coinsurance*] es un porcentaje de los cobros: THNM paga una porción y el asegurado paga la otra. Las cantidades de coseguro siguen siendo la obligación del asegurado aun después de que se haya pagado el deducible del plan. En su Resumen de Beneficios y Cobertura se indica el porcentaje que le corresponde pagar de coseguro, si lo hay.

Deducible anual (año calendario)

La cantidad que usted tiene la obligación de pagar, antes de que THNM empiece a pagar los servicios cubiertos que están sujetos al deducible de su plan durante el año calendario (del 1° de enero al 31° de diciembre). El año del plan es el período de un (1) año (364 días) que empieza el 1° de enero y termina el 31° de diciembre del mismo año. El año del plan inicial es a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del asegurado hasta el 31° de diciembre del mismo año, lo cual puede ser menos de doce (12) meses. La fecha de renovación del plan es el 1° de enero, cuando su cobertura de seguro médico, conforme a este plan, se renueva para otro año del plan.

- **Deducible individual (cobertura individual):** Si tiene cobertura individual, tiene que pagar primero su deducible individual por ciertos servicios. Una vez que se haya pagado su deducible, el plan pagará los beneficios de sus servicios cubiertos.
- **Deducible de familia (cobertura de familia):** Si tiene la cobertura de familia (o cobertura para dos [2] personas o más), su plan tiene un deducible de familia incorporado. El deducible de familia es el doble del deducible individual del plan. Se tiene que pagar el deducible de



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

familia por algunos servicios cubiertos. Una vez que se haya pagado el deducible de familia, el plan pagará los beneficios de los servicios cubiertos para todos los familiares.

Ningún familiar puede pagar más de la cantidad del deducible individual que se cuenta con respecto al deducible de familia. Una vez que un familiar haya pagado el deducible individual, el plan pagará los beneficios de los servicios cubiertos para ese familiar.

Gastos máximos de bolsillo anual (año calendario)

Su plan tiene un gasto máximo de bolsillo anual para protegerle del costo alto de una enfermedad catastrófica. Tener un gasto máximo de bolsillo quiere decir que usted no pagará más que una cantidad específica de costos compartidos por los servicios cubiertos en un año calendario. Una vez que haya pagado el gasto máximo de bolsillo anual en un año calendario, THNM pagará el cien por ciento (100%) del costo de los servicios cubiertos por el resto del año calendario, hasta la cantidad máxima del beneficio, si la hay. Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura para la cantidad del gasto máximo de bolsillo de su plan. El gasto máximo de bolsillo anual no incluye, y THNM no se hace responsable de, los cobros que no se cubren o algunos gastos, como los cobros que sobrepasan las cantidades de las tarifas habituales y razonables, aunque ya se haya pagado el gasto máximo de bolsillo.

- **Gasto máximo de bolsillo individual (individual):** Si tiene cobertura individual, su plan tiene un gasto máximo de bolsillo individual. El requisito de gasto máximo de bolsillo se cumple una vez que un asegurado pague el gasto máximo de bolsillo individual que se indica en el Resumen de Beneficios y Cobertura de su plan.
- **Gasto máximo de bolsillo de familia (cobertura de familia):** Si tiene la cobertura de familia (o cobertura para dos [2] personas o más), su plan tiene un gasto máximo de bolsillo de familia incorporado. El gasto máximo de bolsillo de familia es el doble del gasto máximo de bolsillo individual del plan.

Ningún familiar puede pagar más de la cantidad del gasto máximo de bolsillo individual que se cuenta con respecto al gasto máximo de bolsillo de familia. Una vez que un familiar haya pagado el gasto máximo de bolsillo individual, el plan pagará los beneficios de los servicios cubiertos para ese familiar. Una vez que se haya pagado el gasto máximo de bolsillo de la familia, el plan pagará los beneficios de los servicios cubiertos para todos los familiares.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

CÓMO CONSEGUIR ATENCIÓN MÉDICA

Esta sección explica cómo puede obtener acceso a la atención médica mediante un proveedor de servicios médicos de la red y cómo asegurarse de que la atención médica que reciba la cubra su plan.

A fin de proporcionarle los beneficios de su plan de manera oportuna, debe seguir los pasos básicos que se enumeran a continuación:

- Comuníquese con su médico u otro proveedor de servicios médicos de la red cuando tenga una necesidad de los servicios médicos.
- Identifíquese como asegurado del plan. Tenga a mano su tarjeta de asegurado cuando programe las citas.
- Al llegar a una cita que haya programado, enseñe su tarjeta de asegurado a la recepcionista.
- Cerciórese de que se haya conseguido la autorización previa del plan para los servicios que se describen en las secciones de *Autorización previa* y de *Servicios cubiertos* de esta Evidencia de Cobertura.
- Usted dispone de cuarenta y ocho (48) horas, a partir del momento en que ingrese al hospital, para avisar a THNM del ingreso de emergencia.
- Llame al Centro de Servicio al Cliente si tiene preguntas, dudas o quejas.

Visitas al consultorio médico

Los médicos y otros proveedores de servicios médicos de la red quienes le atienden en un consultorio médico ofrecen tanto servicios de atención médica primaria como servicios especializados. Esos servicios cubiertos incluyen exámenes médicos anuales, vacunas comunes y tratamientos de las enfermedades y lesiones con tal que no sean agudas o de emergencia. Para los servicios médicos preventivos, comunes o especializados, llame o haga una cita con su médico o con otro proveedor de servicios médicos de la red. Los proveedores de servicios médicos de la red se encargarán de conseguir la autorización previa si es necesaria, según se describe en la sección de *Autorización previa* de esta Evidencia de Cobertura.

Si necesita una cita el mismo día o si tiene una enfermedad urgente, llame al consultorio de su proveedor de servicios médicos para hacer una cita. Si su proveedor de servicios médicos no le puede atender ese mismo día, a lo mejor pueda consultar a otro médico o profesional médico que ejerce en el mismo consultorio.

Cuando llegue para su cita, enseñe su tarjeta de asegurado a la recepcionista. Si se exige que haga un copago por un beneficio particular, tiene que pagarlo antes de que le presten los servicios. Si no le es posible asistir a una cita, cáncélela cuanto antes.

Cancelación de una cita

Si necesita cancelar una cita, avise a su proveedor de atención primaria cuanto antes, pero por lo menos veinticuatro (24) horas antes de la hora programada para su cita. Si no se presentara para una cita, se le pudiera cobrar una tarifa. Este plan no paga dicha tarifa. Si va a llegar tarde para una cita, favor de avisar al personal del consultorio de su proveedor de atención primaria. Tal vez se le pida que re programe la cita.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Después de las horas hábiles

Después de las horas hábiles regulares, usted puede llamar a *THNM Care Connect* [línea de consejos de enfermería] las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana al 1-844-308-2552. El personal de enfermería certificado le puede ayudar a determinar el tipo de atención médica que sea más adecuada para usted.

Atención médica urgente

La atención médica urgente es para una situación que no pone en peligro su vida, pero que necesita atención médica rápidamente o si se necesita atención médica después de las horas hábiles regulares del consultorio de su profesional o proveedor de atención primaria. Los problemas médicos que necesitan atención médica urgente son inesperados y surgen por una enfermedad o lesión.

Unos ejemplos de situaciones de atención médica urgente son:

- Infecciones y dolor de oídos
- Fiebre y síntomas de la gripe
- Asma ligera o moderada
- Mordidas de animal
- Un objeto en el ojo o una infección de los ojos
- Cortaduras pequeñas que pudieran necesitar puntos
- Torceduras o quemaduras
- Vómitos, diarrea o deshidratación
- Lo que pudiera ser un hueso roto
- Tos, resfrío o dolor de garganta
- Dolor de espalda o en las articulaciones
- Infección del tracto urinario
- Dolor de cabeza

Si necesita ayuda para buscar el centro de atención médica urgente de la red que esté más cerca, favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente o consulte la guía de proveedores de servicios médicos. Puede consultar una lista de los centros de atención médica urgente en nuestro sitio web: www.truehealthnewmexico.com/find-a-doctor/.

Tal vez quiera llamar a su profesional o proveedor de atención primaria para hacer una cita antes de recibir atención médica de otro proveedor de servicios médicos. Si no está a su disposición su profesional o proveedor de atención primaria y persiste su problema médico, puede llamar a *THNM Care Connect* [la línea de consejos de enfermería] al 1-844-308-2552. *THNM Care Connect* está a su disposición las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. El personal de enfermería certificado le puede ayudar a decidir qué tipo de atención médica es la más apropiada para su necesidad específica.

Servicios de emergencia



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Los problemas médicos de emergencia necesitan acción enseguida. Un problema médico de emergencia es un problema médico que se sufre de repente y que parece ser, con buena razón, un problema médico que se presenta con síntomas de suficiente severidad, incluso dolor severo, y si no se recibiera atención médica enseguida, una persona prudente que no sea experta, tal vez crea que el resultado pudiera ser: poner en peligro la salud de la persona, discapacidad grave del funcionamiento del cuerpo, disfunción grave en alguna parte u órgano del cuerpo o desfiguración de la persona.

Si recibe atención médica de emergencia por una enfermedad o lesión que usted cree que necesita atención médica enseguida, su plan cubrirá los servicios. No se necesita la autorización previa para la atención médica de emergencia. Si tuviera que ingresar al hospital por su emergencia, necesitará conseguir la autorización previa, ya sea concurrente o con efectos retrospectivos, por el ingreso al hospital. Usted tiene la obligación de comunicarse con nosotros para que autoricemos su estancia en el hospital una vez que se haya estabilizado su problema médico de emergencia.

A lo mejor tenga preguntas sobre las enfermedades agudas que no son problemas médicos de emergencia. Usted se debe comunicar con su médico u otro proveedor de servicios médicos de la red antes de recurrir a la sala de emergencias, si es posible. Si su médico no está disponible, debe llamar a nuestra *THNM Care Connect Nurse Advice Line* gratis al 1-844-308-2552. Puede hablar con un(a) enfermero(a) certificado(a) las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

Lo que debe hacer en una emergencia

Si tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias que esté más cerca. Las salas de emergencias están abiertas las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Si es necesario, marque al 911 para que le ayuden. Si es posible, dígame al personal de la sala de emergencias que usted es asegurado de nuestro plan y enséñeles su tarjeta de asegurado. Dicho personal se puede comunicar con nosotros para que usted no lo tenga que hacer. Si por la situación no puede avisar enseguida a THNM, llámenos en cuanto pueda. Le orientaremos y le proporcionaremos las autorizaciones previas según sea necesario.

Servicios de emergencia en un centro clínico o de un proveedor de servicios médicos fuera de la red

La atención médica de emergencia se debe conseguir en el centro clínico o del proveedor de servicios médicos que esté más cerca, aun si dicho centro clínico o proveedor de servicios médicos no tienen contrato con nosotros. Los servicios de emergencia que le presten los proveedores de servicios médicos fuera de la red se cubrirán al nivel de benéficos de su plan así como si se los hubiera prestado un proveedor de servicios médicos de la red. **Se exige la autorización previa de THNM por los servicios que no sean de emergencia; por ejemplo, la atención médica de seguimiento por una emergencia previa. Si usted no consiguiera la autorización previa, a lo mejor THNM no pague los servicios.** Si ingresará a un centro clínico fuera de la red, llame a THNM para que le dé la autorización previa. Si no le es posible comunicarse con nosotros, lo debe hacer un familiar o la persona que le cuida.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Unos servicios que, si se reciben de un proveedor de servicios médicos fuera de la red , **no** se cubren sin autorización previa son, entre otros:

- Atención médica electiva o que no sea de emergencia, incluso la atención médica de seguimiento, y que no ponga en peligro la salud física o mental de la persona ni la salud o seguridad de un feto o una persona embarazada; que no produzca una deficiencia grave en la función corporal, la disfunción de un órgano o una parte del cuerpo o la desfiguración de la persona, y que, según una persona prudente que no sea experta, crea que pudiera ponerle en peligro, salvo si la necesidad de atención médica no se pudiera anticipar antes de salirse de la zona de servicio.
- Suministros, medicamentos y equipos médicos duraderos que se proporcionen fuera de la zona de servicio, salvo en casos de emergencias o por una enfermedad urgente, a menos que la necesidad de atención médica no se podía anticipar antes de salirse de la zona de servicio.
- Atención médica que se reciba después de que sea médicamente posible volver a la zona de servicio.

Si usted está recibiendo atención médica de emergencia en un centro clínico o de un proveedor de servicios médicos fuera de la red se puede trasladar a un centro clínico o a un proveedor de servicios médicos la red para continuar su atención médica con tal que sea seguro hacerlo. Comuníquese con su proveedor de servicios médicos de la red para que haga los arreglos del traslado.

Servicios de ambulancia

Si necesita una ambulancia, llame al 911 o al servicio de ambulancia local. Su plan cubre el transporte en ambulancia para recibir servicios de emergencia. Se necesita la **autorización previa** para situaciones de transporte que no sean de emergencia; por ejemplo, si usted tiene limitaciones físicas que requieran un vehículo médico especializado, pero no se necesita la atención médica enseguida.

Consultas virtuales

Consultas virtuales con un proveedor de servicios médicos por medio de la plataforma de consultas virtuales que ofrece THNM le permite conseguir servicios cubiertos mediante el servicio de video interactivo. Las consultas virtuales le permiten recibir servicios que no sean de emergencia en línea con un proveedor de servicios médicos designado que puede tratar y diagnosticar problemas médicos, trastornos mentales y otros problemas médicos en situaciones que se pueden tratar sin una consulta tradicional en persona en el consultorio médico, una consulta atención médica urgente o atención médica de emergencia.

Favor de consultar la sección de consultas virtuales de su Resumen de Beneficios y Cobertura para conseguir los datos de costos compartidos del asegurado.

Servicios de telemedicina

Los servicios de telemedicina con un proveedor de servicios médicos de la red le permiten conseguir servicios cubiertos por medio de la tecnología de telecomunicaciones. Las consultas de telemedicina le permiten recibir servicios que no sean de emergencia de un proveedor de



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

servicios médicos de la red que puede tratar y diagnosticar problemas médicos, trastornos mentales y otros problemas médicos en situaciones que se pueden tratar sin una consulta tradicional en persona en el consultorio médico, una consulta atención médica urgente o atención médica de emergencia. Si está inaccesible y no disponible un proveedor de servicios médicos de la red, según se definen en las normas de adecuación de redes establecidas por las leyes federales y estatales de adecuación de redes, los servicios de telemedicina que presten los proveedores de servicios médicos fuera de la red se cubrirán al nivel de beneficios del plan como si hubiera consultado a un proveedor de servicios médicos de la red.

Los servicios de telemedicina se cubren al mismo nivel que los beneficios de una consulta en persona. Favor de consultar las secciones de atención primaria, consulta con un especialista o servicios de salud mental para pacientes ambulatorios en su Resumen de Beneficios y Cobertura para conseguir los datos de costos compartidos del asegurado.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

AUTORIZACIÓN PREVIA

Se exige la autorización previa de THNM por algunos servicios antes de recibir la atención médica.

El primer paso del proceso de la autorización previa es confirmar si un tratamiento o un servicio es servicio cubierto conforme al plan. **Si el servicio no es servicio cubierto, el proceso de autorización previa no puede cambiar eso.** Usted puede confirmar si un tratamiento o un servicio es beneficio cubierto si repasa esta Evidencia de Cobertura y su Resumen de Beneficios y Cobertura, o puede llamar al Centro de Servicio al Cliente. Nuestros representantes del Centro de Servicio al Cliente le pueden proporcionar una lista de todos los servicios que necesitan autorización previa o pueden contestar las preguntas que tengan usted o su proveedor de servicios médicos referentes a ese proceso.



Para los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa, nuestro personal de administración médica revisará su caso con el asesoramiento de su proveedor de servicios médicos para ayudar a determinar si el procedimiento, tratamiento o servicio que se solicita son médicamente necesarios. **Sin la autorización previa, a lo mejor no se cubran los servicios.**

El hecho de que se reciba la autorización previa para un servicio no garantiza que se pague el servicio conforme a su cantidad de costos compartidos. Es posible que no se pague el servicio conforme a su cantidad de costos compartidos si:

- la autorización previa es distinta al servicio que se recibió; o
- si usted ya no es elegible para la cobertura de este plan.

Por ejemplo, si el número de servicios que se reciben sobrepasa el número de servicios que se haya aprobado en la autorización previa o por los límites que rigen el plan, a lo mejor no se cubran los servicios. Para asegurarse de que se haya concedido la autorización previa necesaria, llame al Centro de Servicio al Cliente antes de recibir los servicios.

¿Quiénes obtienen la autorización de THNM?

Si un proveedor de servicios médicos de la red recomienda atención médica para la cual se necesita una autorización previa, el proveedor de servicios médicos tiene la obligación de comunicarse con THNM para solicitar la autorización previa. El proveedor de servicios médicos tiene que presentar información sobre su problema médico para que podamos revisar la solicitud y determinar si el plan cubre el servicio que se solicita, y si lo cubre, si el servicio es médicamente necesario. Tal vez tengamos que hablar con el proveedor de servicios médicos sobre la solicitud. Además puede entregar una solicitud de autorización previa a THNM en su propio nombre. Puede elegir trabajar con su proveedor de servicios médicos para juntar la información que se necesitará o póngase en contacto con el Centro de Servicio al Cliente para que le ayuden.

Se exige que su proveedor de servicios médicos de la red solicite y consiga la autorización previa de nuestro personal de administración médica **antes** de que un profesional o proveedor de servicios médicos fuera de la red le preste los servicios, salvo los servicios de emergencia y la



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

atención médica urgente. No se cubrirán los servicios que preste un profesional o proveedor de servicios médicos fuera de la red a menos que se obtenga la autorización previa **antes** de recibir los servicios. **Tal vez usted tenga la obligación de pagar los cobros** que se contraigan por no obtener la autorización previa para los servicios que preste un profesional o proveedor de servicios médicos fuera de la red.

Para asegurarse de que se haya concedido la autorización previa, llame al Centro de Servicio al Cliente antes de recibir los servicios programados. Nuestros representantes del Centro de Servicio al Cliente le pueden decir por cuáles servicios se necesita la autorización previa.

Si no se consiguiera la autorización previa, pudiera ocasionar demoras en la prestación de servicios o la denegación de las demandas de seguro.

¿Cómo funciona el proceso?

THNM exige que se consiga la autorización previa para los ingresos al hospital que no sean de emergencia y para algunos de los servicios que se prestan a los pacientes ambulatorios. Cuando recibimos una solicitud de autorización previa, el personal de nuestro departamento de administración médica repasa la solicitud utilizando las directrices aceptadas a nivel nacional. Las directrices que utilizan, tanto THNM como los proveedores de servicios médicos practicantes, son consistentes con los principios clínicos bien establecidos. Si no existieran directrices para un servicio o tratamiento específico, se utilizan herramientas de recursos que se basan en la evidencia clínica.

Unos ejemplos de los servicios que necesitan la autorización previa son:

- Ingresos al hospital que no sean de emergencia
- Procedimientos avanzados de toma de imágenes, como las ecografías de *PET* [tomografía por emisión de positrones] y *CT* [tomografía computarizada] o *MRI* [las imágenes por resonancia magnética]
- Equipos médicos duraderos [*DME* por sus siglas en inglés] y aparatos protésicos externos [*EPA* por sus siglas en inglés]
- Procedimientos quirúrgicos
- Tratamientos o suministros especializados
- Servicios que se prestan fuera de la red

Decisiones de cobertura con autorización previa

Si no podemos aprobar su solicitud de autorización previa por razones clínicas, remitiremos su caso al director médico antes de avisar, tanto a usted como a su proveedor de servicios médicos, que no se ha aprobado. El director médico considerará su caso y tal vez hable con su proveedor de servicios médicos para conseguir más información. Se le avisará por escrito, tanto a usted como a su proveedor de servicios médicos, si la solicitud de autorización previa no se puede aprobar conforme a la información que hayamos recibido, o si el plan no cubre el servicio. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelar la decisión mediante nuestro proceso de apelaciones formal, o su proveedor de servicios médicos nos puede aportar más información.

¿Cuándo se lleva a cabo la revisión de autorización previa?



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Se pueden llevar a cabo tres tipos de revisiones de autorización:

- La **autorización previa** se lleva a cabo cuando recibimos una solicitud antes de que usted reciba la atención médica. Las decisiones ordinarias que no sean de emergencia con respecto a los servicios solicitados se toman en setenta y dos (72) horas, a partir de cuando se reciba la solicitud de la autorización de los medicamentos recetados y en cinco (5) días hábiles por todas las otras decisiones ordinarias y que no sean de emergencia. Le enviaremos por escrito el aviso de la decisión sobre la cobertura a usted y a su proveedor de servicios médicos. Si tiene una situación o problema médico que necesita una decisión de autorización previa enseguida, llevaremos a cabo una revisión acelerada. Para las situaciones urgentes o de emergencia, se llevarán a cabo las determinaciones previas a la prestación de servicios en veinticuatro (24) horas, a partir de cuando se reciba la solicitud.
- La **revisión concurrente** se lleva a cabo cuando recibimos una solicitud de autorización cuando usted ya está recibiendo atención médica; por ejemplo, en un hospital, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación. Las decisiones se toman en veinticuatro (24) horas, a partir de cuando se reciba la solicitud. Le enviaremos por escrito el aviso de la decisión sobre la cobertura a usted y a su proveedor de servicios médicos.
- La **revisión retrospectiva** se lleva a cabo cuando recibimos una solicitud de autorización después de que haya recibido la atención médica. Las decisiones con respecto a esos servicios se hacen en treinta (30) días, a partir de cuando se reciba toda la información necesaria.

Autorización previa para la atención médica que se necesita enseguida (acelerada)

Si tiene una situación o un problema médico y se necesita que se tome una decisión de autorización previa enseguida, llevaremos a cabo una revisión acelerada. Para situaciones urgentes o de emergencia, se llevarán a cabo revisiones concurrentes y antes de la prestación del servicio y se harán las determinaciones en las siguientes veinticuatro (24) horas, a partir de cuando se reciba la solicitud.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

SERVICIOS CUBIERTOS

Su plan cubre los servicios de atención médica que sean médicamente necesarios. Es obligatorio conseguir la autorización previa para algunos servicios. Favor de consultar la sección de *Autorización previa* de esta Evidencia de Cobertura o comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente si tiene preguntas referentes a la autorización previa. Además, a lo mejor algunos servicios tengan limitaciones. Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura para informarse sobre las limitaciones con respecto a los dólares, las consultas y/o los proveedores de servicios médicos.

Como asegurado de THNM, se exige que usted pague las cantidades de copago, coseguro y deducible que le correspondan.

El plan cubre todos los servicios de esta sección. Favor de consultar otras secciones de esta Evidencia de Cobertura para conseguir información sobre los otros servicios cubiertos: por ejemplo, la atención médica urgente y de emergencia. Además, favor de consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura o llame al Centro de Servicio al Cliente si desea conseguir más información.

Los servicios para los cuales se exige la autorización previa se indica en **letra gruesa**.

Servicios de acupuntura

Un proveedor de servicios médicos certificado de la red tiene que prestar los servicios de acupuntura, salvo si los servicios cubiertos no están disponibles en su área. Se tiene que recibir la **autorización previa** para consultar a un proveedor de servicios médicos fuera de la red. Los servicios tienen que ser apropiados para el tratamiento de un problema médico que cubra el plan. La cobertura de seguro se limita a veinte (20) consultas por año calendario. Se exige la **autorización previa** para los servicios de acupuntura con fines de rehabilitación o de recuperar las habilidades y no están sujetos a las limitaciones que rigen las consultas. Favor de consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura para las cantidades de sus costos compartidos (deducible, coseguro, copago).

Pruebas y tratamientos para las alergias

El plan cubre los beneficios de las pruebas directamente de la piel (percutáneo e intradérmico) y las pruebas de alergia con parche y la prueba de radioalergoabsorbencia [*RAST* por sus siglas en inglés], incluso las pruebas y el suero. Se exige la **autorización previa**.

Prueba de detección de alfafetoproteína IV

El plan cubre la prueba de detección alfafetoproteína IV para las mujeres embarazadas. Dicha prueba detecta ciertas anomalías genéticas en el feto. Por lo general, se hace esta prueba entre la semana dieciséis (16) y la semana veinte (20) del embarazo.

Servicios de ambulancia

Se cubre el transporte por ambulancia, ya sea terrestre o aérea, si es médicamente necesario por una emergencia si una persona prudente que no sea experta creyera que la situación pudiera poner en peligro la salud física o mental de la persona o la salud o seguridad de un feto o una



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

persona embarazada, o pudiera producir una deficiencia grave en la función corporal, disfunción de un órgano o una parte del cuerpo o la desfiguración de la persona.

El plan, con el asesoramiento del proveedor de servicios médicos del asegurado, revisará los expedientes médicos y de ambulancia para determinar si el transporte era médicamente necesario. Para utilizar los servicios de una ambulancia en una situación que no sea de emergencia, se necesita conseguir la **autorización previa** de THNM.

La razonabilidad médica de los servicios de ambulancia que no son de emergencia se establece si el estado del asegurado es tal que se contraindica el uso de cualquier otro método de transporte (p. ej., taxi, auto privado, furgoneta para sillas de rueda u otro tipo de vehículo).

El transporte médicamente apropiado por ambulancia aérea, ya sea por helicóptero o aeronave de ala fija, es un servicio cubierto solo si el estado médico del beneficiario es tal que necesita transporte inmediato y rápido en ambulancia y una ambulancia terrestre no puede proveerlo. Para determinar si se obtuvieron los servicios de ambulancia de emergencia actuando de buena fe como persona prudente/razonable que no sea experta, tomaremos en cuenta los factores siguientes:

- Si el(los) asegurado(s) cubierto(s) necesitaba(n) los servicios de ambulancia de emergencia, según se define más arriba
- Los síntomas que se presentan
- Si una persona prudente/razonable, que no sea experta y que posee un conocimiento corriente de la salud y la medicina, hubiera creído que el transporte en otro vehículo pudiera poner en peligro la salud del asegurado cubierto.
- Si su proveedor de servicios médicos del(de los) asegurado(s) cubierto(s) le(s) recomendó que consiguiera(n) los servicios de ambulancia. Dicho asesoramiento resultará en el reembolso de todos los servicios prestados que sean médicamente necesarios, salvo si se limitan o excluyen conforme a este acuerdo.
- Los servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de traumas/quemaduras de nivel I o II u otro centro debidamente designado conforme a los protocolos establecidos de tratamiento y evaluación médica inicial con fines de priorizar los servicios médicos de emergencia.

Si los servicios no son médicamente necesarios, o no los aprobó THNM, tal vez usted tenga la obligación de pagar los cobros.

Se exige la **autorización previa** de THNM para el uso de una ambulancia para los servicios que no sean de emergencia.

Trastornos del espectro autista

El plan cubre el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del espectro autista sin restricciones de edad. La cobertura incluye las pruebas con fines de detección para el diagnóstico; el tratamiento de terapia física, ocupacional y del habla; y la terapia del análisis práctico de comportamiento. La cobertura de seguro se limita al tratamiento que recete el médico que atiende al asegurado conforme al plan de tratamiento. El plan de tratamiento que elabore su



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

proveedor de servicios médicos tiene que abarcar el diagnóstico; el tratamiento que se propone clasificado por cada tipo diferente; la frecuencia y la duración del tratamiento; los resultados que se esperan indicados como metas; cuán a menudo se actualizará el plan de tratamiento y la firma del médico que le atiende. Se exige la **autorización previa** de THNM para la terapia física, ocupacional y del habla y para la terapia aplicada de análisis de comportamiento.

Este plan no cubre la atención médica que se reciba conforme a la Ley para Mejorar la Educación de las Personas con Discapacidades del 2004. Este plan no cubre la educación especial ni los servicios que son la obligación de los comités escolares locales y del estado.

Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica es la cirugía que modifica el tracto gastrointestinal con fines de reducir el consumo de calorías y, por lo tanto, reducir el peso. Antes de hacerse la cirugía bariátrica se tiene que llevar a cabo una evaluación completa, tanto médica como de comportamiento. Las indicaciones incluyen un índice de masa corporal (IMC) de treinta y cinco (35) kg/m² o más; un IMC más bajo pudiera indicar que hay algunos otros problemas médicos graves como diabetes, presión arterial alta o apnea del sueño obstructiva. Se exige la **autorización previa**. Los servicios se tienen que prestar en un centro clínico de la red que haya designado THNM.

Servicios de salud mental y de comportamiento

Los servicios cubiertos para el tratamiento de la salud mental y de comportamiento incluyen los servicios diagnósticos y terapéuticos que se reciban en un centro clínico o programa para pacientes internados o ambulatorios que sean clínicamente adecuados y que cumplan los reglamentos y las leyes federales, estatales y locales. Se cubrirán sin cobro alguno ciertos medicamentos con receta para el tratamiento de las enfermedades mentales, la salud de comportamiento y los trastornos del uso de sustancias adictivas de farmacias participantes. Favor de consultar su lista de medicamentos cubiertos en <https://www.truehealthnewmexico.com/member-pharmacy-formulary/> para más información. Favor de consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura para informarse acerca del nivel de servicios cubiertos.

El plan cubre los servicios de salud mental que sean médicamente necesarios y que se presten en ámbitos y centros clínicos que sean clínicamente adecuados, tanto para pacientes internados como ambulatorios, y a través del espectro completo de servicios clínicos para pacientes internados y ambulatorios. Se cubren los servicios de tratamientos, pruebas y evaluaciones para pacientes ambulatorios. Se cubre la hospitalización parcial y para pacientes internados para recibir la atención psiquiátrica con tal que sea médicamente necesaria para la estabilización aguda de una enfermedad mental. Los centros clínicos o programas que son clínicamente adecuados, como los centros residenciales de tratamiento, incluyen los que ofrecen un curso de servicios de salud mental claramente definido y programas especiales que presten los profesionales clínicos autorizados en un ambiente controlado que ofrezca un nivel de seguridad, supervisión y estructura que se considera médicamente apropiado. Dichos centros clínicos o programas tienen que estar autorizados y acreditados por las autoridades federales, estatales y locales debidas para prestar dichos servicios efectiva y seguramente y tienen que ser reconocidos por cuerpos de acreditación nacionales conforme a la norma de acreditación de THNM. La



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



[truehealthnewmexico.com](https://www.truehealthnewmexico.com)

atención en el ámbito de pacientes internados para los asegurados que padezcan enfermedades mentales o dependencias químicas tienen que incluir la vigilancia médica con servicios de enfermería en el mismo lugar las veinticuatro (24) horas del día y con disponibilidad médica las veinticuatro (24) horas del día. Dichos centros clínicos o programas excluyen los hogares de transición, las condiciones de vida supervisada, los hogares grupales, las casas de huéspedes u otros centros que proporcionan principalmente un ambiente compasivo y abordan las necesidades sociales a largo plazo.

Los servicios que necesitan la **autorización previa** incluyen:

- Terapia aplicada de análisis de comportamiento
- Terapia electroconvulsiva [*ECT* por sus siglas en inglés]
- Hospitalizaciones parciales
- Ingresos al hospital para pacientes internados
- Estimulación magnética transcraneal
- Centro residencial de tratamiento

Ensayos clínicos para tratar el cáncer u otros problemas médicos que ponen en peligro la vida

Se exige la **autorización previa**. El plan ofrece la cobertura de seguro en un centro clínico de Nuevo México para el cuidado de rutina de los pacientes con tal que sea médicamente necesario debido a la participación del asegurado en un ensayo clínico si:

- Se realiza el ensayo clínico para la prevención de o la prevención de la recurrencia de, la detección temprana o el tratamiento contra cáncer u otros problemas médicos que ponen en peligro la vida para el cual no existe un tratamiento convencional igualmente efectivo o más efectivo o no existe un tratamiento convencional igualmente efectivo o más efectivo contra el cáncer;
- La meta del ensayo clínico es terapéutica y no se ha elaborado exclusivamente para analizar la toxicidad ni la patofisiología de la enfermedad;
- El ensayo clínico se ofrece en Nuevo México como parte de un estudio científico de una intervención o terapia nueva que se está llevando a cabo en una institución de Nuevo México y que es para el tratamiento, los cuidados paliativos o la prevención del cáncer en los seres humanos con:
 - Metas específicas;
 - Fundamento y los antecedentes del estudio;
 - Criterios para la selección de los pacientes;
 - Dirección específica para la administración de la terapia o la intervención y para observar detalladamente a los pacientes;
 - Definición de las medidas cuantitativas para determinar la reacción al tratamiento;
 - Métodos para documentar y tratar las reacciones adversas; y
 - Expectativa razonable que el tratamiento será por lo menos tan efectivo como el tratamiento convencional contra el cáncer;
- El ensayo clínico se ofrece como parte de un ensayo clínico que ha sido aprobado, por lo menos, por uno de los siguientes:
 - Uno de los Institutos Nacionales de Salud [*National Institutes of Health*] federales;



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Un centro o grupo cooperativo de los Institutos Nacionales de Salud federales;
- La Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos [*Food and Drug Administration, FDA*] en la forma de una solicitud de aprobación de un medicamento nuevo bajo investigación;
- El Departamento de Defensa de los Estados Unidos;
- El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos; o
- Una entidad de investigaciones calificada que cumple los criterios que hayan establecido los Institutos Nacionales de Salud federales para fines de elegibilidad de subvenciones;
- La Agencia de Calidad e Investigaciones sobre la Salud [*Agency for Health Research and Quality, AHRQ*];
- Los Centros para los Servicios de los Programas Medicare y Medicaid [*Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS*];
- El Departamento de Energía [*DOE* por sus siglas en inglés]
- Una comisión evaluadora institucional que tiene contrato de control de proyectos múltiples aprobado por la Oficina de Protección de los Riesgos de las Investigaciones de los Institutos Nacionales de Salud federales ha revisado y aprobado el ensayo clínico o el estudio;
- El personal que ofrece el ensayo clínico o que está llevando a cabo el estudio:
 - Ofrece el ensayo clínico o está llevando a cabo el estudio dentro del ámbito de su práctica, experiencia y capacitación y puede ofrecer el ensayo clínico por su experiencia, capacitación y el volumen de los pacientes que trata para mantener su pericia; y
 - Está de acuerdo con aceptar el reembolso del pago en su totalidad de THNM y que no será más del nivel de reembolso correspondiente a otros servicios parecidos que prestan los proveedores de servicios médicos de nuestra misma red; y
 - Está de acuerdo con proporcionar un aviso por escrito al plan de seguro médico cuando el paciente empiece su participación y cuando se termine;
- No hay un tratamiento que no sea de investigación que sea equivalente al ensayo clínico; y los datos clínicos o preclínicos proporcionan una expectativa razonable de que el ensayo clínico será por lo menos tan efectivo como las opciones que no sean de investigación; y hay una expectativa razonable proveniente de datos clínicos que el tratamiento médico que se proporciona en el ensayo clínico será por lo menos tan efectivo como cualquier otro tratamiento.

Conforme al documento de consentimiento informado del paciente, ningún tercero tiene la obligación de encargarse de los daños y perjuicios correspondientes al tratamiento que se proporciona durante cualquier fase del ensayo clínico.

Un plan de seguro médico no proporcionará los beneficios que sustituyen una porción de un ensayo clínico si típicamente los pagan las fuentes de la industria de aparatos médicos, gubernamentales, biotécnicas o farmacéuticas.

En ningún caso tendrá la obligación el plan de seguro médico de pagar los costos fuera del estado o fuera de la red salvo si el plan de seguro médico paga el tratamiento convencional fuera del estado o fuera de la red. En ningún caso tendrá la obligación el plan de seguro médico de pagar los costos fuera del estado por cualquier ensayo clínico iniciado para fines de la



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

prevención de o la prevención de la recurrencia de cáncer u otra enfermedad que pone en peligro la vida.

Si se le denegara al asegurado la cobertura de seguro por un cobro y el mismo afirma que la denegación es infracción de la ley de Nuevo México, el asegurado puede apelar la decisión de la denegación de dicha cobertura de seguro al Superintendente de Seguros y esa apelación se acelerará para asegurar que se resuelva en no más de treinta (30) días, a partir de la fecha de la apelación al Superintendente de Seguros.

Para los fines de este servicio cubierto específico, el término de “el costo del cuidado de rutina del paciente” quiere decir:

- Un servicio o tratamiento médico que es un beneficio que ofrece el plan y que se cubriría si el paciente estuviera recibiendo el tratamiento convencional contra el cáncer u el tratamiento de otro problema médico que pone en peligro la vida.
- Un medicamento que se proporciona a un paciente durante un ensayo clínico, si dicho medicamento lo ha aprobado la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos, independientemente de si dicha organización ha aprobado, o no ha aprobado, el medicamento para tratar el problema médico específico del paciente, pero solo hasta el punto de que el fabricante, el distribuidor o el proveedor no paguen el medicamento.

Los costos del cuidado de rutina del paciente no incluyen:

- El costo de un medicamento, un aparato o un procedimiento de investigación.
- El costo de un servicio que no sea de atención médica que tiene que recibir el paciente por su participación en el ensayo clínico.
- Los costos correspondientes a la administración de la investigación del ensayo clínico.
- Los costos que no cubriría el paciente si se le proporcionaran tratamientos que no sean de investigación.
- Los costos que pagan o que no cobran los proveedores del ensayo clínico.
- Los costos del ensayo clínico si típicamente los pagan las fuentes de la industria de aparatos médicos, gubernamentales, biotécnicas o farmacéuticas.
- El costo de un medicamento, aparato o procedimiento investigativo que no ha sido aprobado por la FDA.

Rehabilitación cardíaca

Este plan proporciona la cobertura de los servicios de rehabilitación cardíaca para vigilar continuamente los electrocardiogramas [*ECG* por sus siglas en inglés], los ejercicios progresivos y para vigilar intermitente los ECG en los seis (6) meses después de un evento cardíaco que le califica.

Se exige la **autorización previa** después de diez (10) consultas.

Vacunas de la niñez

Este plan ofrece la cobertura de seguro tanto para las vacunas de la niñez como la cobertura de seguro para las dosis de refuerzo de todos los agentes de inmunización que se utilizan en las



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

vacunas de la niñez con tal que sean médicamente necesarios conforme al programa actual de vacunas que recomienda la Academia Estadounidense de Pediatría.

Quimioterapia y radioterapia

El plan cubre la quimioterapia, tanto para los pacientes internados como los pacientes ambulatorios, como parte del tratamiento de cáncer con tal que se base en las mejores prácticas desarrolladas por los expertos de cáncer principales y que sea consistente con la evidencia actual y las directrices de consenso para los oncólogos y hematólogos. Se exige la **autorización previa**.

Servicios quiroprácticos

Un proveedor de servicios médicos certificado de la red tiene que prestar los servicios quiroprácticos, salvo si los servicios cubiertos no están disponibles en su área. Se tiene que recibir la **autorización previa** para que se cubra los servicios que le preste un proveedor de servicios médicos fuera de la red. Los servicios tienen que ser apropiados para el tratamiento de un problema médico que cubra el plan. La cobertura de seguro se limita veinte (20) consultas por año calendario. Se exige la **autorización previa** para los servicios quiroprácticos con fines de rehabilitación o de recuperar las habilidades y no están sujetos a las limitaciones que rigen las consultas. Favor de consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura para las cantidades de sus costos compartidos (deducible, coseguro o copago).

Circuncisión de los varones recién nacidos

El plan cubrirá la circuncisión de los varones recién nacidos independientemente de si es hijo biológico o adoptado o si está en una situación “que se ha dado a adoptar”.

Pruebas de detección del cáncer colorrectal

El plan proporcionará la cobertura de seguro para las pruebas de detección del cáncer colorrectal a fin de determinar si están presentes condiciones precancerosas o cancerosas y otros problemas médicos.

Ropa de compresión

El plan cubre la ropa de compresión gradiente o graduada que sea médicamente necesaria con tal que la recete un médico contratado para el tratamiento de un problema médico. Dichos problemas pueden ser linfedema, várices, trombosis venosa profunda o úlceras venosas. Se tiene que conseguir la ropa de un proveedor de la red. El plan no cubre la ropa que se obtenga o que se pudiera obtener de venta libre o sin receta. Solo se reemplaza la ropa que cubre el plan cada seis (6) meses.

Suministros médicos consumibles

Solo se cubren los suministros médicos consumibles durante la hospitalización, las visitas al consultorio médico o las visitas aprobadas de atención médica en casa. El plan no cubre esos suministros si el asegurado o la familia del asegurado los utilizan en otras ocasiones. Los suministros médicos consumibles son los suministros que:

- Por lo general son desechables.
- No se pueden usar repetidamente por más de una persona.
- Por lo general se utilizan para un fin médico.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Por lo general son útiles solo para la persona que está enferma o herida.
- Los ordena o receta un proveedor de servicios médicos certificado y calificado.

Pruebas de calcificación de las arterias coronarias

Las pruebas de calcificación de las arterias coronarias detectan a tiempo la enfermedad cardiovascular. El escaneo de tomografía computarizada [CT por sus siglas en inglés] para medir las calcificaciones de las arterias coronarias [CAC por sus siglas en inglés] está a la disposición de: (1) cada asegurado cubierto de 40 a 75 años de edad o (2) los asegurados cubiertos en intervalos de cinco años si previamente han recibido un resultado de cero en un escaneo de CT que mide las CAC. Fíjese bien: Todos los servicios, incluso para los cuales se exige la autorización previa, tienen que cumplir las normas de los criterios de necesidad médica establecidos por THNM y los revisará THNM, con el asesoramiento del proveedor de servicios médicos del asegurado, y no se cubrirán si se excluyen por alguna razón conforme a este plan. No se aplican los requisitos de necesidad médica a los beneficios mandados, salvo si lo permite la ley. Algunos servicios que requieren la autorización previa no se aprobarán para el pago.

Cobertura de seguro para las personas que están participando en ensayos clínicos aprobados

Se exige la **autorización previa**. Los asegurados son elegibles para participar en ensayos clínicos aprobados conforme al protocolo con respecto al tratamiento contra el cáncer u otra enfermedad o problema médico que pone el peligro la vida y;

- a. El profesional médico que le haya remitido al ensayo clínico es proveedor de servicios médicos de la red y ha concluido que la participación del asegurado en dicho ensayo clínico sería apropiada; o
- b. El asegurado proporciona información médica o científica que establece que la participación del asegurado en dicho ensayo clínico sería apropiada.

THNM no puede negarle a un asegurado elegible la participación en un ensayo clínico aprobado con respecto al tratamiento contra el cáncer u otra enfermedad o problema médico que pone en peligro la vida. THNM no puede denegar (ni puede limitar ni imponer condiciones adicionales) la cobertura para los costos de rutina del paciente por artículos y servicios que se proporcionan al participar en el ensayo clínico. THNM no puede discriminar contra el individuo por su participación en el ensayo clínico.

COVID-19

No hay requisitos de costos compartidos por las pruebas y los servicios de atención médica que sean médicamente necesarios para COVID-19 o cualquier enfermedad o problema médico sujeto a una emergencia de salud pública mientras que esté en vigor la emergencia de salud pública. Usted no pagará copagos, deductibles o coseguro por los servicios de atención médica de COVID-19 que se reciban, ya sea en una clínica o un hospital o la atención médica remota.

Problemas de disfunción de la articulación craniomandibular [CMJ por sus siglas en inglés] y la articulación temporomandibular [TMJ por sus siglas en inglés]

El plan proporciona la cobertura de seguro para el tratamiento, tanto quirúrgico como no quirúrgico, de los trastornos de las articulaciones temporomandibular y craniomandibular,



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

conforme a las mismas condiciones, limitaciones y procedimientos de **autorización previa** que se aplican al tratamiento de cualquier otra articulación. El plan no cubre los tratamientos ni los aparatos ortodóncicos, las coronas, los puentes ni las dentaduras postizas que se utilicen para el tratamiento de esos trastornos, salvo si el trastorno lo produjo un trauma reciente.

Para que se cubra el tratamiento de trauma reciente, se tiene que recibir el tratamiento inicial en los siguientes noventa (90) días, a partir de la fecha del accidente y se tiene que finalizar el tratamiento en ciento ochenta (180) días. El tratamiento cubierto posterior se puede extender a doce (12) meses, a partir de la fecha del accidente, con tal que se determine que es médicamente necesario que se lleve a cabo en dicho período de tiempo. La cobertura de los servicios no se extenderá más allá de los doce (12) meses, a partir de la fecha del accidente.

Servicios dentales

Este plan cubre los servicios dentales que se enumeran a continuación con tal que sean médicamente necesarios y que se consiga la **autorización previa**:

- Una lesión accidental producida por una fuerza externa a los dientes naturales en buen estado, a la mandíbula o a los tejidos circundantes. Un diente en buen estado es un diente que no tenga mucha descomposición ni trauma previo; por ejemplo, un empaste o una corona. Todos los servicios que se necesiten después del tratamiento inicial tienen que corresponder al accidente inicial para que los cubra el plan (salvo si se tuvo que demorar el tratamiento por necesidad dental según lo determine THNM).
- La corrección de los problemas fisiológicos no dentales como, entre otros, la reparación del paladar hendido que ha producido una deficiencia funcional severa.
- La cirugía oral que es médicamente necesaria para tratar las infecciones o los abscesos dentales que involucran la fascia o que se han extendido más allá del espacio dental.
- La extracción de dientes infectados en preparación para un trasplante de órgano, cirugía de la sustitución de las articulaciones o radioterapia de la cabeza y el cuello.
- Para la cobertura de una lesión accidental a los dientes, el asegurado tiene que recibir el tratamiento inicial en los siguientes noventa (90) días, a partir de la fecha del accidente y se tiene que finalizar el tratamiento en ciento ochenta (180) días. El tratamiento cubierto posterior se puede extender a doce (12) meses, a partir de la fecha del accidente, con tal que se determine que es médicamente necesario que se lleve a cabo en dicho período de tiempo. La cobertura de los servicios no se extenderá más allá de los doce (12) meses, a partir de la fecha del accidente.
- El tratamiento de tumores y de quistes que requieren un examen patológico de la mandíbula, las mejillas, los labios, la lengua o el paladar y el suelo de la boca.
- La hospitalización y la anestesia general para los servicios dentales que se presten en un hospital o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios con tal que sean médicamente necesarios o;
 - El asegurado manifiesta un problema físico, intelectual o médico que le afecta médicamente por el cual no se espera que el tratamiento dental bajo anestesia local, ya sea con o sin modalidades y técnicas adyuvantes adicionales, produzca un resultado exitoso and para quien se espera que el tratamiento dental bajo anestesia general produciría resultados superiores;



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- La anestesia local es inefectiva para el asegurado debido a una infección severa, una variación anatómica o una alergia;
- El asegurado es un menor dependiente cubierto de diecinueve (19) años o menor que es sumamente no cooperativo, temeroso, ansioso o no comunicativo y cuyas necesidades de servicios dentales son de tal magnitud que se tendrá que postergar o deferir el tratamiento y para quien se espera que la falta de tratamiento producirá infecciones o dolores dentales u orales, la pérdida de dientes o un aumento en la morbilidad dental u oral;
- El asegurado ha sufrido un trauma oral, facial o dental extensivo para el cual el tratamiento bajo anestesia local sería inefectivo o le pudiera poner en peligro; u
- Otros procedimientos dentales para los cuales es médicamente necesaria la hospitalización o la anestesia general en un hospital o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.

Se aplicarán las cantidades de los copagos, del coseguro y del deducible que se indican en su Resumen de Beneficios y Cobertura. Su plan no cubre la atención dental de rutina.

Suministros y tratamientos para la diabetes

El plan cubre los suministros y tratamientos para la diabetes insulínica, la diabetes que no es insulínica o los niveles altos de azúcar en la sangre provocado por un embarazo y se aplicarán las cantidades de costos compartidos del plan. Unos ejemplos de tratamientos y suministros son, entre otros:

- Monitores de glucosa en la sangre, incluso para las personas consideradas legalmente ciegas
- Tiras de análisis
- Tiras con resultados visuales de los análisis de la orina y de cetona
- Botiquines de *Glucagon* para emergencias
- Insulina
- Agentes orales recetados
- Aparatos para ayudar con las inyecciones, incluso los que se adaptan para ayudar a las personas consideradas legalmente ciegas
- Lancetas y aparatos para las lancetas
- Aparatos de podología para la prevención de las complicaciones en los pies por el daño neural de la diabetes, incluso los zapatos terapéuticos moldeados o de profundidad incrustada, las órtesis funcionales, las plantillas moldeadas a la medida, las plantillas de repuesto, los aparatos con fines de prevención y las modificaciones de los zapatos para la prevención y tratamiento. Se exige la **autorización previa** para los aparatos de podología a fin de determinar la necesidad médica.
- Consultas médicas y atención médica de seguimiento después del diagnóstico
- Jeringas

Con tal que lo recete o lo diagnostique un profesional médico, todos los individuos que padecen diabetes tienen derecho a la capacitación para el manejo de la enfermedad por su cuenta que la proporciona un profesional médico certificado, registrado o acreditado que haya recibido instrucción recientemente sobre el manejo de la diabetes, se limita a:

- La capacitación para el manejo de la diabetes por su cuenta la tiene que proporcionar un profesional médico certificado, registrado o acreditado que haya recibido instrucción recientemente sobre el manejo de la diabetes, se limitará a:



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Las consultas que sean médicamente necesarias una vez que se diagnostique la diabetes;
- Las consultas después del diagnóstico de un médico el cual representa un cambio considerable en los síntomas o el estado del paciente que justifiquen cambios en el manejo de la enfermedad por su cuenta;
- Las consultas para recibir instrucción de nuevo o un curso de actualización que recete un profesional médico con la autoridad de recetar; y
- La terapia de nutrición médica correspondiente al manejo de la diabetes.

Cuando la Administración de Medicamentos y Alimentos [*FDA* por sus siglas en inglés] apruebe aparatos o medicamentos recetados o equipos que sean mejores o más nuevos para el tratamiento de la diabetes, la insulina o suministros para el tratamiento de la diabetes, THNM mantendrá una lista de medicamentos debidamente para proporcionar dichos recursos a los individuos que padecen diabetes; y cubrirá los equipos, los aparatos, la insulina o los suministros conforme a los límites del plan del asegurado.

Llame al Centro de Servicio al Cliente si tiene preguntas con respecto a estos requisitos.

Servicios diagnósticos

Los servicios diagnósticos son pruebas que se llevan a cabo para determinar si tiene un problema médico o para determinar el estado de un problema médico actual. El plan cubre las pruebas de laboratorio, las radiografías u otras pruebas diagnósticas con tal que sean médicamente necesarias. Se exige la **autorización previa** de THNM para algunos servicios.

Unos ejemplos de servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Pruebas de laboratorio clínicas
- Tomografía computarizada [*CT* por sus siglas en inglés]: Se exige la **autorización previa**
- Pruebas genéticas: Se exige la **autorización previa**
- Ecocardiogramas
- Imágenes por resonancia magnética [*MRI* por sus siglas en inglés]: Se exige la **autorización previa**
- Tomografía por emisión de positrones [*PET* por sus siglas en inglés]: Se exige la **autorización previa**
- Pruebas de la función pulmonar
- Servicios de radiología/rayos X
- Estudios de los trastornos del sueño en casa o en un centro clínico
- Pruebas de ultrasonido

Servicios de diálisis

El plan cubre servicios de diálisis agudos y crónicos incluso la diálisis renal (hemodiálisis) y diálisis peritoneal ambulatoria continua [*continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD*]. Se exige la **autorización previa** de THNM para los servicios de diálisis.

Equipos médicos duraderos [*DME* por sus siglas en inglés]

El plan cubre los equipos médicos duraderos con tal que THNM conceda la **autorización previa**.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

La cobertura incluye el alquiler o la compra de los equipos médicos duraderos, según nuestro criterio. Unos ejemplos de equipos médicos duraderos son, entre otros: muletas, audífonos, camas de hospital, prótesis, órtesis, equipos para el oxígeno, sillas de rueda, andadores, suministros de cuidado de las heridas. Para información acerca de los aparatos médicos implantados, como los marcapasos o la sustitución de las articulaciones, favor de consultar la sección de *Aparatos médicos implantados* a continuación.

Aparatos protésicos cubiertos. Los aparatos protésicos son aparatos artificiales que sustituyen o aumentan una parte del cuerpo discapacitada o que falta. Se cubre la compra, las alteraciones y los ajustes necesarios de los suministros y aparatos protésicos que sustituyen toda o parte de la función de una parte del cuerpo que no funciona o que es inoperable permanentemente si sustituyen una extremidad u otra parte del cuerpo después de la amputación, ya sea quirúrgica o accidental, y/o cuando el crecimiento del cuerpo hace necesario la sustitución.

Unos ejemplos de los aparatos protésicos incluyen, entre otros:

- prótesis de seno si es necesaria debido a una mastectomía y mastectomía profiláctica
- extremidades artificiales
- ojo protésico
- sustitución de las articulaciones
- marcapasos cardíacos
- tubos de traqueostomía e implantes cocleares

Los equipos médicos duraderos deben poderse usar repetidamente, los pueden usar otras personas, se utilizan para un fin médico y, por lo general, no son útiles para las personas que no estén enfermas o heridas.

Se cubren los vendajes quirúrgicos que requieren receta de un profesional/proveedor de servicios médicos y que no se pueden comprar sin receta con tal que sean médicamente necesarios para el tratamiento de una herida causada por, o tratada con, un procedimiento quirúrgico.

Las exclusiones y limitaciones que se presentan a continuación rigen la cobertura del seguro para los equipos médicos duraderos:

- No se cubren las órtesis para los pies o los aparatos para los zapatos, salvo para nuestros asegurados que padecen neuropatía diabética u otra neuropatía significativa.
- Se cubren las órtesis para los pies de rodilla y tobillo [*knee-ankle foot orthoses, KAFO*] y las órtesis para los pies y el tobillo [*ankle-foot orthoses, AFO*] fabricadas a medida para los asegurados cubiertos conforme a las directrices aceptadas nacionalmente.
- La cobertura de seguro es solo para los equipos que sean médicamente adecuados y no incluye las aplicaciones especiales, mejoras o accesorios para los equipos, a menos que sean médicamente necesarios.
- El plan cubre el alquiler o la compra de equipos médicos duraderos con tal que sean médicamente necesarios, incluso los arreglos y los ajustes de dichos equipos. No cubriremos los arreglos que sean más caros que el precio del equipo. A lo mejor el plan cubra el arreglo de equipos médicos duraderos o de aparatos de órtesis o prótesis que ya eran propiedad del asegurado y no se hayan proporcionado mediante el plan, salvo lo que se define en la sección



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

de suministros y tratamientos para la diabetes. La cobertura de seguro para estos arreglos queda a criterio de THNM.

- Aparatos protésicos. Aparatos de auxilio artificiales incluso aparatos de síntesis del habla, salvo los artículos como beneficios cubiertos en esta sección.
- THNM sigue las directrices establecidas por el Programa Medicare con respecto a la vida útil de los equipos médicos duraderos. Se espera que duren por lo menos cinco (5) años.
- El plan no cubre el repuesto si se pierde, se lo roban, se usa incorrectamente, se maltrata o se destruye. El plan no cubre el repuesto si el paciente regala o vende el equipo indebidamente.
- El plan no cubre el repuesto de los equipos médicos duraderos solo porque haya caducado la garantía o porque estén disponibles equipos mejores o nuevos. El plan no cubre equipos médicos duraderos iguales o extra para la comodidad, la conveniencia o los viajes del asegurado. Artículos de uso personal incluso, entre otros, un aparato, objeto o servicio que es para la comodidad y facilidad y que no es principalmente algo médico; por ejemplo, sillas/banquillos para la ducha o bañera, asientos, barras de seguridad para el baño, regaderas, Jacuzzis, inhaladores, accesorios como canastas, bandejas, asientos o sombrillas para las sillas de ruedas, andadores y carriolas, ropa, almohadas, ventiladores, humidificadores y sillas y camas especiales (se excluye lo que se cubra conforme al beneficio de equipos médicos duraderos).
- El plan no cubre equipos médicos duraderos que se obtengan del internet o de proveedores de servicios médicos fuera de la red sin **autorización previa**.
- Vendajes quirúrgicos
 - No se cubren los suministros médicos desechables comunes que se pueden comprar sin receta; por ejemplo, entre otros, vendajes, vendajes adhesivos, gasa (como de 4 por 4 pulgadas), vendajes elásticos que se envuelven, salvo si se proveen en un hospital o en el consultorio de un profesional/proveedor de servicios médicos o si lo proporciona un profesional de atención médica en casa.
 - No se cubren los guantes, a menos que sean parte de un botiquín de tratamiento de las heridas
 - Medias elásticas de compresión

Productos de nutrición enteral

El plan cubre los productos de nutrición enteral y los suministros y equipos médicos duraderos que se necesitan para administrarlos con tal que la nutrición enteral sea médicamente necesaria. Un médico tiene que recetar la nutrición enteral; se tiene que administrar con una sonda nasogástrica; y tienen que ser la fuente de nutrición principal del asegurado. El plan no cubre los productos orales de nutrición aun si los receta o los administra un médico.

La nutrición parenteral total [*Total Parenteral Nutrition, TPN*] es la administración de nutrientes por sondas intravenosas a través de las venas centrales o periféricas y se cubre con tal que lo ordene un profesional/proveedor de servicios médicos

El plan no cubrirá los alimentos que se compran en un mercado o de un suministrador del internet como si fueran alimentos médicos especiales.

Aparatos protésicos externos [EPA por sus siglas en inglés]



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

El plan cubre los aparatos protésicos externos que sean necesarios para llevar a cabo las actividades ordinarias de la vida cotidiana. Se exige la **autorización previa** de THNM para los aparatos protésicos externos. Los aparatos protésicos externos son sustitutos artificiales que se ponen en o se fijan a una parte externa del cuerpo; que se utilizan para sustituir una parte que falte (por ejemplo, una pierna, un brazo o una mano); o que se necesitan para aliviar o corregir una enfermedad, una lesión o un defecto congénito.

Las siguientes exclusiones y limitaciones corresponden a la cobertura de los aparatos protésicos externos:

- El plan cubre los aparatos protésicos externos para las personas que caminan con un nivel K1-3. No se cubren los aparatos protésicos externos para las personas que caminan con un nivel 0 o 4.
- Este plan cubre el repuesto de los aparatos protésicos externos si se necesitan por el crecimiento normal del cuerpo o por los cambios debido a las enfermedades o las lesiones.
- El plan sigue las directrices del Programa Medicare para determinar la vida útil de los aparatos protésicos externos.
- El plan cubre los aparatos protésicos externos prefabricados salvo si hay documentación clínica que confirme que los aparatos protésicos externos a la medida son médicamente necesarios. Eso incluye las mejoras o los accesorios que no tienen fines terapéuticos.
- No se cubren los aparatos protésicos externos para poder participar en actividades de recreo o de tiempo libre.
- No se cubren los aparatos protésicos externos para poder jugar un deporte.
- Se cubre el arreglo o el repuesto de los aparatos protésicos externos con tal que THNM determine que sean médicamente necesarios.
- No se cubre el arreglo ni el repuesto de los aparatos protésicos externos si se pierden, se roban o se destruyen.
- El plan no cubre los aparatos protésicos externos iguales o extra para la comodidad o la conveniencia del asegurado.

Servicios de planificación familiar

El plan cubre los servicios de planificación familiar. Los servicios cubiertos incluyen los aparatos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos [*Food and Drug Administration, FDA*] y otros servicios como:

- Instrucción sobre la salud
- Algunos servicios, medicamentos y aparatos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos [*FDA* por sus siglas en inglés]
- Pruebas de embarazo y el asesoramiento
- Vasectomías

Para los siguientes servicios de planificación familiar, no se aplicarán el coseguro, el deducible, el copago ni los beneficios máximos con tal que se reciban de un proveedor de servicios médicos que participe en el plan.

- Aparatos anticonceptivos femeninos y masculinos de venta libre (que se enumeran en la lista de medicamentos) con una receta médica de un proveedor de servicios médicos.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Un suministro máximo de seis (6) meses de medicamentos y aparatos anticonceptivos selectos aprobados por la *FDA* de las siguientes categorías de servicios, medicamentos y aparatos anticonceptivos aprobados por la *FDA*, sujetos a cambios si se modifican las directrices de la *FDA*; anticonceptivos solo de progestina, anticonceptivos combinados, anticonceptivos de emergencia, anticonceptivos orales continuos o de ciclo extendido, capuchones cervicales, diafragmas, anticonceptivos implantables, aparatos intrauterinos [*IUD* por sus siglas en inglés], inyectables, anticonceptivos transdérmicos y aparatos anticonceptivos vaginales. Se enumeran los medicamentos y aparatos anticonceptivos cubiertos aprobados por la *FDA* en nuestra lista de medicamentos (vea más abajo) o puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de THNM.
- Los servicios anticonceptivos para pacientes ambulatorias, tales como los exámenes, algunos procedimientos (como ultrasonidos y anestesia si es medicamento necesario) y servicios médicos que se prestan a pacientes ambulatorias correspondientes al uso de métodos anticonceptivos (incluso el método natural de planificación familiar) para prevenir los embarazos accidentales.
- Procedimientos de esterilización femenina quirúrgica (aparte de la histerectomía), incluso la ligadura de trompas.

Consulte la lista de medicamentos [*formulary*] de THNM que está disponible en nuestro sitio web en <https://www.truehealthnewmexico.com/member-pharmacy-formulary/> para los métodos anticonceptivos genéricos preferenciales, ya sean anticonceptivos inyectables, aparatos anticonceptivos o anticonceptivos orales preferenciales. Desplace hacia abajo al título de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y haga clic en el enlace de la lista de medicamentos correspondiente.

Servicios de cambio de género

La cirugía de cambio de género se cubre con limitaciones. Se exige la **autorización previa**. La transición para volver al género natal no es un beneficio cubierto. No se cubren las revisiones después de la cirugía de cambio de género salvo si hay una complicación que ponga en peligro la vida o que prevenga la actividad fisiológica normal. No se cubren los procedimientos que se consideran cosméticos para la cirugía de cambio de género.

Terapia de hormonas de crecimiento

Tal vez se cubra la terapia de hormonas de crecimiento si un endocrinólogo proporciona expedientes médicos que respaldan la solicitud de la terapia de hormonas de crecimiento. La terapia tiene que ser para un diagnóstico médico que cubra el plan. Este plan no cubre el tratamiento de hormonas de crecimiento para los niños cuya estatura bajita es idiopática.

Servicios para recuperar las habilidades

Los servicios para recuperar las habilidades son servicios que ayudan a una persona mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana. Esos servicios pueden ser de terapia física, ocupacional, de patología del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de clínicas, tanto para pacientes internados como pacientes ambulatorios. Se exige la **autorización previa** para los servicios físicos y ocupacionales después de (10) consultas.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



[truehealthnewmexico.com](https://www.truehealthnewmexico.com)

Audífonos para los niños dependientes

Este plan cubre un (1) audífono para cada oído cada tres (3) años como beneficio cubierto. La cobertura de audífonos incluirá los servicios que presten un audiólogo, proveedor de audífonos o médico para ajustes y proveer los audífonos, incluso proporcionar los moldes de los oídos, según sea necesario, para que les sigan quedando lo mejor posible.

Un audiólogo, proveedor de audífonos o médico de la red tienen que prestar los servicios.

Servicios de audición

Se cubren los exámenes del oído con tal que se utilicen para diagnosticar y tratar las lesiones o las enfermedades del oído. Se cubren las pruebas rutinarias para detectar problemas auditivos que lleven a cabo los médicos de atención primaria.

Servicios de atención médica en casa

Se cubren los servicios de atención médica en casa para los asegurados quienes estén confinados a su casa y necesiten servicios de enfermería especializada y que no puedan recibir atención médica en un centro clínico para pacientes ambulatorios. Los servicios de atención médica en casa se tienen que prestar conforme a una orden escrita de un médico acreditado y dicha orden se tiene que renovar por lo menos cada sesenta (60) días. Un proveedor de servicios médicos calificado y certificado tiene que prestar los servicios. Se limitan las visitas de atención médica en casa a cien (100) visitas de cuatro (4) horas por asegurado cada año.

Los servicios de atención médica en casa incluyen:

- Visitas del personal de enfermería profesional de la red incluso, entre otros, enfermeros(as) practicantes, enfermeros(as) certificados(as) y otros profesionales de salud de la red, como los terapeutas físicos, ocupacionales y respiratorios, los patólogos del habla, los asistentes de salud en el hogar, los trabajadores sociales y los dietistas.
- La administración o el uso de suministros médicos consumibles y los equipos médicos duraderos por el personal profesional durante una visita aprobada de atención médica en casa.
- Medicamentos cubiertos que haya recetado un proveedor de servicios médicos de la red por la duración de los servicios de atención médica en casa.
- Servicios de laboratorio.

Se cubrirán los servicios de terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla que se presten en casa con tal que se consiga la **autorización previa** de THNM. Eso se limita a los servicios que se presten conforme a una orden escrita de un médico.

Este plan **no** cubre:

- Los servicios de enfermería particulares.
- Las necesidades en cuanto a la ayuda de limpieza o aseo personal para hacer las actividades normales de la vida cotidiana, las cuales pueda llevar a cabo el personal médico no certificado, no califican como servicios de atención médica en casa y por lo tanto no los cubre el plan. Unos ejemplos de ayuda de limpieza o aseo personal que no se cubren son, entre otros, para bañar, alimentar, preparar comidas o realizar labores domésticas.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Servicios de atención médica para pacientes terminales [hospice]

El plan cubre los servicios de atención médica para pacientes que padecen enfermedades terminales. Los servicios se tienen que prestar bajo un programa aprobado de atención médica para pacientes terminales y por un proveedor de servicios médicos certificado y calificado.

Los servicios los tiene que prestar el personal de un programa aprobado de atención médica para pacientes terminales durante el período del beneficio de atención médica para pacientes terminales y no se cubrirán los servicios cubiertos si duplican los que ya tiene a su disposición. Los beneficios que se presten en un centro clínico de atención médica para pacientes terminales o en un centro de otro tipo necesitan tanto la **autorización** de su profesional médico/proveedor de servicios médicos como la **autorización previa** de THNM.

El período del beneficio de atención médica para pacientes terminales se define según se explica a continuación:

- A partir de la fecha en que su profesional médico/proveedor de servicios médicos certifique que usted padece una enfermedad terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos.
- Termina seis (6) meses después de que haya comenzado o cuando fallezca.
- Si usted necesita una extensión del período del beneficio de atención médica para pacientes terminales, el centro de servicios de atención médica para pacientes terminales tiene que aportar un nuevo plan de tratamiento y su profesional médico o proveedor de servicios médicos tiene que autorizar de nuevo su estado médico con nosotros. No autorizaremos más de un período adicional del beneficio de atención médica para pacientes terminales.
- Usted tiene que ser un asegurado cubierto por el plan durante todo el período del beneficio de atención médica para pacientes terminales.

Se cubren los servicios siguientes:

- Atención médica para pacientes terminales internados
- Consultas con profesionales médicos/proveedores de servicios médicos certificados por un programa de servicios de atención médica para pacientes terminales
- Servicios de atención médica en casa que apruebe el personal de atención médica en casa
- Terapia física
- Suministros médicos
- Medicamentos recetados y medicamentos para aliviar el dolor y el malestar que esté relacionado específicamente con la enfermedad terminal
- Transporte médico
- Cuidados de relevo (atención médica que le ofrece alivio al cuidador) por un período de no más de cinco días continuos por cada sesenta (60) días de atención médica para pacientes terminales. No estarán disponibles más de dos estancias de cuidados de relevo durante un período de beneficio de atención médica para pacientes terminales.

Exclusiones

Este plan **no** cubre:



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Alimentos, alojamiento o la entrega a domicilio de comidas
- Servicios ayuda de limpieza o aseo personal
- Artículos de comodidad
- Servicios de enfermería particulares
- Servicios de apoyo que proporcione la familia del paciente terminal cuando haya terminado el beneficio del asegurado

Si no está disponible un programa certificado de atención médica para pacientes terminales, aplican los beneficios de servicios de atención médica en casa.

Terapia de oxígeno hiperbárico

La terapia de oxígeno hiperbárico es beneficio cubierto solo si se propone la terapia para un problema médico que se reconoce como una de las indicaciones aceptadas según la define el Comité de Terapia de Oxígeno Hiperbárico de la Sociedad Médica Hiperbárica y Submarina [*Hyperbaric Oxygen Therapy Committee of the Undersea and Hyperbaric Medical Society, UHMS*] o según sea médicamente necesario. Se exige la **autorización previa**.

Hipnoterapia (limitada)

Se exige la **autorización previa**. Solo se cubre la hipnoterapia si la lleva a cabo un anestesista o psiquiatra capacitados para utilizar la hipnosis si es médicamente necesaria o si:

- Se utiliza en las dos semanas antes de la cirugía para controlar el dolor crónico y
- Para controlar el dolor crónico si forma parte de un plan de tratamiento coordinado

Enfermedades y lesiones

El plan cubrirá la atención médica primaria y los servicios de especialistas para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.

Aparatos médicos implantados

Se exige la **autorización previa** de THNM para los aparatos médicos implantados. Los tiene que ordenar un proveedor de servicios médicos de la red. Dichos aparatos incluyen, entre otros, los marcapasos, las articulaciones artificiales de la cadera, los implantes cocleares y los stents cardíacos.

La cobertura de seguro consiste en los aparatos y soportes internos para las partes defectuosas del cuerpo, ya sean permanentes o temporales. Además, el plan cubrirá el costo de los arreglos y el mantenimiento de los aparatos cubiertos.

Tratamiento de la infertilidad

El plan cubrirá el diagnóstico y tratamiento de un problema médico que produce la infertilidad, con unas limitaciones. Solo se cubren los servicios con tal que los preste un proveedor de servicios médicos de la red. Se limitan los beneficios relacionados con la infertilidad a las pruebas, el diagnóstico y los procedimientos correctivos. Favor de consultar la sección de *Servicios que no cubre su plan (exclusiones)* de la Evidencia de Cobertura para los detalles de las exclusiones.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Terapia de infusión

Se han identificado unos servicios de infusión de medicamentos de mantenimiento rutinarios para pacientes ambulatorios que se pueden administrar fuera del entorno del hospital. A lo mejor sean más bajos los gastos de bolsillo de los asegurados si un proveedor de servicios profesional presta los servicios en un centro de infusiones, una casa o un consultorio, en vez de un hospital. El programa del sitio de atención médica de THNM se elaboró teniendo eso en cuenta. THNM tiene contratos con centros clínicos más económicos, mientras que mantenemos la atención médica de calidad para nuestros asegurados. THNM utiliza un programa del sitio de atención médica [*site of care*] para orientar a los asegurados a un local que sea el más económico pero clínicamente adecuado para recibir medicamentos especializados selectos infundidos. El programa del sitio de atención médica se administra como parte del programa de autorización previa (aprobación previa) y se exige para ciertos medicamentos. En el programa del sitio de atención médica, medicamentos dirigidos requieren la infusión en un centro de infusión ambulatorio o infusión en un entorno domiciliario. Se exige la **autorización previa** para todos los medicamentos infundidos por el programa del sitio de atención médica. La lista de medicamentos del sitio de atención médica está sujeta a cambios. Se revisan individualmente las exenciones a los requisitos del programa del sitio de atención médica.

Servicios de atención médica aguda para pacientes internados en el hospital

Se exige la **autorización previa** de THNM para los servicios de atención médica que se prestan a los pacientes internados en el hospital. Dichos servicios incluyen el tratamiento y la evaluación de problemas médicos para los cuales no sería apropiada la atención médica para pacientes ambulatorios.

Servicios de atención médica aguda a largo plazo para pacientes internados en el hospital

Los servicios de atención médica aguda a largo plazo en el hospital son servicios de atención médica por un período más largo para los pacientes internados con problemas médicos que no se puedan tratar en un centro clínico que ofrece un nivel más bajo de atención médica. Dichos servicios incluyen la atención médica pulmonar, el tratamiento avanzado para las heridas y atención médica crítica. Se exige la **autorización previa** de THNM para las estancias en los hospitales que prestan servicios de atención médica aguda a largo plazo [*Long Term Acute Care, LTAC*].

Servicios de rehabilitación para los pacientes internados en el hospital

El plan cubre los servicios para los pacientes internados en un centro clínico de rehabilitación aguda. Se exige la **autorización previa** de THNM para los servicios y los tiene que prestar un proveedor médico calificado y certificado.

Prótesis internas

El plan cubre las prótesis y/o los aparatos médicos internos o con tal que los ordene un médico y se exige la **autorización previa** de THNM.

Cirugía facial o de la mandíbula

La cirugía tiene que ser para la corrección de un trastorno funcional significativo. Las deformidades esqueléticas tienen que provenir de una lesión accidental, un defecto congénito o



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

del desarrollo o una enfermedad de la mandíbula y/o de los huesos faciales. El plan no cubre los procedimientos dentales, los frenillos de ortodoncia, la cirugía para mejorar la apariencia física u otros servicios si se determina que no son médicamente necesarios.

Atención médica de maternidad

Su plan cubre servicios de maternidad, ya sea en un hospital o en un centro de alumbramiento acreditados, incluso la atención médica prenatal y posnatal. Además, el plan cubre la atención médica que se reciba durante el período posparto por un alumbramiento normal, un aborto espontáneo (malparto) y las complicaciones del embarazo. La cobertura de seguro para la mamá será durante por lo menos cuarenta y ocho (48) horas de atención médica para pacientes internadas después de un parto vaginal, y por lo menos noventa y seis (96) horas después de una cesárea. El médico que le atiende, con el asesoramiento de la mamá, tiene que tomar la decisión de reducir la estancia en el hospital para la mamá internada y para el recién nacido.

Si el hospital o el centro de alumbramiento acreditado decidiera reducir la estancia en el hospital a menos de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal o menos de noventa y seis (96) horas después de una cesárea, el plan proporciona la cobertura de seguro de, por lo menos, tres (3) visitas de atención médica en casa. Si el médico que le atiende o el proveedor de servicios médicos en casa y la mamá coinciden en que menos vistas son suficientes, se puede reducir el número de visitas. La atención médica en casa puede incluir instrucción para los padres, ayuda y capacitación sobre la lactancia materna y la alimentación con biberón y la administración de todos los análisis clínicos debidos. **Su plan no cubre los partos en casa.** Favor de consultar la sección de *Servicios que no cubre su plan (exclusiones)* de esta Evidencia de Cobertura para conseguir información más detallada. 

Servicios de transporte de maternidad

El plan cubre el transporte terrestre y/o aéreo al centro clínico certificado que esté disponible y más cerca para las mujeres que tengan embarazos de alto riesgo con un parto inminente de un bebé que pudiera ser viable. Además, el plan cubre el transporte al centro clínico de atención médica terciaria que esté disponible y más cerca si es necesario para proteger la vida del bebé. Consulte la sección de *Servicios de ambulancia* de esta Evidencia de Cobertura para más información.

Medicamentos médicos

Los medicamentos médicos se definen como medicamentos administrados en el consultorio de un proveedor de servicios médicos, en un centro clínico, en un sitio de infusión o en casa, los cuales tiene que administrar un profesional de atención médica. Los medicamentos incluyen, entre otros, los medicamentos orales o inhalados o los que se administran por inyección o infusión. Por lo general, los medicamentos que un profesional de atención médica tiene que administrar se cobran conforme al beneficio médico y a lo mejor se exija la **autorización previa** de THNM.

Tratamiento de la obesidad mórbida

Se define la obesidad mórbida como una condición de pesar más de cien (100) libras que el peso ideal del cuerpo de la persona. El plan cubre el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

con tal que sea médicamente necesario y con tal que se cumplan los criterios médicos definidos. Se exige la **autorización previa**. Los criterios varían dependiendo del tipo de cirugía. THNM utiliza las directrices aceptadas a nivel nacional para hacer esas determinaciones. El plan cubre un procedimiento quirúrgico nuevo para cada asegurado durante la vida. A lo mejor se cubran el tratamiento para el mantenimiento, o la inversión que sea médicamente necesaria, de un procedimiento quirúrgico que se haya llevado a cabo anteriormente con tal que se consiga la **autorización previa** de THNM.

Cobertura de seguro para los hijos recién nacidos y niños adoptados

Los hijos recién nacidos y niños adoptados de un asegurado se cubren a partir del momento de su nacimiento o adopción con tal que el recién nacido o el niño adoptado se inscriban en el plan en los siguientes sesenta (60) días, a partir del momento de su nacimiento o adopción. Favor de consultar la sección de *Inscripción* de esta Evidencia de Cobertura para conseguir más información.

El plan cubre las lesiones o las enfermedades de los recién nacidos. El niño puede ser biológico o adoptado o en una situación de adopción. Eso incluye la circuncisión para los varones recién nacidos y el tratamiento y la atención médica necesaria para las anomalías y los defectos congénitos que se hayan diagnosticado médicamente. El plan cubre el transporte terrestre o aéreo al centro clínico de atención médica terciaria que esté disponible y más cerca si es necesario para proteger la vida del bebé.

Evaluación nutricional

El plan cubre el asesoramiento y las evaluaciones dietéticas para el manejo médico de una enfermedad, incluso de la obesidad. Los servicios los tiene que prestar un proveedor médico calificado y certificado o un dietista certificado. Favor de consultar la sección de *Servicios que no cubre su plan (exclusiones)* de esta Evidencia de Cobertura para conseguir información detallada.

Servicios de observación

El plan cubre los servicios de observación que se definen como servicios para pacientes ambulatorios prestados por un hospital y un profesional/proveedor de servicios médicos en las instalaciones del hospital. Los servicios pueden incluir el uso de una cama y la supervisión periódica por el personal de enfermería del hospital, que es necesaria y que tiene la obligación de

- Evaluar la condición del paciente ambulatorio;
- Determinar si es necesario ingresar al hospital; o
- Si se anticipa o sucede el mejoramiento rápido de la condición del paciente.

Si un hospital pone a un paciente bajo la observación de pacientes ambulatorios, se basa en la orden escrita del proveedor de servicios médicos.

Para la transición de la observación al ingreso como paciente internado, a lo mejor se tengan que cumplir los criterios del nivel de atención médica. El período de tiempo que se pase en el



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

hospital no es el único factor que un asegurador puede utilizar para determinar si debe estar bajo observación en vez de una estancia como paciente internado.

Se exige la **autorización previa** por la observación de más de 24 horas.

Medicamentos contra el cáncer que se administran oralmente

Este plan ofrece la cobertura de seguro para los medicamentos contra el cáncer que se administran oralmente los cuales se utilizan para detener o poner fin al crecimiento de las células cancerosas. La cobertura de esos medicamentos está sujeta a los mismos requisitos de **autorización previa** que rigen los medicamentos contra el cáncer que se inyectan por vía intravenosa y que cubre el plan. Los medicamentos que se administran oralmente no pueden costar más que los medicamentos equivalentes que se inyectan por vía intravenosa. Los medicamentos que se inyectan por vía intravenosa no pueden costar más que los medicamentos que se administran oralmente.

Servicios de trasplante de órganos

El plan cubre los servicios de trasplante de tejidos y órganos humanos con tal que se consiga la **autorización previa** de THNM y con tal que los servicios se presten en centros clínicos de excelencia reconocidos [*Centers of Excellence*] en los Estados Unidos.

Los centros de excelencia [*Centers of Excellence, COE*] prestan servicios especializados que proveen niveles de pericia y recursos excepcionalmente altos centrados en problemas médicos específicos. Los COE ofrecen programas que proporcionan atención médica avanzada y especializada; acceso a especialistas de primera categoría; una amplia gama de servicios; experiencias excepcionales para los pacientes; atención médica interdisciplinaria coordinada para asegurar los mejores resultados. Los asegurados de True Health New Mexico tienen acceso a los COE para los problemas médicos siguientes: los trasplantes y los servicios correspondientes y los defectos cardíacos congénitos. Se exige la **autorización previa** de THNM para obtener acceso a esos programas. El plan, con el asesoramiento del proveedor de servicios médicos del asegurado, revisará los expedientes médicos para determinar la necesidad médica.

True Health New Mexico tiene acceso a tres (3) redes de centros de excelencia especialmente diseñados. El Departamento de Administración de Casos Médicos de True Health New Mexico tiene acceso a los datos de resultados clínicos de las instalaciones de los centros clínicos de excelencia y puede ayudar al asegurado a seleccionar el mejor centro de tratamientos para su problema médico específico. Puede obtener acceso a la información sobre los centros de excelencia si se pone en contacto con el Departamento de Administración de Casos Médicos de True Health New Mexico.

El recipiente de un trasplante de órgano tiene que ser asegurado cuando se presten los servicios. Los beneficios no están disponibles si el asegurado es el donante de un órgano a otra persona. Los beneficios no están disponibles si el recipiente no es asegurado. El término recipiente se define para incluir a un asegurado que esté recibiendo los servicios aprobados correspondientes a un trasplante durante cualquiera de los siguientes: la evaluación, la candidatura, un acontecimiento de trasplante o la atención médica después del trasplante. La cobertura de seguro



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

está sujeta a las condiciones and limitaciones que se describen en el Resumen de Beneficios y Cobertura y en esta Evidencia de Cobertura.

Definición de servicios de trasplante

Los servicios de trasplante incluyen los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios para el recipiente. Además, este plan cubre la adquisición de los órganos que se necesiten para el trasplante de tejidos u órganos de un ser humano a otro. Los tipos de trasplantes cubiertos incluyen, entre otros, riñón, riñón/páncreas, córnea, médula ósea/células madre, corazón, corazón/pulmón, hígado y páncreas.

- El trasplante de la médula ósea incluso la extracción de las células madre de la sangre periférica de la médula ósea y la trasplantación (trasplante de células madre) después de la quimioterapia de dosis alta. Se cubren los trasplantes de la médula ósea por las indicaciones siguientes
 - Mieloma múltiple
 - Leucemia
 - Anemia aplásica
 - Linfoma
 - Enfermedad de inmunodeficiencia combinada severa [*SCID* por sus siglas en inglés]
 - Síndrome de Wiskott Aldrich
 - Sarcoma de Ewing
 - Tumor en la célula germinal
 - Neuroblastoma
 - Tumor de Wilm
 - Síndrome mielodisplásico
 - Mielofibrosis
 - Enfermedad de célula falciforme
 - Anemia de Cooley mayor

Autorización previa

Se exige la **autorización previa** de THNM para los servicios de trasplante. La autorización previa se basa en una evaluación que lleve a cabo el personal del centro clínico de trasplantes que haya aprobado el plan y en las directrices médicas pertinentes basadas en la evidencia.

Un asegurado puede pedir la aprobación del plan de seguro médico para inscribirse en dos listas de trasplantes. La segunda lista tiene que ser por separado o de una organización de adquisición de órganos diferente. Aunque se apruebe la inscripción en dos listas, solo se le pagará al centro clínico que por fin se lleve a cabo el trasplante.

Costos de la adquisición de órganos

El plan cubre los costos directamente correspondientes a la adquisición de un órgano de un cadáver o de un donante vivo. Además, el plan cubre la cirugía que sea necesaria para remover un órgano, el tránsito y transporte del órgano, la hospitalización y la cirugía de donantes vivos. El THNM cubre los análisis de compatibilidad que se lleven a cabo antes de la adquisición del órgano con tal que se determine que es médicamente necesario.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Viajes para los trasplantes

Se exige la **autorización previa** de THNM para los viajes para los trasplantes. Los gastos de viaje de transporte, alojamiento y comidas están a la disposición de los asegurados solo si son los recipientes de un trasplante de órgano/tejidos con tal que lo lleve a cabo un proveedor de servicios médicos que haya aprobado el plan y el asegurado haya recibido la **autorización previa**. Se cubrirán los costos de transporte se es necesario viajar fuera del estado. Se cubrirán los gastos razonables por el alojamiento y las comidas, tanto fuera del estado como en el estado, hasta un máximo de \$150 al día para los recipientes del trasplante, los donantes en vida y una persona más, combinados.

Los gastos de viaje cubiertos para un asegurado que esté recibiendo un trasplante incluyen los cobros del:

- Transporte de ida y vuelta al sitio del trasplante, incluso los cobros de un carro alquilado que se use durante el tiempo que esté recibiendo atención médica en el centro clínico de trasplantes.
- Alojamiento mientras esté en el sitio del trasplante o cuando esté viajando de ida y vuelta a dicho sitio.
- Comidas mientras esté en el sitio del trasplante o cuando esté viajando de ida y vuelta a dicho sitio.

Además, el plan cubrirá los gastos de viaje de un acompañante para el paciente según se describe más arriba. Se proporcionan los beneficios de viaje para los pacientes menores de edad, tanto para ellos mismos como para su mamá o papá, o ambos, o para un acompañante indicado. El acompañante puede ser su cónyuge, pareja, familiar, tutor legal o cualquier persona que no tenga relación o parentesco con el asegurado pero que participa activamente en el cuidado del asegurado.

A continuación, enumeramos los gastos de viaje específicos que se **excluyen de la cobertura de seguro**:

- Costos de viajes que se contraen por los viajes de menos de sesenta (60) millas de distancia de la casa del asegurado
- Facturas de lavado de ropa
- Facturas de teléfono
- Productos embriagantes o de tabaco
- Tarifas de transporte que sobrepasen las tarifas de la clase turista
- Trasplantes de órganos no humanos, salvo la válvula cardíaca porcina (de cerdo)

Medicamentos inmunosupresores para los trasplantes de órganos

El plan cubre los medicamentos inmunosupresores para los trasplantes de órganos para los pacientes internados. El plan pudiera cubrir los medicamentos inmunosupresores recetados para los pacientes ambulatorios. Favor de consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura y la lista de medicamentos recetados [*formulary*] para conseguir información detallada referente a sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios en los hospitales o centros clínicos

Su plan cubre los procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios en los hospitales y/o centros clínicos incluso en las salas de operaciones, de recuperación y de otros tratamientos; los servicios que prestan los médicos y cirujanos; los servicios de laboratorio y patología; los análisis antes de la cirugía; la anestesia y los suministros médicos. Su proveedor de atención primaria o el médico que le atiende tienen que recetar los servicios. Se pueden prestar los servicios en un hospital, un consultorio médico o cualquier otro a centro clínico que esté debidamente certificado. El proveedor de servicios médicos que esté prestando los servicios tiene que estar certificado para ejercer y tiene que estar ejerciendo conforme a la autoridad de la compañía de seguro médico, del grupo médico, de una asociación de práctica independiente u otra autoridad conforme a las leyes pertinentes de Nuevo México. Se exige la **autorización previa**.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

THNM ofrece una lista de medicamentos [*formulary*] para este plan. Los beneficios de farmacia de THNM los proporciona y administra *CVS Caremark*, uno de los administradores de beneficios de farmacia más grandes y de mayor experiencia. *CVS Caremark* tiene tiendas por todos los Estados Unidos y servicio de encargos por correo.

Comité de Farmacia y Terapias

La lista de medicamentos de THNM y las normas y los procedimientos que rigen el manejo de la lista de medicamentos los analiza y aprueba el Comité de Farmacia y Terapias en nombre de THNM. El Comité de Farmacia y Terapias está compuesto de farmacéuticos, médicos y otros profesionales médicos certificados que ejercen activamente. Los integrantes del Comité de Farmacia y Terapias ejercen su juicio profesional cuando hacen determinaciones basadas en la evidencia y los análisis clínicos y científicos. El Comité de Farmacia y Terapias revisa las normas y la lista de medicamentos cada año. Se actualiza cuando la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos [*Food and Drug Administration, FDA*] y los Centros de Servicios de los Programas Medicare y Medicaid [*Centers for Medicare and Medicaid, CMS*] expiden información o cuando esté disponible evidencia clínica bien fundamentada.

En su evaluación, revisión, orientación y recomendaciones clínicas, el Comité de Farmacia y Terapias hará lo siguiente:

- Hará recomendaciones sobre la disposición terapéutica y las directrices debidas para recetar los productos de medicamentos recetados y, según sea apropiado, los productos de aparatos médicos, previstos para utilizarlos en el ámbito de atención médica ambulatoria.
- Estará al tanto y llevará a cabo revisiones con regularidad con respecto a la seguridad, la efectividad y la calidad de los productos médicos que se encuentran en la lista de medicamentos y en los programas clínicos de THNM.
- Iniciará y/o revisará los programas recomendados de revisión de cómo se utilizan los medicamentos y la evaluación del uso de medicamentos.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Según sea necesario, revisará, asesorará y aprobará las directrices de administración de utilización, incluso la autorización previa, las terapias escalonadas y los límites que rigen las cantidades.
- Asesorará a THNM sobre los programas educativos debidos (p.ej., para las redes de proveedores de servicios médicos, los participantes del plan y los proveedores de servicios farmacéuticos).

Además de hacer recomendaciones clínicas para la lista de medicamentos, el Comité de Farmacia y Terapias aportará información a los profesionales médicos y de beneficios de farmacia pertinentes con respecto al manejo clínico de los medicamentos recetados y al uso de aparatos médicos y para ese fin:

- Establecerá normas y procedimientos para instruir e informar a los profesionales médicos acerca de los productos, cómo se utilizan los productos y las recomendaciones clínicas del Comité de Farmacia y Terapias.
- Supervisará los programas para el mejoramiento de la calidad que utilizan la evaluación del uso de los productos.
- Proporcionará recomendaciones para la implementación de programas de intercambio terapéutico y de sustitución de productos genéricos basadas en el análisis y la evaluación médica y clínica.
- Evaluará, analizará y revisará los protocolos para el uso y el acceso a los productos que no se encuentren en la lista de medicamentos.

Los profesionales médicos de la red pueden solicitar que se agregue un producto a la lista de medicamentos si presentan una solicitud junto con toda la información adicional al Equipo de Administración Médica [*Medical Management Team*] de THNM. La solicitud se presentará en la próxima reunión del Comité de Farmacia y Terapias para analizar y considerarla. Se le proporcionará la decisión del Comité de Farmacia y Terapias al profesional médico que haya presentado la solicitud después de la reunión del Comité.

Se pueden establecer otras obligaciones y se pueden delegar al Comité de Farmacia y Terapias, según la determinación del Funcionario Médico Principal.

Lista de medicamentos de THNM [formulary]

La lista de medicamentos de THNM es una lista cerrada. Eso quiere decir que el plan no cubre todos los medicamentos. Se exige que los proveedores de servicios médicos de THNM usen los medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos siempre que sea medicamento adecuado. En el caso de que no se pudiera usar un medicamento de la lista de medicamentos por su situación clínica, su recetador puede solicitar una exención a la lista de medicamentos para usar un medicamento que no se encuentre en la lista de medicamentos, favor de consultar la sección de *Apelaciones y exenciones a la lista de medicamentos*.

Uso fuera de lo indicado

Cualquier solicitud de medicamentos que no cumpla los criterios de la FDA para el uso fuera de lo indicado, la revisa un farmacéutico clínico y el director médico basado en las publicaciones arbitradas de revistas médicas o los usos respaldados por la Información de Medicamentos del



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Servicio de Listas de Medicamentos Hospitalarias de los Estados Unidos [*American Hospital Formulary Service-Drug Information*], las Evaluaciones de Medicamentos de la Asociación Médica de los Estados Unidos [*American Medical Association Drug Evaluations*], la Información de Medicamentos de Farmacopeia de los Estados Unidos [*United States Pharmacopoeia-Drug Information*] y *DRUGDEX*.

La lista de medicamentos de THNM está a su disposición en nuestro sitio web en <https://www.truehealthnewmexico.com/member-pharmacy-formulary/>. Si necesita ayuda con la lista de medicamentos, favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente de THNM al 1-844-508-4677 O *CVS Caremark* al 1-866-341-8561.

Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Un suministro máximo de noventa (90) días de los medicamentos que necesitan una receta conforme a las leyes estatales y federales.
- Con la cobertura de seguro, no le cuestan nada a usted ciertos medicamentos genéricos para la hipertensión, la depresión, el trastorno bipolar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad de las arterias coronarias, la hipercolesterolemia, la diabetes, la insuficiencia cardíaca y el asma.
- Medicamentos especializados con tal que se cumplan las directrices de criterios clínicos de THNM. *CVS Caremark Specialty Pharmacy* es el proveedor de medicamentos especializados de THNM y puede proporcionar la mayoría de los medicamentos especializados. Puede llamar a *CVS Caremark Specialty Pharmacy* al: 1-800-237-2767.

Cobertura de los medicamentos con receta y los cambios

True Health New Mexico no hará los cambios siguientes a la cobertura de un medicamento con receta en menos de ciento veinte días, a partir de la fecha de cualquier otro cambio previo a la cobertura de ese mismo medicamento con receta, a menos que esté disponible una versión genérica del medicamento con receta:

- reclasificar un medicamento a un nivel más alto en la lista de medicamentos;
- reclasificar un medicamento de una clasificación preferencial a una clasificación no preferencial, salvo si dicha reclasificación resulta en que el medicamento se mueva a un nivel más bajo en la lista de medicamentos;
- aumentar los costos compartidos, copagos, deducible o cobros de coseguro por un medicamento;
- eliminar un medicamento de la lista de medicamentos;
- establecer un requisito de autorización previa;
- imponer o modificar un límite de que rige la cantidad de un medicamento; o
- imponer una restricción de terapia escalonada.

Además, True Health New Mexico les proporcionará a los asegurados un aviso escrito con por lo menos sesenta días de anticipación del cambio inminente, si se determina que se realizará una de la modificaciones siguientes a la lista de medicamentos:

- reclasificación de un medicamento a un nivel más alto en la lista de medicamentos;



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



[truehealthnewmexico.com](https://www.truehealthnewmexico.com)

- reclasificación un medicamento de una clasificación preferencial a una clasificación no preferencial, salvo si dicha reclasificación resulta en que el medicamento se mueva a un nivel más bajo en la lista de medicamentos;
- un aumento de los costos compartidos, copagos, deducible o cobros de coseguro por un medicamento;
- la eliminación de un medicamento de la lista de medicamentos;
- agregar un requisito de autorización previa;
- imposición o modificación de un límite de que rige la cantidad de un medicamento; o
- imposición de una restricción de terapia escalonada para un medicamento.

En su tarjeta de asegurado se enumeran sus beneficios de medicamentos recetados. No deje de llevar su tarjeta de asegurado cuando vaya a la farmacia. Insistimos que los asegurados y los proveedores de servicios médicos utilicen las herramientas en línea que están a su disposición en www.caremark.com. Algunas de las acciones que pueden tomar en línea los asegurados o los proveedores de servicios médicos son:

- Determinar la cantidad del copago o del coseguro por un medicamento
- Iniciar el proceso de solicitar una exención
- Buscar farmacias de la red
- Determinar las interacciones o efectos secundarios que pudieran producir los medicamentos
- Buscar sustitutos genéricos

Sustituciones genéricas

Un medicamento genérico es una versión que es química y farmacológicamente equivalente (igual) a un medicamento de marca cuyo patente ha caducado. Un medicamento genérico cumple el mismo estándar de la Administración de Medicamentos y Alimentos con respecto a la bioequivalencia que tienen que cumplir los medicamentos de marca. Sin embargo, los medicamentos genéricos, por lo general, cuestan menos. Su farmacéutico substituirá los medicamentos genéricos automáticamente con tal que estén disponibles, aun si su proveedor de servicios médicos receta el medicamento de marca. Si el medicamento genérico no satisface sus necesidades, el proveedor de servicios médicos puede iniciar el proceso de solicitar una exención farmacéutica. Usted tal vez pueda recibir el medicamento de marca, dependiendo de los criterios clínicos del medicamento y con tal que THNM apruebe la exención.

Intercambio terapéutico

Muchos medicamentos funcionan de la misma forma y producen los mismos beneficios. El intercambio terapéutico es la práctica de sustituir un medicamento por otro (una alternativa terapéutica) con tal que ambos medicamentos rindan los mismos efectos terapéuticos. El medicamento que se sustituye se conoce como una alternativa terapéutica. Cuando le surtan su medicamento recetado, su farmacéutico le informará si se le ha surtido una alternativa terapéutica. El farmacéutico solo puede hacer eso con la aprobación de su proveedor de servicios médicos.

Transición de la atención médica



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

En los primeros treinta (30) días de cobertura, los asegurados pueden recibir, por única vez, los servicios de transición de la atención médica para surtir los medicamentos que no se cubren típicamente en la lista de medicamentos de THNM. Si se proporciona la transición de la atención médica para surtir los medicamentos no cubiertos, los asegurados recibirán una carta acerca de dicho surtido y le indicará que se ponga en contacto con su médico para explorar productos alternativos que cubra el plan.

Sincronización de recetas médicas

THNM permite que se le surtan por primera vez o de nuevo un suministro de menos de treinta (30) días de los medicamentos recetados a los asegurados y se aplica un copago/coseguro prorrateado por el surtido inicial o repetido con tal que el profesional médico recetador o el farmacéutico determinen que:

- Es lo que más le conviene al asegurado.
- El asegurado solicita o acepta recibir un suministro de menos de treinta (30) días del medicamento.
- El surtido reducido se hace para sincronizar los surtidos de las recetas médicas del asegurado.

THNM pagará la tarifa de surtido de la farmacia en su totalidad por los medicamentos recetados que se surtan parcialmente conforme a los servicios de sincronización de recetas médicas.

Terapia escalonada

La terapia escalonada es la práctica de tratar a un paciente primero con un medicamento que cueste menos. Si un medicamento no funciona bien para el paciente, el proveedor de servicios médicos recetará medicamentos o terapias que cuesten más, con tal que sean médicamente necesarios. La terapia escalonada solo se aplica a algunos medicamentos. THNM tiene criterios revisados por colegas profesionales para la terapia escalonada que ayuda a disminuir la práctica de recetar el medicamento más caro cuando un medicamento menos caro tal vez funcione tan bien. THNM Pharmacy Services [servicios de farmacia] necesitará información de su proveedor de servicios médicos si hay una razón médica por la cual usted no puede llevar a cabo todos los escalones del proceso antes de avanzar a un medicamento más caro. Las razones médicas por no cumplir la terapia escalonada incluyen, entre otras, la contraindicación del medicamento o la probabilidad de que el medicamento menos caro cause una reacción adversa o sea inefectivo.

THNM Pharmacy Services responderá a las solicitudes de exención al programa de terapia escalonada conforme a la urgencia de la situación. En circunstancias donde ya se haya establecido la terapia escalonada de un medicamento, THNM les proporcionará a los asegurados afectados por el programa de terapia escalonada un suministro provisional de un medicamento, en espera del resultado de la solicitud de exención.

Autorización previa

Los farmacéuticos no surtirán los medicamentos recetados para los asegurados de THNM si no se encuentran en la lista de medicamentos sin aprobación previa. El Comité de Farmacia y Terapias establece los límites que rigen el(los) medicamento(s), según sea necesario, basado en la mejor evidencia médica y se comunican con los proveedores de servicios médicos por medio de actualizaciones regulares que se aportan a los mismos en forma de boletines informativos u



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

otros comunicados. THNM publica una lista de medicamentos para los cuales se exige la autorización previa en la página de farmacia del sitio web de THNM, <https://www.truehealthnewmexico.com/member-pharmacy-formulary/>. Además, los requisitos de autorización previa se enumeran en la lista de medicamentos cubiertos de THNM. THNM no extenderá la lista de beneficios para los cuales se exige la autorización previa, salvo si se agrega un beneficio cubierto nuevo al plan, si han surgido preocupaciones de seguridad u otras preocupaciones con respecto al beneficio, si lo autoriza una agencia federal o estatal o según lo indicado por los cambios en la orientación clínica aceptada a nivel nacional. THNM no aplicará requisitos más restrictivos a las autorizaciones previas por los servicios cubiertos de la salud de comportamiento que por los servicios cubiertos médicos y quirúrgicos.

Las autorizaciones previas no caducarán antes de sesenta (60) días, a partir de la fecha de aprobación, salvo si los criterios clínicos justifican una fecha de vencimiento más temprana. THNM Pharmacy Services procesa las exenciones a la lista de medicamentos conforme a la necesidad médica. Los proveedores de servicios médicos pueden entregar las solicitudes de autorización previa a THNM Pharmacy Services por teléfono, fax o por el sistema de autorización previa electrónica (ePA) y se puede subir con seguridad la documentación comprobatoria al sistema ePA. THNM Pharmacy Services solo exigirá la información necesaria para evaluar la solicitud. El sistema ePA estará disponible para la entrega de solicitudes de autorización previa las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Se les avisará a los proveedores de servicios médicos de THNM de toda inactividad planificada con por lo menos 24 horas de anticipación y se les avisará de la inactividad no planificada en cuanto sea practicable. THNM Pharmacy Services confirmará el acuse de recibo al remitente en un día hábil, a partir de la fecha en que se reciba la solicitud de autorización previa y la documentación comprobatoria. THNM Pharmacy Services asignará un número de rastreo único a la solicitud, que se comunicará mediante el portal ePA, fax o correo electrónico. Se le proporcionará el número de rastreo al asegurado bajo solicitud. THNM Pharmacy Services permite la autoadjudicación de algunas solicitudes de autorización previa que se entregan electrónicamente.

Además, los asegurados pueden iniciar las solicitudes de autorización previa si llenan el formulario uniforme de autorización previa. THNM ayudará a los asegurados para entregar las solicitudes de autorización previa, en medida de lo posible, incluso les ayudará a obtener la documentación para cumplir las directrices clínicas.

Apelaciones y exenciones a la lista de medicamentos

El médico recetador o el asegurado deberán enviar todas las solicitudes de autorizaciones de las exenciones a la lista de medicamentos a THNM Pharmacy Services [servicios de farmacia]. No se revisarán/concederán las solicitudes de exenciones de *niveles* a la lista de medicamentos. En todos los casos, la revisión y la autorización/denegación de las exenciones a la lista de medicamentos se llevarán a cabo con la mayor rapidez posible (pero por lo general, no llevará más de tres (3) días hábiles para las solicitudes que no sean urgentes). Nuestros procedimientos incluyen un proceso acelerado para las circunstancias exigentes (urgentes) que obligan que el plan de seguro médico haga una determinación con respecto a la cobertura de seguro en no más



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



[truehealthnewmexico.com](https://www.truehealthnewmexico.com)

de veinticuatro (24) horas, a partir de cuándo se reciba la solicitud, y que exige que el plan de seguro médico proporcione el medicamento por la duración de la situación urgente.

Los procedimientos y las directrices para la revisión prospectiva de las exenciones a la lista de medicamentos los desarrollan y actualizan el Comité de Farmacia y Terapias de THNM y en colaboración con otros proveedores de servicios médicos especialistas que hayan aceptado colaborar con THNM para prestar orientación experta. Si no se pudiera aprobar una solicitud para la determinación sobre la cobertura de seguro con la información clínica disponible, se le avisará por teléfono y por escrito de la determinación sobre la cobertura de seguro tanto al profesional médico recetador como al asegurado. El aviso por escrito al proveedor de servicios médicos y al asegurado afirmará la razón por la determinación y explicará el proceso de apelación. Además, se revisará cómo los asegurados de THNM utilizan el medicamento a fin de determinar si se está utilizando apropiadamente y de manera segura y si cumple las normas actuales de la terapia de medicamentos.

Se considerará la cobertura de seguro para el medicamento que se recete bajo el programa de beneficios de farmacia con tal que se cumplan todos los criterios siguientes:

- Un medicamento alternativo que se encuentre en la lista de medicamentos no es apropiado para este paciente (p.ej., el paciente tiene una contraindicación o intolerancia al medicamento que se encuentra en la lista de medicamentos, etc.).
- El medicamento se ha recetado para una indicación aprobada por la *FDA* O el paciente tiene un diagnóstico que se considera médicamente aceptable en los compendios* aprobados o en las revistas médicas arbitradas.
- No hay una contraindicación significativa para el paciente ni hay preocupaciones de seguridad con respecto al uso del medicamento que se ha recetado.

Se le concederá la aprobación del medicamento por un **plazo máximo** de un (1) año para los pacientes que cumplan los criterios que se indican más arriba. Si el paciente no cumpliera los criterios que se indican más arriba, el uso que se haya recetado se considerará experimental/de investigación para los problemas médicos que no se enumeren en esta sección de la Evidencia de Cobertura.

*Los compendios aprobados incluyen:

- Compendio de las Listas de Medicamentos del Servicio Hospitalario Americano [*American Hospital Formulary Service, AHFS, Compendium*].
- *IBM Micromedex Compendium*.
- Compendio Farmacológico Clínico del Estándar de Oro de *Elsevier* [*Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology Compendium*].
- Compendio Nacional Completo de Medicamentos y Sustancias Biológicas de la Red del Cáncer [*Network Nacional Comprehensive Cáncer Network Medicamentos and Biologics Compendium*].

Medicamentos para enfermedades mentales, salud de comportamiento y trastornos del uso de sustancias adictivas



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Algunos medicamentos con receta para el tratamiento de enfermedades mentales, salud de comportamiento y trastornos del uso de sustancias adictivas de farmacias participantes se cubrirán sin costo alguno. Favor de consultar su lista de medicamentos en <https://www.truehealthnewmexico.com/member-pharmacy-formulary/> para más información.

Exclusiones

Las exclusiones incluyen, entre otras:

- Medicamentos sin receta (salvo si se enumeran en la lista de medicamentos del plan)
- Medicamentos compuestos que se surten en una farmacia no acreditada
- Envases convenientes salvo si los envases convenientes son médicamente necesarios para tomar el medicamento debidamente a causa de una discapacidad
- Sustancias químicas a granel que se utilizan en los medicamentos compuestos
- Botiquines para hacer medicamentos compuestos
- Medicamentos que se compran en una farmacia que no sea de la red de THNM (salvo si es una emergencia)
- Medicamentos que se compran fuera de los Estados Unidos
- Resurtidos con antelación, según indique su proveedor de servicios médicos. Los surtidos para las vacaciones se proporcionan individualmente y por lo general se limitan a dos surtidos para las vacaciones en un año calendario continuo.
- Repuestos de medicinas/medicamentos con receta debido a la pérdida, robo o destrucción
- Medicamentos para la infertilidad
- Medicamentos que se utilizan para tratar la disfunción sexual
- Medicamentos o combinaciones de medicamentos que no haya aprobado la Administración de Medicamentos y Alimentos [*Food and Drug Administration, FDA*]
- Medicamentos que se excluyen por reglamentos según los describe los Centros de Servicios de los Programas Medicare y Medicaid [*Centers for Medicare and Medicaid, CMS*]
- Artículos de cuidado personal
- Probióticos
- Medicamentos que se utilizan para fines cosméticos. Unos ejemplos incluyen, entre otros, medicamentos que se usan para tratar la caída del cabello, para fines de blanquear la piel, para el tratamiento de las arrugas y para fomentar el crecimiento de las pestañas.
- Artículos y suplementos dietéticos para problemas médicos incluso, entre otros, diabetes mellitus, hipertensión, hiperlipidemia, obesidad, trastorno del espectro autista, celiaquía y alergias a productos alimenticios
- Medicamentos experimentales, de investigación o no comprobados

Visitas al consultorio de un médico

Los servicios que se presten en el consultorio de un médico pueden incluir el tratamiento de una lesión o una enfermedad y hasta algunos procedimientos quirúrgicos menores. Dichos servicios los puede prestar un proveedor de atención primaria o un especialista.

Podología



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



[truehealthnewmexico.com](https://www.truehealthnewmexico.com)

El cuidado de los pies, incluso todos los servicios de rutina, no los cubre el plan a menos que sean médicamente necesarios debido al daño de los nervios por la diabetes u otras neuropatías periféricas significativas. Eso incluye, entre otros, los siguientes:

- Zapatos ortopédicos salvo si están adjuntos a aparatos ortopédicos;
- Aparatos de soporte;
- Órtesis de adaptación;
- Tratamiento de problemas de pies planos, dislocaciones parciales, arcos de los pies caídos, pies débiles, distensiones crónicas de los pies, quejas sintomáticas de los pies;
- Tratamiento rutinario de juanetes salvo si se necesita cirugía ósea o capsular;
- Cortes de callos o uñas de los pies.

Servicios de atención médica preventiva

Los servicios de atención médica preventiva no están sujetos a costos compartidos. Sin embargo, si se reciben servicios de atención médica que no sean preventivos durante una consulta de atención médica preventiva, a esos servicios se aplican los costos compartidos normales de visitas al consultorio médico.

El plan cubre la atención médica preventiva indicada específicamente para diferentes edades y géneros, los reconocimientos médicos regulares y algunas pruebas de laboratorio. Eso quiere decir que algunos servicios preventivos solo se cubren sin costos compartidos con tal que usted tenga la edad debida para dichos servicios según la determinación de la Fuerza Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [*U.S. Preventive Services Task Force*]. Unos ejemplos de servicios de atención médica preventiva son:

- Vacunas para los adultos y los niños
- Reconocimientos físicos generales anuales para los hombres, las mujeres y los niños
- Materiales instructivos o consultas con proveedores de servicios médicos para fomentar un estilo de vida sana
- Pruebas de los ojos para detectar el glaucoma (con regularidad) para todas las personas hasta los treinta y cinco (35) años
- Pruebas para detectar problemas auditivos (para los asegurados de diecinueve [19] años y menores)
- Análisis de laboratorio limitados que se indican como recomendaciones de A o B por la Fuerza Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [*U.S. Preventive Services Task Force*]
- Pruebas para detectar cáncer colorrectal (de cincuenta [50] a setenta y cinco [75] años)
 - Colonoscopia, incluso servicios de anestesia y la extirpación de pólipos si se hace como procedimiento de detección.
- Pruebas radiológicas (con regularidad)
- Pruebas para detectar problemas de la vista que lleven a cabo los médicos de atención primaria para los asegurados hasta que cumplan diecinueve (19) años
- Atención preventiva para los bebés y los niños, incluso las vacunas

A continuación, presentamos un ejemplo de los servicios de laboratorio para pruebas de detección que se cubren sin costos compartidos conforme a las recomendaciones A o B de la



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Fuerza Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [*U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF*]:

- Pruebas de detección de diabetes en adultos con sobrepeso de los cuarenta (40) a los setenta (70) años
- Pruebas de detección correspondientes al embarazo
- Análisis de colesterol
- Prueba de detección de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Prueba de detección de sífilis

El proveedor de servicios médicos que atiende al asegurado puede determinar si es necesario que se cubra un servicio preventivo que se recomienda específicamente para un género sin compartir los costos, conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y sus reglamentos de implementación, con tal que sea médicamente apropiado para una persona específica. THNM proporcionará la cobertura de seguro para los servicios preventivos que se recomienden, sin compartir los costos, independientemente del sexo que se le haya asignado al nacer, la identidad de género o el género de la persona según lo haya inscrito THNM.

Con tal que los presten los proveedores de servicios médicos de la red, no habrá ningún costo compartido para los asegurados por los servicios de anestesia que se lleven a cabo con relación a una colonoscopia preventiva, con tal que el proveedor de servicios médicos determine que la anestesia es médicamente debida.

Las recomendaciones A o B de la Fuerza Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [*U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF*] incluyen:

- Aneurisma aortica abdominal: Prueba de detección: hombres de sesenta y cinco (65) a setenta y cinco (75) años que hayan fumado alguna vez
- Glucosa anormal en la sangre y diabetes mellitus tipo 2: Prueba de detección: adultos de cuarenta (40) a setenta (70) años obesos o con sobrepeso
- Uso de aspirina para prevenir la enfermedad cardiovascular y cáncer colorrectal: Medicamento preventivo: adultos de cincuenta (50) a cincuenta y nueve (59) años con un riesgo de enfermedades cardiovasculares en diez (10) años de \geq del diez por ciento (10%)
- Bacteriuria Asintomático en Adultos: Prueba de detección: personas embarazadas
- Cáncer relacionado con BRCA: Evaluación de riesgos, asesoramiento genético y análisis genético: mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer mamario, ovárico, falopiano o peritoneal o linaje asociado con la mutación del gen BRCA1/2
- Cáncer mamario: Uso de medicamento para reducir el riesgo: mujeres con riesgo mayor de cáncer mamario
- Cáncer mamario: Prueba de detección: mujeres de cincuenta (50) a setenta y cuatro (74) años
- Lactancia materna: Intervenciones de atención primaria: mujeres embarazadas, mamás por primera vez, y sus hijos
- Cáncer cervical: Prueba de detección: mujeres de veinte y uno (21) a sesenta y cinco (65) años



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Cáncer colorrectal: Prueba de detección: adultos de cincuenta (50) a setenta y cinco (75) años
- Caries dentales en los niños del nacimiento a los cinco (5) años: Prueba de detección: Caries dentales en los niños del nacimiento a los cinco (5) años
- Depresión en los adultos: Prueba de detección: población adulta general, incluso mujeres embarazadas y posparto
- Depresión en los niños y adolescentes: Prueba de detección: adolescentes de doce (12) a dieciocho (18) años
- Prevención de caídas para los adultos mayores que viven en la comunidad: Intervenciones: adultos sesenta y cinco (65) años o mayores
- Ácido fólico para prevenir los defectos del tubo neural: Medicamento preventivo: mujeres que planean caer embarazadas o que tengan la capacidad caer embarazadas
- Suplemento de fluoruro para ayudar a prevenir las caries dentales si el suministro de agua es deficiente en fluoruro: niños de cinco (5) años y más jóvenes
- Diabetes mellitus gestacional, Prueba de detección: mujeres embarazadas asintomáticas, después de veinte y cuatro (24) semanas de gestación
- Clamidia y gonorrea: Prueba de detección: mujeres sexualmente activas
- Dieta sana y actividad física para prevenir la enfermedad cardiovascular en los adultos con factores de riesgo cardiovascular: Asesoramiento de comportamiento: adultos obesos o con sobrepeso y que tienen factores riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular
- Infección del virus Hepatitis B en mujeres embarazadas: Prueba de detección: mujeres embarazadas
- Infección del virus Hepatitis B: Prueba de detección: personas con riesgo mayor de infección
- Infección del virus Hepatitis C en Adolescentes y Adultos: Prueba de detección: adultos de dieciocho (18) a setenta y nueve (79) años
- Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH): Prueba de detección: personas embarazadas
- Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH): Prueba de detección: adolescentes y adultos de quince (15) a sesenta y cinco (65) años
- Violencia entre parejas íntimas, maltrato a personas mayores y maltrato a adultos vulnerables: Prueba de detección: mujeres en edad reproductiva
- Infección de tuberculosis latente: Prueba de detección: adultos asintomáticos con riesgo mayor de infección
- Uso de aspirina de baja dosis para prevenir la morbilidad y la mortalidad a causa de la preclamsia: Medicamento preventivo: mujeres embarazadas con riesgo mayor de preclamsia
- Cáncer pulmonar: Prueba de detección: adultos de cincuenta (50) a ochenta (80) años, con antecedentes de fumar veinte (20) paquetillos al año y que actualmente fuman o que dejaron de fumar en los últimos quince (15) años
- Obesidad en los niños y adolescentes: Prueba de detección: niños y adolescentes de seis (6) años en adelante
- Profilaxis ocular para la oftalmia gonocócica neonatal: Medicamento preventivo: recién nacidos



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Osteoporosis para prevenir las fracturas: Prueba de detección: mujeres posmenopáusicas de menos de sesenta y cinco (65) años con riesgo mayor de osteoporosis
- Osteoporosis para prevenir fracturas: Prueba de detección: mujeres sesenta y cinco (65) años en adelante
- Depresión perinatal: Intervenciones preventivas: personas embarazadas y en posparto
- Preclamsia: Prueba de detección: mujeres embarazadas
- Prevención de la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH): Profilaxis previa a la exposición: personas con riesgo mayor de contraer el VIH
 - Pruebas de VIH, tanto como punto de referencia y cada tres (3) meses mientras toma PrEP
 - Pruebas de Hepatitis B y C
 - Pruebas de creatinina y cálculo de la eliminación de la creatina o a tasa de filtración glomerular para evaluar la función renal, que se hacen tanto como punto de referencia y con regularidad a partir de ahí, consistente con las directrices de los CDC
 - Pruebas de embarazo, tanto como punto de referencia y con regularidad a partir de ahí
 - Pruebas de detección y asesoramiento acerca de las infecciones de transmisión sexual [*STI* por sus siglas en inglés]
 - Asesoramiento para tomar los medicamentos debidamente
 - Medicamentos PrEP
- Prevención y dejar de usar tabaco para niños y adolescentes: Intervenciones de atención primaria: niños y adolescentes en edad escolar que no hayan empezado a usar tabaco
- Incompatibilidad de Rh(D): Prueba de detección: mujeres embarazadas con Rh(D)-negativo no sensibilizado
- Incompatibilidad de Rh(D): Prueba de detección: mujeres embarazadas, durante el primer embarazo, consulta de atención médica conexas
- Infecciones de transmisión sexual: Asesoramiento de comportamiento: adolescentes y adultos sexualmente activos con riesgo mayor de contraerlas
- Pruebas de hipertensión en adultos: adultos de dieciocho (18) años en adelante sin hipertensión conocida
- Prevención del cáncer de la piel: Asesoramiento de comportamiento: adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños jóvenes
- Uso de estatinas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos: Medicamento preventivo: adultos de cuarenta (40) a setenta y cinco (75) años sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular o más de uno y riesgo calculado de evento de enfermedad cardiovascular en diez (10) años del diez por ciento (10%) o más
- Infección de sífilis en adolescentes y adultos que no estén embarazadas: Prueba de detección: asintomático, adolescentes y adultos que no estén embarazadas con riesgo mayor de infección de sífilis
- Infección de sífilis en mujeres embarazadas: Prueba de detección: mujeres embarazadas
- Dejar de fumar tabaco para adultos, incluso mujeres embarazadas: Intervenciones de comportamiento y farmacoterapia: adultos que no estén embarazadas



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Dejar de fumar tabaco para adultos, incluso mujeres embarazadas: Intervenciones de comportamiento y farmacoterapia: mujeres embarazadas
- Uso dañino del alcohol por adolescentes y adultos: Prueba de detección e intervenciones de asesoramiento de comportamiento: adultos de dieciocho (18) años en adelante, incluso mujeres embarazadas
- Uso dañino de drogas: Prueba de detección: adultos de dieciocho (18) años en adelante
- Vista en los niños de seis (6) meses a cinco (5) años: Prueba de detección: niños de tres (3) a cinco (5) años
- Pérdida de peso para prevenir la morbilidad y la mortalidad relacionada con la obesidad en los adultos: Intervenciones de comportamiento: adultos

Para más información, favor de visitar el sitio web de la Fuerza Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [*U.S. Preventive Services Task Force*] en <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-and-b-recommendations>.

A continuación, presentamos unos ejemplos de pruebas de laboratorio comunes que su médico puede ordenar que se consideran diagnósticas. Ya que los siguientes no se consideran atención médica preventiva conforme a USPSTF, se aplicarán los costos compartidos normales:

- Análisis de la orina no por embarazo
- Pruebas de hormonas (p. ej., testosterona)
- Pruebas de las vitaminas B y D
- Radiografías del pecho
- Análisis de la tiroides
- EKG (electrocardiogramas)
- Pruebas del nivel del hierro

Cirugía reconstructiva

Este plan cubre la cirugía reconstructiva que sea médicamente necesaria para la corrección de un trastorno de funcionamiento proveniente de una lesión accidental o por una enfermedad o defecto congénito. Se exige la **autorización previa** para dichos servicios y se tiene que suponer un mejoramiento en el funcionamiento fisiológico, en la medida de lo razonable.

Reconocimientos médicos de rutina

El plan cubre los reconocimientos médicos de rutina una (1) vez al año.

Segundas opiniones

El plan cubre las segundas opiniones conforme a los beneficios de su plan. El plan no cubre los servicios y/o suministros que se reciban de un proveedor de servicios médicos fuera de la red si no se consiguió la autorización previa y si no son de atención médica urgente o de emergencia.

Terapia de rehabilitación a corto plazo

La terapia de rehabilitación a corto plazo abarca la terapia física, del habla, ocupacional, cardíaca y pulmonar. Se cubren dichas terapias con tal que THNM determine que se supone que produzcan un mejoramiento significativo en el estado físico del asegurado en los siguientes dos



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

(2) meses, a partir de la fecha en que se inicie la terapia. Tal vez se necesiten esos servicios debido a una lesión, una cirugía o un problema médico agudo. Se ofrece terapia ocupacional para capacitar a los asegurados a fin de que puedan llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. Se exige la **autorización previa** para los servicios después de diez (10) consultas.

Enfermería especializada

Se exige la **autorización previa** para recibir servicios como paciente internado en un centro clínico de enfermería especializada y dichos servicios los tienen que prestar profesionales médicos calificados y certificados. Se limitan los servicios cubiertos a sesenta (60) días/visitas al año según se indique en el Resumen de Beneficios y Cobertura. Pueden incluir comidas y una habitación semiprivada, servicios de enfermería general y especializada, consultas médicas, terapia de rehabilitación limitada, radiografías y la administración de medicamentos cubiertos, medicamentos, líquidos y sustancias biológicas.

Tratamiento para dejar de fumar

No es fácil dejar de fumar, pero estamos a su disposición para ayudarle. Si desea dejar de fumar, llame a la línea del estado para dejar de fumar al 1-800-QUITNOW (1-800-784-8669). La línea para dejar de fumar :

- Está a la disposición las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.
- Ofrece servicios en español y en inglés y están a su disposición servicios de traducción en otros idiomas.
- Ofrece servicios a los adolescentes y los adultos.
- Es gratis.
- El personal está compuesto de especialistas en el campo de dejar de fumar que han sido capacitados para atender a poblaciones diversas.

A las personas que llaman se les ofrece:

- Una guía que le orienta por los pasos de dejar de fumar que uno lleva a cabo independientemente.
- Información completa sobre los métodos que fomentan el éxito para dejar de fumar.
- Un plan individualizado para dejar de fumar.
- Botiquines gratis para dejar de fumar que ayudan a los participantes a seguir encaminados con su plan de dejar de fumar durante el tiempo de una llamada a otra.
- Apoyo por teléfono sin límite, incluso llamadas de seguimiento opcionales de los especialistas de la línea de ayuda.

Además, el plan cubre, sin cobrarle nada a usted:

- Una evaluación con respecto al uso del tabaco.
- Para los que usan productos de tabaco, por lo menos dos intentos al año para dejar de usar tabaco. Para ese fin, cubrir un intento de dejar de usar tabaco incluye la cobertura de seguro para:
 - Cuatro sesiones de terapia de consejos para dejar de usar tabaco de por lo menos diez (10) minutos cada uno (incluso terapia de consejos por teléfono, terapia de consejos individual y en grupo) sin autorización previa; y



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Todos los medicamentos para dejar de usar el tabaco aprobados por la *FDA* (tanto recetados como de venta libre) para un régimen de tratamiento de noventa (90) días con tal que los recete un proveedor de servicios médicos, sin autorización previa.

Favor de hablar con su proveedor de atención primaria sobre su deseo de dejar de fumar.

Alimentos médicos especiales para los errores congénitos y genéticos del metabolismo

Los alimentos médicos especiales incluyen las sustancias nutricionales que:

- Son para el manejo médico y nutricional de un paciente cuya capacidad para metabolizar los alimentos ordinarios es limitada.
- Se procesan o se formulan específicamente para que sean distintos con respecto a un nutriente, o más, que esté presente en los alimentos naturales.
- Se formulan para consumir o administrarlos internamente.
- Son esenciales para la salud, la homeostasis metabólica y el crecimiento óptimo.

Se tienen que obtener los alimentos médicos especiales de un proveedor o vendedor de la red y los tiene que recetar un médico para el tratamiento de un error congénito del metabolismo.

El plan cubrirá los productos de nutrición enteral y los equipos médicos duraderos y suministros que son necesarios para administrar la nutrición enteral que sea médicamente necesaria. Un médico tiene que recetar la nutrición enteral y se tiene que administrar con una sonda nasogástrica y tiene que ser la fuente de alimentación principal del asegurado. El plan **no** cubre los productos de nutrición oral, aunque los recete o administre un médico.

Medicamentos especializados

Los medicamentos especializados son productos que tal vez necesiten manejo o vigilancia especial. Este plan cubre los medicamentos especializados conforme a la lista de medicamentos de THNM. Se pueden conseguir los medicamentos especializados de la farmacia especializada *CVS Specialty*. *CVS Specialty* es la farmacia especializada preferencial de *CVS Caremark* para surtir los medicamentos especializados. La farmacia especializada *CVS Specialty* ofrece servicios de apoyo clínico a los asegurados que tengan que usar esos medicamentos y ofrece servicios de entrega a domicilio. Por lo general, se exige la **autorización previa** de THNM para los medicamentos especializados.

A lo mejor algunos medicamentos especializados califiquen para programas de ayuda de terceros para los copagos, los cuales pudieran reducir sus costos de bolsillo por esos productos. Si el asegurado recibe ayuda de un programa de terceros para los copagos por algún medicamento especializado, no recibirá crédito con respecto al deducible o el gasto máximo de bolsillo por las cantidades de copagos o coseguro si se aplica un cupón o reembolso del fabricante. Si se utilizó un cupón del fabricante o una tarjeta de copagos para pagar un medicamento recetado cubierto, no se aplicará esa cantidad al límite que rige los gastos de bolsillo o al deducible del plan.

Servicios para tratar el abuso de sustancias adictivas

Su plan cubre el tratamiento contra el abuso de bebidas alcohólicas y sustancias adictivas. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, terapia medicinal, la desintoxicación de drogas y



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

bebidas alcohólicas, la hospitalización parcial y los servicios de rehabilitación. A menos que sea una situación de emergencia que pone en peligro la vida, se exige la **autorización previa** de THNM para las internaciones por abuso del alcohol y sustancias adictivas.

Cuidado de la vista

Este plan cubre los lentes de contacto con tal que sean médicamente necesarios y los recete un médico como el único tratamiento disponible para el queratocono (en los adultos y los niños). El plan no cubre lentes duplicados. Solo se cubren lentes de repuesto si un médico recomienda un cambio en la receta debido a un cambio en su estado médico. Además, el plan cubrirá el primer par de lentes de contacto que sean médicamente necesarios después de la cirugía de cataratas. Se cubren un par de anteojos corrientes (sin tinte) o lentes de contacto si son médicamente necesarios en los doce (12) meses después de la cirugía de cataratas o si corresponde a un error de metabolismo congénito genético. Eso incluye el examen de refracción de los ojos, lentes y armaduras corrientes.

Cuidado pediátrico de la vista: Las pruebas para detectar los problemas de la vista se cubren para los asegurados hasta el fin del mes en que el menor cumpla diecinueve (19) años. Favor de consultar el Documento Adjunto A que se encuentra al final de este acuerdo para los detalles y la cobertura de los beneficios.

Medicamentos para perder peso

Su plan cubre ciertos productos de medicamentos con receta para el tratamiento de la obesidad y la obesidad mórbida, si es médicamente necesario. Favor de consultar su lista de medicamentos [*formulary*] para los productos cubiertos.

Atención médica preventiva para los menores

El plan cubre la atención médica preventiva para los niños y bebés, incluso las vacunas. Se cubren dichos servicios de atención médica preventiva sin costarle nada a usted. Sin embargo, si se prestan otros servicios durante una visita al consultorio médico en que se administran los servicios de atención médica preventiva para los niños y bebés, a lo mejor se aplicarán los costos compartidos.

Atención médica femenina

Algunos de los servicios cubiertos correspondientes a la atención médica femenina incluyen, entre otros:

- La atención médica prenatal, incluso los suplementos nutricionales que sean médicamente necesarios y que recete un médico.
- Mamografías con fines de detección y diagnosticar. Esos servicios incluyen, entre otros, las mamografías con fines de detección de baja dosis que se lleven a cabo en un centro clínico designado de toma de imágenes; y mamografías con fines de detección y diagnosticar incluso, entre otros, las mamografías con fines de detección de baja dosis que se lleven a cabo en un centro clínico designado de toma de imágenes aprobado. Por lo menos, el plan cubrirá una mamografía de punto de referencia para las personas de treinta y cinco (35) a treinta y nueve (39) años, una mamografía cada dos años para las personas de cuarenta (40) a



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

cuarenta y nueve (49) años; una mamografía cada año para las personas de cincuenta (50) años en adelante.

- Pruebas de detección citológica (pruebas de Papanicolaou) para determinar si están presentes condiciones precancerosas o cancerosas y otros problemas médicos, o si las condiciones clínicas lo justifican.
- Las pruebas de detección y vacunas contra el virus del papiloma humano [*HPV* por sus siglas en inglés]. Se permite hacer una prueba de detección del *HPV* una vez cada tres (3) años para las mujeres de treinta (30) años en adelante. La vacuna contra el *HPV* está disponible para las niñas de nueve (9) a catorce (14) años en adelante; y para las mujeres que corren mayores riesgos de contraer cáncer o que corren mayores riesgos de padecer otros problemas médicos que se pueden identificar con las pruebas de detección citológica.
- Servicios correspondientes al diagnóstico, tratamiento y manejo apropiado de la osteoporosis con tal que sean médicamente necesarios.
- Pruebas genéticas para el cáncer mamario y ovárico y asesoramiento genético conforme a los antecedentes familiares con tal que sean médicamente necesarias.
- Pruebas para detectar la diabetes gestacional.
- Asesoramiento para el *VIH* and las enfermedades de transmisión sexual.
- Evaluaciones y asesoramiento para el maltrato y la violencia intrafamiliar e interpersonal.
- Cuarenta y ocho (48) horas de atención médica para pacientes internadas después de una mastectomía. y veinticuatro (24) horas de atención médica para pacientes internadas después de la disección de ganglio linfático para el tratamiento de cáncer mamario.
- Servicios correspondientes a las mastectomías que incluyen todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones provenientes de la mastectomía, incluso la linfedema.
- Acceso directo a la atención médica obstétrica y ginecológica calificada para las dependientes femeninas de trece (13) años en adelante.
- Terminación del embarazo, solo en casos de violación, incesto o si está en peligro la vida de la mamá.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

SERVICIOS QUE NO CUBRE SU PLAN (EXCLUSIONES)

Los servicios que no se describan en la sección de *Servicios cubiertos* tal vez no los cubra este plan. Si los servicios son médicamente necesarios y usted no está seguro de la cobertura del plan, llame al Centro de Servicio al Cliente al 1-844-508-4677, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, hora de la zona de montaña [MST por sus siglas en inglés] TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.

A continuación se enumeran los **servicios y beneficios que se excluyen de la cobertura de este plan.**

El plan no cubre el amniocentesis, las pruebas de ultrasonido ni cualquier otro procedimiento que se solicite solo para determinar el sexo de un feto, a menos que sean médicamente necesarios para determinar la existencia de un trastorno genético relacionado con el sexo.

El plan no cubre ningún tratamiento, procedimiento, servicio, equipo, medicamento, uso de medicamento, aparato o suministro que el director médico de THNM, con el asesoramiento del proveedor de servicios médicos, determine que no es médicamente necesario.

El plan no cubre los aparatos auxiliares artificiales incluso, entre otros, los aparatos o las computadoras que ayudan en la comunicación o con el habla, a menos que se exijan por ley.

El plan no cubre la ayuda en las actividades de la vida cotidiana; por ejemplo, para comer, bañarse y vestirse.

El plan no cubre los costos de las autopsias ni del transporte de los asegurados difuntos.

El plan no cubre los beneficios ni los servicios que no se especifiquen en la sección de *Servicios cubiertos* de esta Evidencia de Cobertura o en el Resumen de Beneficios y Cobertura.

El plan no cubre la atención médica asociada a las complicaciones provenientes de las cirugías o servicios que no cubre el plan.

El plan no cubre ciertos servicios correspondientes al tratamiento de enfermedades mentales y problemas de abuso de sustancias adictivas. Dichos servicios excluidos son, entre otros, los que se enumeran a continuación:

- Cualquier tratamiento o terapia que se exija por orden judicial o cualquier tratamiento o terapia que se ordene solo como condición de libertad a prueba, libertad preparatoria después de la cárcel o para las evaluaciones de custodia o visitación.
- Tratamiento, terapia, asesoramiento, programas y actividades de tipo educacional.
- Tratamiento, terapia, asesoramiento, programas y actividades para los problemas de desempeño intelectual en el límite.
- Tratamiento, terapia, asesoramiento, programas y actividades para problemas ocupacionales o vocacionales o asesoramiento religioso.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Tratamiento, terapia, asesoramiento, programas y actividades correspondientes a la concientización.
- Pruebas de coeficiente intelectual [*IQ* por sus siglas en inglés].
- Cuidado de crianza temporal de tratamiento [*Treatment Foster Care, TFC*], tratamiento diurno, terapia multisistémica, estabilización familiar y servicios de apoyo completos en la comunidad [*Comprehensive Community Support Services, CCSS*].
- Servicios que se reciban en hogares de transición, bajo condiciones de vida supervisada, en hogares juveniles, en casas de huéspedes o en otros centros que proporcionan principalmente un ambiente servicial y que abordan las necesidades sociales de largo plazo.
- Servicios que se consideran experimentales y/o que, por lo general, la comunidad médica no acepta o cuya seguridad y efectividad no se hayan probado.
- Escuelas y programas terapéuticos incluso, entre otros, programas en la naturaleza y otros programas experimentales.
- Pruebas psicológicas para los niños que solo las solicita el sistema escolar o para el mismo.

El plan no cubre los tratamientos complementarios y alternativos [*CAM* por sus siglas en inglés]; incluso, entre otros, la aromaterapia, la terapia de masajes y la hipnoterapia.

El plan no cubre los problemas médicos si las leyes estatales o locales exigen que se reciba tratamiento en un centro clínico público ni los servicios que se exijan por orden judicial a menos que los ordene el médico que le atiende y los apruebe el plan.

El plan no cubre los cosméticos ni los suministros de belleza.

El plan no cubre los servicios, los procedimientos o la cirugía estética para cambiar las condiciones o características familiares o producidas por el envejecimiento. Este plan excluye la cobertura de los servicios o la cirugía estética por motivos psiquiátricos o psicológicos no relacionados con la atención de la disforia de género y la atención que sea medicamento necesaria para la confirmación de género. Este plan no cubre los servicios conexos o que se necesiten como resultado de un servicio, un procedimiento o una cirugía estética o procedimientos posteriores para corregir los resultados estéticos insatisfactorios que se obtengan durante la cirugía inicial. Unos ejemplos de esos servicios son:

- Reformación o extirpación quirúrgica de la piel colgante en cualquier parte del cuerpo incluso, entre otros, los párpados de los ojos, la cara, el cuello, el abdomen, los brazos, los labios o las nalgas, a menos que sean médicamente necesarios.
- Servicios para el aumento, la reducción, la implantación o el cambio de la apariencia de una parte del cuerpo (por ejemplo, los senos, la cara, los labios, la mandíbula, la barbilla, la nariz, las orejas o los genitales).
- Trasplantes del cabello.
- Descamado de la piel, ya sea químico o con láseres o abrasiones de la piel.
- Remover el pelo con electrólisis u otros métodos, incluso con láseres.
- Cualquier otro procedimiento quirúrgico o no quirúrgico que se utilizan principalmente para modificar la apariencia y que no sean para corregir los trastornos funcionales provenientes de una lesión accidental o de enfermedades o defectos congénitos.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

El plan no cubre la ayuda de limpieza o domiciliaria ni los cuidados de relevo (salvo lo que se indica bajo *Servicios de atención médica para pacientes terminales [hospice]*).

La atención dental: El plan no cubre las radiografías dentales, la atención dental de rutina incluso los exámenes, los arreglos, la ortodoncia, la periodoncia, los yesos, las férulas o los servicios para tratar la maloclusión dental, a menos que se describan en la sección de *Servicios cubiertos* de la Evidencia de Cobertura con respecto a los “Servicios dentales” y los problemas de disfunción de las articulaciones craniomandibular [CMJ] y temporomandibular [TMJ]. En el caso de los problemas de disfunción de las articulaciones CMJ y TMJ, el plan no cubre los aparatos ni el tratamiento ortodóncico, las coronas, los puentes ni los dientes postizos que se utilicen para el tratamiento de dichos trastornos a menos que los trastornos provengan de un trauma. Para la cobertura de seguro por una lesión accidental, el paciente debe recibir el tratamiento inicial en los siguientes noventa (90) días, a partir de la fecha del accidente, y se tiene que finalizar el tratamiento en los siguientes ciento ochenta (180) días. Se puede extender el tratamiento posterior cubierto por doce (12) meses, a partir de la fecha del accidente, con tal que se determine que es médicamente necesario que se lleve a cabo en dicho período de tiempo. No se extenderá la cobertura de seguro por los servicios que se presten después de doce (12) meses, a partir de la fecha del accidente.

El plan no cubre los pañales ni los suministros para la incontinencia.

El plan no cubre los suplementos dietéticos ni las fórmulas nutricionales que se toman oralmente o por sondas nasogástricas, a menos que se describan en la sección de *Servicios cubiertos* de esta Evidencia de Cobertura (Productos de nutrición enteral).

Fecha de vigencia. Este plan no cubre ningún servicio que se reciba, artículo que se compre, receta médica que se surta o gasto por atención médica que se contraiga antes de la fecha de vigencia de su cobertura. Si usted es paciente internado cuando empiece o se termine la cobertura, los beneficios del ingreso solo estarán disponibles para esos servicios cubiertos que se reciban en o después de la fecha de vigencia de su cobertura o para los que se reciban antes de su fecha de cancelación.

El plan no cubre los equipos para a la comodidad o conveniencia del asegurado o de la persona que cuida al asegurado.

El plan no cubre los servicios para tratar la infertilidad incluso, entre otros:

- La fecundación in vitro, transferencia de gametos dentro de las trompas de Falopio [*GIFT* por sus siglas en inglés], transferencia de cigotos dentro de las trompas de Falopio [*ZIFT* por sus siglas en inglés] y variaciones de esos procedimientos.
- Servicios de maternidad de alquiler, incluso la atención médica de la mamá de alquiler y la atención médica del recién nacido de dicha mamá, salvo si el bebé se convierte en un dependiente elegible del suscriptor conforme a las estipulaciones de la sección de *Inscripción* de esta Evidencia de Cobertura, o hasta que se pueda inscribir.
- Inversión de la esterilización.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Todos los costos correspondientes a la colección, la preparación o el almacenamiento de la esperma para la inseminación artificial, incluso las tarifas de los donantes o la recuperación de los óvulos o la esperma de los donantes.
- El plan no cubre los medicamentos para tratar la infertilidad, ya sean inyectables o en forma de supositorios.

El plan no cubre los costos de la televisión, del teléfono, de las fotografías de los recién nacidos ni otros artículos de este tipo.

El cuidado de los pies, incluso los servicios de rutina como el tratamiento de problemas de pies planos; los aparatos de soporte; las órtesis de adaptación; los zapatos ortopédicos salvo si están adjuntos a aparatos ortopédicos; las dislocaciones parciales; los juanetes salvo la cirugía ósea o capsular; los arcos de los pies caídos; los pies débiles; las distensiones crónicas de los pies; las quejas sintomáticas de los pies y los cortes de los callos o las uñas de los pies no los cubre el plan a menos que sean médicamente necesarios debido al daño neural de la diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.

El plan no cubre los partos en casa. El plan no cubre los partos en casa incluso, entre otros, los partos y los servicios que preste una partera que no sea profesional.

Los servicios de atención médica en casa no cubren los servicios de enfermería particulares ni los servicios de limpieza o aseo personal para hacer las actividades normales de la vida cotidiana que pueda llevar a cabo el personal médico que no esté certificado. Unos ejemplos de ayuda de limpieza o aseo personal que no se cubren son, entre otros, para bañar, alimentar, preparar comidas o realizar labores domésticas.

El plan no cubre los servicios de limpieza de la casa ni los servicios de enfermería no especializada.

El plan no cubre la comida de los bebés, la fórmula, la leche materna ni otros productos ordinarios del mercado que se puedan procesar para la alimentación oral.

El plan no cubre las lesiones que se sufran al cometer un acto penal.

El plan no cubre la terapia de pareja.

El plan no cubre la atención médica ni hospitalaria ni los costos conexos del recién nacido de un dependiente; salvo si el recién nacido por lo demás es elegible para la cobertura de seguro conforme al plan.

El plan no cubre los procedimientos ni los tratamientos médicos o quirúrgicos ni otra atención médica que sean experimentales, que no se hayan probado, que sean inefectivos o que sean de investigación, según lo determine el director médico y conforme a la literatura científica y a las revistas médicas arbitradas publicadas y según ejerza la comunidad médica nacional. Consulte la



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

sección de *Ensayos clínicos para tratar el cáncer* de esta Evidencia de Cobertura para las exenciones a esta exclusión. Dicha exclusión es para:

- Todo procedimiento o tratamiento que se considera que no cumple el ejercicio médico aceptado.
- Todo procedimiento o tratamiento para los cuales no se haya llevado a cabo o no se haya finalizado la evaluación científica de la técnica ni de su aplicación para un problema médico específico o no se ha establecido su efectividad.
- Todo procedimiento o tratamiento que no haya aprobado debidamente una agencia gubernamental en el momento en que se hayan prestado los servicios.
- La quimioterapia contra el cáncer u otros tipos de terapia que están sujetos a ensayos clínicos en curso de las fases I, II o III, salvo si la quimioterapia se receta conforme al protocolo de investigación médica y los datos se entregan a las bases de datos regionales y nacionales.
- Terapia que se administra conforme a los protocolos experimentales.

El plan no cubre los costos ni las tarifas de la afiliación a un gimnasio y a las clínicas para adelgazar, los programas de acondicionamiento físico, los equipos o los programas de ejercicios, los entrenadores personales, los programas informáticos diseñados para fomentar la buena salud y estar activo o el uso de las piscinas de los gimnasios para fines de terapia.

El plan no cubre las modificaciones ni las instalaciones en los edificios y en las estructuras conexas ni en los vehículos. Por ejemplo, los ascensores para las escaleras, los ascensores que se instalan en el techo interior o los ascensores para las sillas de ruedas.

El plan no cubre la atención médica que no sea de emergencia si está viajando fuera de los Estados Unidos de América.

El plan no cubre los servicios complementarios que no sean médicos; por ejemplo, los servicios vocacionales o de rehabilitación educacional, el entrenamiento de comportamiento, la terapia del sueño, el asesoramiento de empleo, el entrenamiento y la terapia psicológica o la terapia educacional para las discapacidades del aprendizaje o los impedimentos mentales.

El plan no cubre los gastos por servicios personales o artículos de comodidad que no sean médicos y que no se hayan aprobado. Unos ejemplos de eso son los cobros por el asesoramiento legal, el alojamiento en un hotel, las comidas, las tarifas de teléfono y el reembolso por el tiempo y sueldo que se haya perdido. Además el plan no reembolsa daños y perjuicios que no sean médicos.

El plan no cubre las fórmulas sin receta médica para las alergias a los alimentos o las intolerancias alimenticias.

El plan no cubre los servicios de enfermería en casa, salvo los servicios que haya autorizado previamente el plan con tal que se presten en un centro de enfermería especializada.

El plan no cubre los implantes del pene.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

El plan no cubre los artículos personales o de comodidad; por ejemplo, los botiquines de aseo personal que se proporcionan en el hospital.

El plan no cubre las habitaciones privadas en el hospital ni los servicios de enfermería particulares, a menos que el director médico de THNM determine que son médicamente necesarios.

El plan no cubre los repuestos de los equipos médicos duraderos si se pierden, si se los roban, si se usan incorrectamente, si se maltratan o se destruyen, si caduca la garantía, si hay equipos nuevos/mejores que están disponibles ni si se vende el equipo.

El plan no cubre las refracciones de rutina, los anteojos, los lentes correctivos, otros aparatos oculares o los ejercicios oculares.

El plan no cubre los reconocimientos físicos de rutina, los reconocimientos médicos generales, los medicamentos, las evaluaciones (incluso las evaluaciones de la capacidad funcional), las vacunas, las inoculaciones y/o las sustancias biológicas que sean necesarias por razones aparte de la salud. Unos ejemplos de dichos servicios son los reconocimientos físicos que se necesiten para las licencias, el empleo, el matrimonio, los seguros, la operación de vehículos o equipos y para los viajes.

El plan no cubre los servicios ni los suministros que se reciban antes de las fechas de vigencia de la cobertura de seguro ni después de dichas fechas.

El plan no cubre los servicios si se exige que otro tipo de cobertura de seguro los preste o los reembolse incluso, entre otros, la indemnización laboral [*worker's compensation*], el seguro de auto u otra cobertura de seguro parecida.

El plan no cubre los servicios que preste un proveedor de servicios médicos si no forman parte de su campo profesional.

El plan no cubre los servicios ni los suministros que presten los proveedores fuera de la red si no se ha conseguido la autorización previa y si no son de atención médica urgente ni de emergencia.

El plan no cubre los servicios que, por lo general, no se consideran médicamente necesarios; por ejemplo:

- Inyecciones de gonadotropina coriónica humana [*HCG* por sus siglas en inglés] para aumentar la ovulación.
- Análisis del cabello.
- Procedimientos de inversión de esterilización voluntaria.

El plan no cubre los servicios cuyo fin principal no es médico ni los suministros o equipos cuyo fin principal y usual no es médico según lo determine el director médico del plan.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

El plan no cubre los servicios cuyo fin principal es de descanso ni la atención domiciliaria o de convalecencia.

El plan no cubre los tratamientos quirúrgicos para la corrección de un error de refracción, incluso la queratotomía radial y la corrección de la vista con láseres; ni los ajustes de los anteojos.

El plan no cubre los viajes, el alojamiento ni otros gastos correspondientes, salvo según se definen en esta Evidencia de Cobertura.

El plan no cubre el tratamiento de trastornos mentales orgánicos relacionados con la disfunción permanente del cerebro.

El plan no cubre el tratamiento de trastornos del desarrollo incluso, entre otros, trastornos del desarrollo de la lectura, retrasos del desarrollo y trastornos de la articulación.

El plan no cubre el tratamiento de la disfunción sexual, incluso, entre otros, los medicamentos, la terapia de consejos y las clínicas.

El plan no cubre el tratamiento de un familiar directo o cercano del asegurado ni los cuidados que se lleven a cabo por su cuenta para un problema menor si no es una situación de emergencia o una situación de corto plazo cuando no esté a su disposición un médico calificado.

El plan no cubre el tratamiento ni los servicios que se presten con respecto a la detención policial, las órdenes judiciales u otros arreglos parecidos o para cumplir los mismos.

El plan no cubre el tratamiento de una lesión o enfermedad que surja o que provenga de un empleo pagado o que rinde ganancias, independientemente de si dicho tratamiento lo cubre la indemnización laboral u otra cobertura de seguro parecida; o si lo cubre el plan, si se considera que dicho tratamiento es indemnizable conforme los mismos. Esta exclusión de “problemas médicos relacionados con el trabajo” no se aplica a un empleado ejecutivo ni a un propietario único de una corporación comercial o profesional que no haya elegido afirmativamente aceptar las estipulaciones de la Ley de Indemnización Laboral [*Workers’ Compensation Act*] de Nuevo México. Le tiene que aportar a THNM documentación que indique que ha renunciado a la indemnización laboral y es elegible para la exención. Además, a lo mejor no es pertinente la Ley de Indemnización Laboral si un empleador tiene un número de empleados muy pequeño o emplea ciertos tipos de trabajadores que se excluyen de la ley. En el caso de que un empleado se excluya de la cobertura de indemnización laboral, y se cumplan los criterios que se indican más arriba, THNM proveerá la cobertura de atención médica. La cobertura está sujeta a todos los otros requisitos de elegibilidad de THNM.

Si usted no está seguro si se excluye o no se excluye un tratamiento o servicio, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente antes de que le presten el servicio o el tratamiento.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

OTRA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Coordinación de beneficios

Si tiene cobertura de seguro médico bajo algún otro plan de beneficios médicos, otros programas grupales públicos o privados o cualquier otra póliza de seguro médico, los beneficios pagables o que se proporcionen en lo sucesivo se pudieran reducir en la medida en que están a su disposición los beneficios conforme a otro plan, póliza o programa.

A continuación están los reglamentos que establecen la orden de determinación de beneficios entre este acuerdo y cualquier otro plan que cubra al asegurado, con tal que no tenga la cobertura de continuación conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria [*COBRA* por sus siglas en inglés], en cuyo nombre se hace la demanda de seguro:

- Reglamentos con respecto a los empleados/dependientes:
 - El plan que le cubre como empleado paga primero.
 - El plan que le cubre como dependiente paga en segundo lugar.
- Reglamento de cumpleaños para los menores dependientes cuyos padres no estén separados ni divorciados:
 - El plan que cubre al papá o a la mamá cuyo cumpleaños cae primero en el año, paga primero. El plan que cubre al papá o a la mamá cuyo cumpleaños cae segundo en el año, paga en segundo lugar. El orden de los cumpleaños se determina por el mes y el día de nacimiento, no el año de nacimiento.
 - Si ambos padres tienen el mismo mes y día de nacimiento, el plan que haya cubierto al papá o a la mamá por más tiempo, paga primero la demanda de seguro. El plan que haya cubierto al papá o a la mamá por menos tiempo, paga la demanda de seguro en segundo lugar.
- Menores dependientes cuyos padres están separados o divorciados:
 - El plan del papá o de la mamá que, por decreto del tribunal, tenga la obligación de proveer la cobertura de seguro médico paga primero.
 - Si no hubiera una orden judicial:
 - El plan del papá o de la mamá que tenga la custodia física del menor, paga primero.
 - El plan del cónyuge del papá o de la mamá que tenga la custodia física (p. ej., el padrastro o la madrastra) del menor, paga en segundo lugar.
 - El plan del papá o de la mamá que no tenga la custodia física del menor, paga tercero.
- Empleado activo/inactivo:
 - El plan que le cubre como empleado activo (o dependiente de un empleado activo), paga primero.
 - El plan que le cubre como empleado jubilado o despedido (o dependiente de un empleado jubilado o despedido), paga en segundo lugar.
- Empleo más largo o más corto.
 - En el caso de que usted esté inscrito en más de una póliza de seguro grupal, entonces el plan que le haya cubierto por más tiempo paga primero. Si el empleador grupal cambiara de compañía de seguros, no constituye el comienzo de un nuevo plan.
- Si no hubiera una estipulación de la coordinación de beneficios
 - A pesar de los reglamentos que se indican más arriba, el plan que no tenga una estipulación de la coordinación de beneficios pagará primero.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Si usted está cubierto por una póliza de seguro de auto o de dueño de casa que ofrece beneficios de gastos médicos ocasionados por un accidente de auto o un accidente en su propia casa, no tendrá derecho a beneficios conforme a este acuerdo por lesiones provenientes de tal accidente, en la medida que usted esté cubierto por la póliza de seguro de auto o de dueño de casa. Si le hemos proporcionado dichos beneficios, tenemos derecho a recuperar todos los beneficios que hayamos proporcionado, tanto de usted como de la póliza de seguro de auto o de dueño de casa, en la medida que estén disponibles conforme a la póliza de seguro de auto o de dueño de casa.

En ningún caso los servicios cubiertos que se reciban conforme a este acuerdo y todos los otros planes combinados sobrepasarán los gastos finales razonables totales por los servicios que se presten conforme a este acuerdo.

Para fines de coordinación de beneficios:

- Podemos divulgar, solicitar u obtener información sobre la demanda de seguro de cualquier persona u organización. Además, cualquier asegurado que nos presente una demanda de beneficios nos aportará toda la información que necesitemos.
- Tenemos derecho, si pagamos demasiado porque usted no nos informó sobre la otra cobertura o por otra razón, a recuperar el sobrepago de toda persona a quien, o para quién se hicieron dichos pagos.
- No tenemos la obligación de pagar servicios no cubiertos o servicios cubiertos que se hayan obtenido sin cumplir nuestras normas y procedimientos.

Programa Medicaid

El pago de beneficios para los asegurados que sean elegibles para el Programa Medicaid se hace a la agencia estatal apropiada o a los proveedores de servicios médicos si lo exige la ley.

Programa Medicare

Si está inscrito en el Programa Medicare, los servicios cubiertos que se ofrecen conforme al acuerdo no se han elaborado para duplicar algún beneficio al que usted tenga derecho conforme a la Ley de Seguro Social.

THNM no coordina los beneficios con el Programa Medicare. No pagaremos cantidades adicionales que sobrepasen la cobertura de beneficios de su plan del Programa Medicare como el pagador secundario a Medicare.

Subrogación: Lesiones causadas por terceros

Esta sección corresponde cuando otra parte es (o se pudiera considerar) responsable por una lesión, una enfermedad u otro problema médico de un asegurado. Eso incluye los aseguradores médicos que tengan la obligación financiera y en lugar de los cuales THNM haya hecho pagos por los beneficios. Se le subrogan al plan todos los derechos del asegurado contra toda parte que sea responsable por una lesión o una enfermedad del asegurado; o que tenga o pudiera tener, la obligación de pagar el tratamiento médico de dicha lesión o enfermedad laboral (incluso cualquier asegurador médico), en la medida del valor de los beneficios médicos que haya pagado THNM. El asegurado puede ponerse en contacto con THNM para pedir una explicación o clarificación referente a los esfuerzos de subrogación potenciales o en curso. THNM puede



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

afirmar dicho derecho sin el consentimiento del asegurado. Ese derecho incluye, entre otros, los derechos del asegurado conforme a la cobertura de conductores sin seguro o sin suficiente seguro, todo seguro sin culpa [*no-fault*], la cobertura de pagos médicos (de auto, de dueño de casa o de otro tipo), la cobertura de indemnización laboral u otro seguro; además de los derechos del asegurado, conforme al plan, de presentar una acción a fin de esclarecer sus derechos provenientes del plan. THNM no está obligado de ninguna forma a ejecutar ese derecho, ya sea independientemente o en nombre del asegurado, pero pudiera decidir ejecutar sus derechos de reembolso a su criterio exclusivo.

El asegurado tiene la obligación de cooperar con THNM y con sus agentes a fin de proteger los derechos de subrogación de THNM. La cooperación con THNM quiere decir que usted:

- Le aportará a THNM o a sus agentes los datos pertinentes que se le pidan.
- Firmará y entregará dichos documentos según se soliciten, en la medida de lo razonable, a fin de asegurar la demanda de subrogación.
- Obtendrá el consentimiento de THNM o de sus agentes antes de eximir a cualquier parte de la obligación del pago por gastos médicos.

Si el asegurado participara en litigio o negociaciones para llegar a un acuerdo con respecto a las obligaciones de otras partes, el asegurado no puede perjudicar los derechos de subrogación de THNM. Si un asegurado no consiguiera anteriormente el consentimiento por escrito de THNM y aceptara un acuerdo o eximiera a una parte de la obligación de pagar los gastos médicos o si no cooperara con esta estipulación, incluso con ejecutar los documentos que se exigen aquí dentro, se exigirá que el asegurado le pague a THNM el valor de todos los beneficios que haya pagado THNM. THNM tiene contrato con Optum, ubicado en la dirección que se indica a continuación, para ayudar a THNM en sus esfuerzos de subrogación. A lo mejor Optum se comunique con usted o con su proveedor de servicios médicos para que proporcionen información y ayuda a fin de investigar la posibilidad de demandas de subrogación o de terceros.

Optum
P.O. Box 32100
Louisville, KY 40220



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

PAGO DE LAS DEMANDAS DE SEGURO

Cuando usted recibe servicios cubiertos de proveedores de servicios médicos de la red, su proveedor nos presentará sus demandas de seguro en su nombre. Usted tiene que presentar su tarjeta de asegurado del plan en el momento de prestación de servicios para asegurarse de que se paguen sus demandas de seguro oportuna y precisamente. Se espera que usted pague las cantidades de copagos, deducible y/o coseguro que se indican en su Resumen de Beneficios y Cobertura.

Fechas límites para presentar a tiempo las demandas de seguro

La fecha límite para presentar a tiempo las demandas de seguro para los centros clínicos, profesionales o proveedores de servicios médicos de la red es noventa (90) días, a partir de la fecha de prestación de servicios. La fecha límite para presentar a tiempo las demandas de seguro para los profesionales o proveedores de servicios médicos fuera de la red es un (1) año (365 días), a partir de la fecha de prestación de servicios.

Profesionales/Proveedores de servicios médicos de la red

Reembolsamos los servicios cubiertos que le hayan prestado los profesionales o proveedores de servicios médicos de la red. Su proveedor de servicios médicos de la red tiene la obligación de entregar las demandas de seguro en su nombre. No se debe exigir que usted pague sumas a un profesional o proveedor de servicios médicos de la red por los servicios cubiertos, salvo la cantidad de costos compartidos obligatorios. Usted tiene la obligación de pagar los cobros si no asiste a sus citas o si cancela la cita sin avisar debidamente a su proveedor de servicios médicos de la red. Si se está pidiendo que usted pague una cantidad a un proveedor de servicios médico de la red y no está de acuerdo, puede llamar al Centro de Servicio al Cliente para que le ayuden. Usted no tiene la obligación de pagar las cantidades que THNM le deba a su proveedor de servicios médico.

Profesionales/Proveedores de servicios médicos fuera de la red

Salvo los servicios de emergencia y servicios cubiertos que presten los profesionales/proveedores de servicios médicos fuera de la red en un centro clínico de la red si usted no tiene la capacidad o la oportunidad de elegir recibir el servicio de un profesional/proveedor de servicios médicos de la red, tiene que recibir nuestra **autorización previa** antes de recibir servicios de un profesional/proveedor de servicios médicos fuera de la red. Si no, usted tendrá la obligación de pagar todos los cobros que se contraigan. Le pagaremos al profesional/proveedor de servicios médicos fuera de la red la tarifa usual, de costumbre y razonable por el servicio cubierto o la tarifa acordada entre THNM y el proveedor de servicios médicos. Si un proveedor de servicios médicos fuera de la red facturara un saldo adicional que sobrepasa la cantidad del reembolso, que también se conoce como una factura sorpresa, puede seguir el proceso de reclamación de THNM. Procesaremos de nuevo la demanda de seguro y se le pagará al profesional/proveedor de servicios médicos fuera de la red conforme a la tarifa de reembolso de la factura sorpresa que establezca la Oficina del Superintendente de Seguros de Nuevo México [*NM OSI* por sus siglas en inglés] y la Ley Federal de Ninguna Sorpresa [*Federal No Surprises Act*]. La tarifa de reembolso de la factura sorpresa será una de las dos opciones siguientes:



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- el sexagésimo (60th) percentil de la cantidad autorizada de la tarifa de reembolso comercial por el servicio cubierto específico conforme a las demandas de seguro que se pagaron en 2017; o
- el ciento cincuenta por ciento (150%) de la cantidad autorizada del Programa Medicare en el 2017, la cantidad que resulte mayor.

Usted no tiene la obligación de pagarle al profesional/proveedor de servicios médicos fuera de la red la diferencia entre la tarifa de reembolso de la factura sorpresa y el cobro de la factura por un servicio cubierto prestado por dicho profesional/proveedor.

Si sigue recibiendo una factura sorpresa del profesional/proveedor de servicios médicos fuera de la red o si le ha pagado a dicho proveedor una cantidad que sobrepasa los costos compartidos del plan, favor de ponerse en contacto con dicho profesional/proveedor o con la *Managed Health Care Bureau* [Oficina de Atención Médica Administrada] del la Oficina del Superintendente de Seguros.

Office of Superintendent of Insurance – MHCB
 P.O. Box 1689
 1120 Paseo de Peralta
 Santa Fe, NM 87504-1689
 Teléfono: (505) 827-4601 o la línea gratuita 1-855-407-5674
 Fax: (505) 827-6341, Attn: MHCB

A lo mejor usted tenga la obligación de hacer el pago en su totalidad a ese profesional/proveedor de servicios médicos en el momento de prestación de servicios. Si es así, cumpla el procedimiento que se indica a continuación. Una vez que se revise y apruebe la constancia de su pago y la autorización previa, si procede, le reembolsaremos los servicios cubiertos menos los copagos y/o coseguro que se exigen que usted pague como si los servicios se recibieran de un profesional/proveedor de servicios médicos de la red. **Usted tendrá la obligación de pagar los cobros de los servicios que no se cubran.**

Procedimiento de reembolso

Si usted recibe servicios cubiertos de un profesional/proveedor de servicios médicos fuera de la red y dicho profesional/proveedor le cobra esos servicios, cumpla los pasos que se indican a continuación para recibir el reembolso:

- Llene un formulario de demanda de reembolso médico del asegurado que está a su disposición en www.truehealthnewmexico.com/member-forms o llame al Centro de Servicio al Cliente al número de teléfono que se indica al pie en esta página.
- Envíelo a THNM en un (1) año (365 días), a partir de la fecha de prestación del servicio, si es de profesionales médicos o proveedores de servicios médicos fuera de la red.

Si está dependiendo de que un profesional médico o proveedor de servicios médicos fuera de la red presenten la demanda de seguro en su nombre, usted tiene la obligación de asegurarse de que se haya presentado en un (1) año (365 días), a partir de la fecha de prestación del servicio. Dicho cobro por servicios cubiertos se pagará al recibir la factura del profesional médico o proveedor



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

de servicios médicos, o la demanda de seguro válida que se haya llenado para los servicios médicos en cuestión.

Si tiene preguntas con respecto a un cobro de su profesional médico o proveedor de servicios médicos, favor de llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente al número de teléfono que se indica al pie de esta página.

Favor entregar el(los) formulario(s) de demanda de seguro que haya llenado a:

True Health New Mexico
Claims Department
P.O. Box 211468
Eagan, MN 55121

Servicios que se reciban fuera de los Estados Unidos

Están a su disposición beneficios de servicios médicos de emergencia y atención médica urgente que se reciban fuera de los Estados Unidos. Dichos servicios están cubiertos según se explica en la sección de *Cómo funciona su plan* de este documento. Usted tiene la obligación de cerciorarse de que las demandas de seguro que nos envíe a la dirección que se indica más arriba estén traducidas debidamente y que la tasa de cambio de moneda en vigencia en la(s) fecha(s) en que recibió la atención médica se indique claramente cuando se entreguen las demandas de seguro por servicios que se recibieron fuera de los Estados Unidos. THNM no puede reembolsar a profesionales o proveedores de servicios médicos extranjeros. Se necesita constancia de pago para que THNM le reembolse; por ejemplo, el estado de cuenta de una tarjeta de crédito o copia de un cheque que indique su pago. Una vez que se revise y apruebe la constancia de su pago, le reembolsaremos los servicios cubiertos, menos todo copago y/o coseguro que se le hubiera obligado pagar si los servicios los hubiera recibido de un profesional/proveedor de servicios médicos de la red. **Usted tendrá la obligación de pagar los cobros por servicios no cubiertos.**

Programa para Familias, Bebés y Niños Pequeños de Nuevo México [New Mexico Family, Infant and Toddler (FIT) Program]

Para los niños cubiertos, menores de tres (3) años, quienes también sean elegibles para los servicios del programa de Familias, Bebés y Niños Pequeños [*Family, Infant, and Toddler, FIT*] del Departamento de Salud de Nuevo México, según se define en la ley 7.30.8, NMAC, su plan reembolsará al Departamento de Salud por ciertos servicios de intervención temprana que sean médicamente necesarios y que se presten como parte de un plan de servicios familiares personalizados conforme al programa *FIT* por el personal certificado y acreditado por el programa *FIT* del Departamento de Salud. El reembolso máximo conforme al plan se limita a \$3,500 al año.

Sin embargo, las cantidades que se paguen al Departamento de Salud por dichos servicios no se cuentan con respecto a la cobertura máxima anual o de por vida conforme a este plan. Las demandas de seguros por los servicios pagables al Departamento de Salud conforme a esta estipulación solo se honrarán si el Departamento de Salud los presenta a THNM.

Fraudes de demandas de seguro



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Toda persona que a sabiendas presente una demanda de seguro falsa o fraudulenta al seguro por una pérdida o por beneficios, o que a sabiendas presente información falsa referente a los servicios, es culpable de un delito y pudiera estar sujeto a multas civiles y castigos penales. Podemos cancelar su cobertura por todo tipo de actividad fraudulenta. Si desea conseguir más información sobre los fraudes, consulte la sección *Estipulaciones generales de la póliza de seguro* de este documento.

Declaración de confirmación

Todas las decisiones de la administración de utilización se basan en cuán adecuados son los servicios y la atención médica y conforme a los términos de su plan de beneficios. THNM no ofrece incentivos o recompensas al personal por expedir denegaciones.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

RESUMEN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES AL SEGURO MÉDICO

Este es un resumen del proceso que usted tiene que seguir para solicitar una revisión de una decisión que haya tomado THNM. En cada paso, recibirá información detallada y formularios de quejas de THNM. Además, puede consultar en su totalidad los reglamentos de New México que rigen el proceso en la página de **Managed Health Care Bureau [Oficina de Atención Médica Administrada]** que se encuentra bajo la pestaña de **Departamentos** en el sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros [OSI]: www.osi.state.nm.us. Además, puede pedir copia de los reglamentos de dos maneras:

- De THNM si nos escribe a:
True Health New Mexico
2440 Louisiana Blvd. NE
Suite 601
Albuquerque, NM 87110
- De la Oficina del Superintendente de Seguros si llama al (505) 827-4601 o a la línea gratuita al 1-855-427-5674.

¿Qué tipos de decisiones se pueden reconsiderar?

Usted puede solicitar una revisión de dos tipos de decisiones diferentes:

- **Determinación adversa:** Usted puede solicitar una revisión si THNM ha denegado una autorización previa (certificación) para un procedimiento propuesto; o si ha denegado un pago, ya sea parcial o en su totalidad, por un procedimiento que usted ya recibió; o si está denegando o reduciendo un pago adicional por un procedimiento en curso que usted ya está recibiendo y que se había cubierto anteriormente. (Tenemos que avisarle *antes* de cancelar o reducir la cobertura de seguro de un curso de tratamiento activo y se tiene que seguir cubriendo el tratamiento durante el proceso de apelación.) Además, ese tipo de denegación pudiera incluir negarse a cubrir un servicio por el cual los beneficios, por lo demás, se ofrecerían porque se determina que el servicio es experimental, de investigación o no es médicamente necesario o adecuado. Además, pudiera incluir si THNM rechazara la elegibilidad del participante o del beneficiario para participar en un plan. Esos tipos de denegaciones colectivamente se conocen como “**determinaciones adversas**”.
- **Decisión administrativa:** Además usted puede solicitar una revisión si se opone a cómo THNM maneja otros asuntos; por ejemplo, las prácticas administrativas que afectan la disponibilidad, prestación o calidad de servicios médicos; los pagos, el manejo o el reembolso de demandas de seguro por servicios médicos; o si se ha cancelado su cobertura de seguro.

REVISIÓN DE UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

¿Cómo funciona la autorización previa para servicios médicos?

Cuando THNM recibe una solicitud de autorización previa de un pago por un servicio médico o una solicitud para reembolsar a su proveedor de servicios médicos por un servicio que usted ya recibió, seguimos un proceso de dos pasos.

- **Cobertura de seguro:** Primero, determinamos si el servicio que se solicita se cubre conforme a los términos de su plan. Por ejemplo, si la póliza excluye pagos por los audífonos



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

para adultos, entonces no aceptaremos pagarlos para que usted los tenga aun si claramente los necesita.

- **Necesidad médica:** Luego, si THNM hallara que el servicio que se solicita lo cubre la póliza, THNM determina, con el asesoramiento de un médico, si el servicio que se solicita es médicamente necesario. El médico asesor determina la necesidad médica, ya sea después de consultar a especialistas expertos en el área de especialización o después de aplicar las normas uniformes que utiliza THNM. Por ejemplo, si usted sufre una lesión incapacitante en la mano que se pudiera corregir con cirugía plástica y también está solicitando a THNM a fin de que pague la cirugía plástica para que su nariz sea más atractiva, THNM pudiera certificar la solicitud de corregir el problema de su mano y denegar la segunda solicitud ya que no es médicamente necesaria.

Dependiendo de los términos de su póliza de seguro, THNM también pudiera denegar la certificación si el servicio que usted está solicitando está fuera del alcance de su póliza. Por ejemplo, si su póliza no paga procedimientos experimentales y el servicio que está solicitando se clasifica como experimental, THNM pudiera denegar la certificación. Además, THNM pudiera denegar la certificación si un procedimiento que haya solicitado su proveedor de servicios médicos no se reconoce como tratamiento estándar para el problema médico que se está tratando.

Importante: Si THNM determinara que no certificará su solicitud de servicios, usted puede proseguir con el tratamiento o procedimiento. **Sin embargo**, usted mismo tendrá la obligación de pagarle al proveedor de servicios médicos por los servicios que le preste.



¿Cuánto tiempo lleva la certificación inicial?

Decisiones que se hacen en un período regular: THNM tiene que tomar una decisión inicial en los siguientes cinco (5) días hábiles. Sin embargo, THNM pudiera extender el período de revisión por un máximo de diez (10) días calendario si:

- Se pueden mostrar motivos justificantes por la demora que están fuera de su control;
- Se puede mostrar que la demora no resultará en un aumento de riesgo médico para usted; y
- Se le proporciona una explicación y un informe de progreso por escrito a usted y al proveedor de servicios médicos en el período de revisión original de cinco (5) días hábiles.

¿Qué pasa si necesito servicios enseguida?

Situación de atención médica urgente: Una **situación de atención médica urgente** es una situación en la cual se necesita una decisión de THNM rápidamente por una o más de las razones siguientes:

- Una demora pudiera poner en peligro su vida o su salud.
- Una demora pudiera poner en peligro su habilidad de recuperar el funcionamiento máximo.
- Su proveedor de servicios médicos **con buena razón** solicita una decisión acelerada.
- El médico que conoce su estado médico cree que una demora le sujetaría a dolor severo que no se podrá controlar adecuadamente sin la atención médica o el tratamiento que se solicita.
- La urgencia médica de su caso exige que se tome una decisión acelerada.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Si tiene una situación de atención médica urgente o si THNM le ha avisado que el pago por un curso tratamiento activo que usted ya está recibiendo se está reduciendo o se discontinuará, usted mismo o su proveedor de servicios médicos pueden solicitar una revisión acelerada y THNM tiene que certificar o denegar la solicitud inicial rápidamente. THNM tiene que tomar su decisión inicial conforme a las exigencias médicas del caso, pero en veinticuatro (24) horas, a partir de cuando se reciba la solicitud, ya sea escrita o verbal, de una decisión **acelerada**.

Si está inconforme con la decisión inicial acelerada de THNM en una situación de atención médica urgente, usted puede solicitar una **revisión acelerada** de la decisión tanto por THNM como por una entidad externa que se denomina una organización de revisión independiente [*Independent Review Organization, IRO*]. Si se solicita una revisión **acelerada**, THNM tiene que reconsiderar su decisión previa y dispone de setenta y dos (72) horas para responder a su solicitud. Si usted solicita que una organización de revisión independiente lleve a cabo una revisión acelerada al mismo tiempo que THNM realiza su revisión, la organización de revisión independiente también tiene que expedir su decisión acelerada en setenta y dos (72) horas, a partir de cuando reciba la autorización necesaria de divulgación de información y expedientes pertinentes. Si usted aún está inconforme después de que la organización de revisión independiente termine su revisión, puede pedir que el Superintendente de Seguros revise su solicitud. Dicha revisión se llevará a cabo en setenta y dos (72) horas, a partir de cuando esté completa su solicitud. La revisión interna, la revisión de la organización de revisión independiente y la revisión por el Superintendente se describen en mayor detalle en las secciones siguientes.

Importante: Si tiene una emergencia, debe conseguir atención médica enseguida y luego avisar a THNM cuanto antes. Le orientaremos por el proceso de demandas de seguro una vez que se haya pasado la emergencia.



¿Cuándo se me avisará si mi solicitud inicial se ha certificado o denegado?

Si la solicitud inicial se ha aprobado, THNM tiene que avisar, tanto a usted como a su proveedor de servicios médicos, en un (1) día hábil, a partir de la fecha de la decisión, salvo si es un asunto urgente que exige un aviso más rápido. Si denegáramos la certificación, tenemos que avisarle a usted y al proveedor de servicios médicos en las siguientes veinticuatro (24) horas, a partir de cuando se expida la decisión.

Si se denegara mi solicitud inicial, ¿cómo puedo apelar esa decisión?

Si THNM denegara su solicitud inicial de servicios o si está inconforme con la manera en que THNM manejó un asunto administrativo, recibirá una descripción detallada del procedimiento de reclamación de THNM junto con formularios e instrucciones detalladas para solicitar una revisión. **Usted tiene que enviar la solicitud de revisión por escrito o verbalmente.** THNM pone a su disposición representantes quienes han sido capacitados para ayudarle con el proceso de solicitar una revisión. Dicha persona le puede ayudar a llenar los formularios necesarios y a juntar la información que usted necesite para presentar su solicitud. Si desea que le ayuden, comuníquese con la Oficina de Ayuda al Consumidor de THNM:

- Por teléfono: 1-844-508-4677
- Por correo:



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

True Health New Mexico
Attention: Appeals and Grievances
P.O. Box 37200
Albuquerque, NM 87176

- Por fax: 1-866-231-1344
- Por correo electrónico: info@truehealthnewmexico.com

Además, se puede comunicar con la División de Atención Médica Administrada [*Managed Healthcare Bureau*] de la Oficina del Superintendente de Seguros para que el personal le ayude a preparar una solicitud de revisión:

- Por teléfono: (505) 827-4601 o la línea gratuita al 1-855-427-5674
- Por correo:
Office of Superintendent of Insurance - MHCB
P.O. Box 1689, 1120 Paseo de Peralta
Santa Fe, NM 87504-1689
- Por correo electrónico: mhcb.grievance@state.nm.us
- Por fax: (505) 827-4734, Attn: MHCB

Dónde debe entregar su solicitud de revisión interna

- Puede presentar su solicitud verbal si llama al: 1-844-508-4677.
- Puede entregar su solicitud escrita para su revisión al:
 - Por correo:
True Health New Mexico
Attention: Appeals and Grievances
P.O. Box 37200
Albuquerque, NM 87176
 - Por fax: 1-800-747-9132
Por correo electrónico: Member-A-and-G@truehealthnewmexico.com

¿Quiénes pueden solicitar una revisión?

Usted mismo, su proveedor de servicios médicos o una persona que usted elija (con su consentimiento escrito) para actuar en su nombre pueden solicitar una revisión. El paciente puede ser el inscrito mismo o un dependiente que recibe la cobertura de seguro mediante el inscrito. La persona que solicita la revisión se conoce como el “**reclamante**”.

Para apelar una determinación adversa: revisión de primer nivel

Si usted está inconforme con la decisión inicial de THNM, tiene derecho a solicitar a nuestro director médico para que reconsidere la decisión THNM. El director médico puede tomar una decisión basada en los términos de la póliza de su seguro, puede elegir comunicarse con un especialista o con el proveedor de servicios médicos que haya solicitado el servicio en su nombre, o se puede basar en las normas de THNM o en las normas que se aceptan generalmente.

¿De cuánto tiempo dispongo para decidir si voy a solicitar una revisión?



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Usted tiene que avisar a THNM si desea solicitar una revisión de primer nivel en los siguientes **ciento ochenta (180) días**, a partir de la fecha en que se le avise que se ha denegado su solicitud inicial.

¿Qué tengo que aportar? ¿Qué más puedo aportar?

Si solicita que THNM reconsidere su decisión, le daremos una lista de los documentos que usted tiene que aportar y le proporcionaremos todos sus expedientes y otra información que considerará el director médico al revisar su caso. Además, usted puede aportar otra información más que usted quiere que el director médico considere, por ejemplo, una declaración o recomendación de su médico, una declaración que usted haya escrito o estudios clínicos publicados que respalden su solicitud.

¿Cuánto tiempo lleva realizar una revisión interna de primer nivel?

Revisión acelerada. Si una solicitud de revisión trata de una situación de atención médica urgente, THNM tiene que llevar a cabo una revisión interna acelerada conforme a las exigencias médicas del caso, pero en ningún caso en menos de setenta y dos (72) horas, a partir de cuando se reciba la solicitud de revisión interna.

Revisión regular. THNM tiene que llevar a cabo tanto la revisión del director médico como (si usted luego lo solicita) la revisión del panel interno de THNM en los siguientes treinta (30) días, a partir de la fecha en que se reciba su solicitud de revisión previa a la prestación de servicios o en sesenta (60) días, si su solicitud de revisión se presenta después de la prestación del servicio. Por lo general, la revisión del director médico solo lleva unos cuantos días.

El director médico denegó mi solicitud: ¿qué sucede de aquí en adelante?

Si usted sigue inconforme después de la revisión del director médico, puede solicitar una revisión por un panel, el cual selecciona THNM, o puede omitir este paso y pedir que una organización de revisión independiente, la cual nombra el Superintendente, revise su solicitud.

- Si usted pide que el panel de THNM reconsidere su solicitud, tiene derecho a comparecer ante el panel, ya sea en persona o por teléfono, o puede elegir una persona (incluso su abogado) para que comparezca junto con usted o para que le represente. Usted puede presentar la información que quiere que el panel considere y hacer preguntas a los integrantes del panel. Además, su proveedor de servicios médicos puede dirigirse al panel o enviar una declaración por escrito.
- Si usted decidiera no proseguir con la revisión del panel, aún podrá presentar su información para la revisión de la organización de revisión independiente, pero no podrá comparecer en persona ni por teléfono. El personal de la Oficina del Superintendente de Seguros le puede ayudar a entregar su información a la organización de revisión independiente.

Importante: Si está cubierto por la Ley de Adquisición de Atención Médica de Nuevo México [*New Mexico Healthcare Purchasing Act*], NO puede solicitar una revisión de la organización de revisión independiente [*IRO* por sus siglas en inglés] si usted omite la revisión del panel.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

¿De cuánto tiempo dispongo para tomar mi decisión?

Si usted desea que el panel de THNM reconsidere su solicitud, tiene que avisarnos en los siguientes **cinco (5) días**, a partir de la fecha en que reciba la decisión del director médico. Si usted desea omitir la revisión del panel de THNM y que su asunto se dirija directamente a la organización de revisión independiente, tiene que avisar a la Oficina del Superintendente de Seguros de su decisión en los siguientes **cuatro (4) meses**, a partir de la fecha en que reciba la decisión del director médico.

¿Qué pasa durante la revisión del panel de THNM?

Si usted solicita a THNM a fin de que le proporcione un panel para reconsiderar su decisión, THNM programará una audiencia con un grupo de profesionales médicos y de otro tipo para reconsiderar la solicitud. Si THNM decidió que los servicios médicos que se solicitan no son médicamente necesarios, que son experimentales o de investigación, entonces el panel incluirá por lo menos un especialista que tenga experiencia o capacitación específica referente a los servicios médicos que se solicitan.

THNM se comunicará con usted para aportarle datos sobre la fecha de la audiencia del panel para que usted pueda hacer los arreglos necesarios para comparecer, ya sea en persona o por teléfono, o para que comparezca alguien junto con usted o para que le represente. Usted puede repasar toda la información que THNM aportará al panel y puede presentar otra información más si quiere que la considere el panel. Si usted asiste a la audiencia, ya sea en persona o por teléfono, puede hacerles preguntas a los integrantes del panel. Además su proveedor de servicios médicos puede asistir en persona o por teléfono, dirigirse al panel o enviar una declaración por escrito.

El panel interno de THNM tiene que finalizar su revisión en los siguientes treinta (30) días, a partir de la fecha en que usted haya presentado su solicitud original de revisión interna de una solicitud de precertificación, o en los siguientes sesenta (60) días, a partir de su solicitud original si ya ha recibido los servicios. Se le avisará en un (1) día, a partir de la fecha de la decisión del panel. Si usted no aportara los expedientes u otra información que THNM necesita para llevar a cabo la revisión, se le dará la oportunidad de aportar lo que falte, *pero el proceso de revisión pudiera llevar mucho más tiempo y tendrá que esperar la decisión.*

Consejo: Si usted necesita más tiempo para prepararse para la revisión del panel, puede pedir que se postergue la revisión del panel por un máximo de treinta (30) días.

Si quisiera que panel de THNM revise mi solicitud, ¿aún puedo solicitar la revisión de la organización de revisión independiente?

Sí. Si el panel de THNM reconsidera su solicitud y usted aún está inconforme con la decisión, dispone de **cuatro (4) meses** para decidir si quiere que la organización de revisión independiente revise su solicitud.

¿Qué es una organización de revisión independiente y qué papel despliega?



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Una organización de revisión independiente es una organización certificada nombrada por la Oficina del Superintendente de Seguros a fin de reconsiderar las solicitudes que haya denegado un asegurador. La organización de revisión independiente emplea a varios profesionales médicos y de otro tipo por todo el país para llevar a cabo revisiones. Una vez que la Oficina del Superintendente de Seguros seleccione y nombre una organización de revisión independiente, dicha organización nombrará un profesional, o más de uno, que tenga credenciales específicas que le califiquen para comprender y evaluar los asuntos que sean específicos a una solicitud. Dependiendo del tipo de asunto, la organización de revisión independiente pudiera nombrar un solo investigador o un panel de investigadores para considerar su solicitud. La organización de revisión independiente tiene que nombrar investigadores que no tengan ningún conocimiento previo del caso y que no tengan una afiliación estrecha con THNM ni con usted. El investigador considerará toda la información que aporte tanto THNM como usted. (La Oficina del Superintendente de Seguros le puede ayudar a entregar su información a la organización de revisión independiente.) Para tomar la decisión, el investigador también puede basarse en otros materiales publicados, por ejemplo, estudios clínicos.

La organización de revisión independiente les informará de la decisión final a usted, a su proveedor de servicios médicos, a THNM y a la Oficina del Superintendente de Seguros. THNM tiene que cumplir la decisión de la organización de revisión independiente. Si la organización de revisión independiente determinara que se deben prestar los servicios que se solicitan, entonces THNM los tiene que prestar.

Las tarifas de la organización de revisión independiente se cobran directamente a THNM. No se le cobra nada a usted por este servicio.

¿Cuánto tiempo le lleva a la organización de revisión independiente hacer la revisión?

La organización de revisión independiente tiene que finalizar la revisión y avisar de su decisión en los siguientes veinte (20) días, a partir de la fecha en que haya recibido toda la información que necesita para la revisión. (Sin embargo, si se ha pedido que la organización de revisión independiente lleve a cabo una revisión acelerada referente a una cuestión de atención médica urgente, la organización de revisión independiente tiene que avisar de su decisión en las siguientes setenta y dos [72] horas, a partir de cuando haya recibido toda la información que necesita para la revisión de la cuestión.)

Revisión del Superintendente de Seguros

Si usted sigue inconforme después de la revisión de la organización de revisión independiente, puede pedir que el Superintendente revise el asunto. Usted puede presentar su solicitud directamente a la Oficina del Superintendente de Seguros, y si su caso cumple ciertos requisitos, se programará una audiencia. Entonces usted tendrá derecho a presentar otra información más para respaldar su solicitud y puede asistir a la audiencia y hablar. Además puede pedir que atestigüen otras personas en la audiencia. El Superintendente puede nombrar a dos funcionarios independientes de audiencias para encargarse conjuntamente de la cuestión y proporcionar una recomendación.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Los dos encargados de audiencias proporcionarán conjuntamente una recomendación al Superintendente en los siguientes treinta (30) días, a partir de la fecha en que hayan llevado a cabo la audiencia. Entonces el Superintendente expedirá una orden final.

No se le cobra nada a usted por la revisión del Superintendente de Seguros y las tarifas que cobren los funcionarios de audiencias se cobran directamente a THNM. Sin embargo, si hace los arreglos necesarios para que le represente un abogado o si sus testigos le cobran una tarifa, usted tendrá la obligación de pagar dichas tarifas.

Revisión de una Decisión Administrativa Interna

¿De cuánto tiempo dispongo para decidir si quiero una apelación y cómo inicio el proceso?

Si usted está inconforme con una decisión administrativa inicial que haya tomado THNM, tiene derecho a solicitar una revisión interna en los siguientes **ciento ochenta (180) días**, a partir de la fecha en que se le haya avisado de la decisión. THNM le avisará en los siguientes tres (3) días, a partir de la fecha en que haya recibido su solicitud de revisión y revisará la cuestión cuanto antes. Usted puede presentar información pertinente para que la considere el investigador.

¿Cuánto tiempo lleva la revisión interna de una decisión administrativa?

THNM le enviará por correo la decisión en los siguientes treinta (30) días, a partir de la fecha en que haya recibido su solicitud de revisión de la decisión administrativa.

¿Puedo apelar la decisión de un investigador interno?

Sí. Usted dispone de **veinte (20) días** para solicitar a THNM para que forme un comité que reconsidere la decisión administrativa.

¿Qué hace el comité de reconsideración? ¿Cuánto tiempo lleva?

Una vez que THNM reciba su solicitud, nombrará dos integrantes o más para formar un comité para reconsiderar la decisión administrativa. Los integrantes del comité tienen que ser representantes de THNM que no estuvieron involucrados en la decisión inicial o en la revisión interna. El comité se reunirá para reconsiderar la decisión en los siguientes quince (15) días, a partir de la fecha en que THNM haya recibido su solicitud. Se le avisará por lo menos cinco (5) días antes de la reunión del comité para que usted pueda aportar información y/o asistir a la audiencia, ya sea en persona o por teléfono.

Si no le es posible prepararse para la audiencia del comité en el período de tiempo que establezca THNM, usted puede pedir que se postergue la audiencia del comité por un máximo de treinta (30) días.

El comité de reconsideración le enviará por correo su decisión en los siguientes siete (7) días, a partir de la fecha de la audiencia.

¿Cómo puedo pedir una revisión externa?

Si usted está inconforme con la decisión del comité de reconsideración, puede pedir que el Superintendente revise la cuestión en los siguientes **veinte (20) días**, a partir de la fecha en que



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

haya recibido la decisión escrita de THNM. Usted puede entregar la solicitud a la Oficina del Superintendente de Seguros utilizando los formularios que le proporcione THNM. Además, los formularios están a su disposición en el sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros en: www.osi.state.nm.us. Además, puede llamar a la Oficina del Superintendente de Seguros para pedir los formularios al (505) 827-4601 o a la línea gratuita al 1-855-427-5674.

¿Cómo se lleva a cabo la revisión externa?

Una vez que reciba su solicitud, el Superintendente pedirá que tanto usted como THNM aporten información para su consideración. THNM dispone de cinco días (5) para aportar su información al Superintendente, con copia a usted. Si el asunto califica para una revisión externa, usted también le puede aportar más información incluso documentos e informes para que los revise el Superintendente. El Superintendente revisará toda la información que reciba, tanto de usted como de THNM, y expedirá una decisión final en los siguientes cuarenta y cinco (45) días. Si usted necesita más tiempo para juntar la información, puede solicitar una extensión de hasta noventa (90) días. Toda extensión extenderá el tiempo del proceso de revisión y la decisión.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

INFORMACIÓN GENERAL

Confidencialidad

Toda persona que llegue a tener contacto con sus expedientes médicos personales durante el proceso de reclamación tiene que proteger sus expedientes conforme a las leyes y los reglamentos estatales y federales de confidencialidad de los pacientes. De hecho, el proveedor de servicios médicos y THNM no pueden divulgar sus expedientes, ni a la Oficina del Superintendente de Seguros, hasta que usted firme un permiso de divulgación.

Necesidades especiales y diversidad cultural y lingüística

La información sobre los procedimientos de reclamación se proporcionarán en medios accesibles o en otro idioma conforme a las leyes y los reglamentos estatales y federales pertinentes.

Requisitos de informar

Se exige que los aseguradores proporcionen un informe anual al Superintendente con detalles sobre el número de reclamaciones que haya recibido, cuántas se resolvieron y en qué punto en el proceso se resolvieron. Usted puede repasar los resultados del informe anual en el sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros.

La Oficina del Superintendente de Seguros presenta el resumen de más arriba. Esto no constituye asesoramiento legal y usted a lo mejor tenga otros derechos legales que no se exponen en estos procedimientos.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

ESTIPULACIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Cesión de beneficios

THNM específicamente reserva el derecho de pagarle directamente al inscrito y rechazar la cesión de beneficios en toda circunstancia. Si un proveedor de servicios médicos u otra parte recibiera el permiso verbal o escrito del asegurado para recibir un pago por los servicios cubiertos directamente de THNM, THNM no está obligado a honrar el acuerdo y se lo pudiera pagar al asegurado. Ninguna persona puede ejecutar un poder notarial que interfiera con el derecho de THNM de pagarle al inscrito o al asegurado del plan en vez de a otra entidad.

THNM le pagaría al suscriptor si el suscriptor pagó el servicio en su totalidad en el momento en que se prestó el servicio. Por ejemplo: El suscriptor/asegurado pide servicios y el proveedor de servicios médicos no puede establecer su elegibilidad. El suscriptor/asegurado decide pagar en su totalidad y entregar un recibo detallado directamente al plan de seguro médico para que le reembolse.

Es importante que sepa que, dependiendo de los servicios prestados (ya sea dentro de la red o fuera de la red), tal vez el suscriptor tenga derecho un reembolso más del proveedor de servicios médicos y puede proseguir con eso.

Circunstancias fuera del control de THNM

Si hubiera un desastre como un terremoto, una guerra o un disturbio, haremos un esfuerzo de buena fe para ayudar a los asegurados a fin de que se les presten los servicios cubiertos y seguiremos teniendo la obligación de pagar los servicios cubiertos. THNM no será responsable de los daños que ocasionen las demoras en la prestación de los servicios ni por los fallos por falta de centros clínicos o personal.

Formularios de demanda de seguro y constancia de pérdidas

Para las demandas de seguro, tanto médicas como de farmacia, se tiene que aportar a THNM un comprobante escrito, un formulario de demanda de seguro y constancia de las pérdidas conforme a los procedimientos de reembolsos que se describen en la sección de *Pagos de las demandas de seguro* de esta Evidencia de Cobertura.

- Aceptamos que nos aporte la constancia de pérdidas en forma electrónica o por escrito.
- Se tiene que entregar todo lo antedicho y las solicitudes de revisión de las demandas de seguro que se procesaron **anteriormente** a THNM en un (1) año (365 días), a partir de la fecha del suceso, o de cuándo empezó la pérdida de la cual proviene la demanda de seguro. Si no se proporcionara un aviso durante dicho tiempo, no se anulará, denegará ni reducirá la demanda de seguro con tal que se muestre que el aviso por escrito se presentó en cuanto fue posible, en la medida de lo razonable.
- Si se pide un formulario de demanda de seguro o si se presente el aviso de la demanda de seguro a THNM, le aportaremos al reclamante o al titular de la póliza los formularios de demanda de seguro que necesitamos para iniciar el proceso. Si el reclamante no recibiera dichos formularios de demanda de seguro en quince (15) días, a partir de la fecha en que THNM reciba el aviso de la demanda de seguro o la solicitud del formulario de demanda, se considerará que el reclamante ha cumplido el requisito del plan de constancia de las pérdidas.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Las demandas de seguro extranjeras se tienen que traducir a la moneda de los Estados Unidos antes de entregarlos a THNM para que lo pague.

Descargo de responsabilidad

THNM no tiene control en lo absoluto sobre los diagnósticos; tratamientos; atención médica; ni otros servicios que le presten al asegurado en algún otro centro clínico o algún otro proveedor de servicios médicos, independientemente de si forman parte de la red o no. THNM no se hace responsable de las pérdidas o las lesiones que causen los proveedores de servicios médicos por negligencia o alguna otra razón.

Evaluación de las tecnologías nuevas para incluirlas como servicio cubierto

El plan excluye la cobertura de seguro para los servicios médicos que se consideran experimentales o de investigación o el uso de tecnología que no corresponda a las indicaciones de la etiqueta. THNM tiene un proceso para evaluar los servicios médicos y la tecnología nueva que se pudiera considerar experimental o de investigación. Si THNM determinara que el procedimiento o el servicio es experimental o de investigación, este plan no cubrirá el servicio. Si usted aceptara recibir dichos servicios, tal vez tenga la obligación de pagar los cobros.

El director médico de THNM verificará si hay apoyo para un servicio médico específico y hará una determinación con respecto a la cobertura de seguro. Por lo general, dicho apoyo se aporta en la forma de ensayos clínicos potenciales, aleatorios y controlados que apoyan la seguridad y efectividad del servicio médico en cuestión.

Además, la tecnología nueva tiene que ser tan beneficiosa como todas las alternativas establecidas y los resultados tienen que lograrse fuera del ámbito de investigación. Si el director médico no pudiera encontrar apoyo, se pudiera consultar a un vendedor externo cuyos servicios utiliza THNM para ayudarnos a evaluar las tecnologías nuevas.

Libertad de elección con respecto a los hospitales o los profesionales médicos

Conforme a los límites de la cobertura de la póliza de seguro y de la zona, una persona asegurada tiene derecho a ejercer la libertad de elección en su totalidad con respecto a seleccionar un hospital, profesional de medicina natural, optometrista, psicólogo, podólogo, médico auxiliar, partera certificada que sea enfermera, partera certificada que no sea experta médica, enfermero(a) certificado(a) de ejercicio amplificado o trabajador social independiente según se definen en la sección de *Glosario de términos* de esta Evidencia de Cobertura. El tratamiento de una enfermedad o lesión del campo de medicina que ejerce un proveedor de servicios médicos no se restringirá por un contrato de seguro médico ni por una póliza de seguro médico nuevo. Se considerará que una persona asegurada conforme a una póliza de seguro médico, que provee la cobertura de seguro para el pago de beneficios por el tratamiento o la cura o la corrección de un problema físico o mental, ha cumplido los requisitos de la póliza de seguro si aporta constancia de las pérdidas, o si aporta una constancia por escrito corroborada por el certificado del proveedor de servicios médicos o del trabajador social independiente.

Fraudes y abusos



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Nuestro programa contra los fraudes y abusos se empeña en investigar y prevenir toda manera de actividad sospechosa correspondiente a los fraudes y/o abusos médicos.

Definiciones de fraudes y abusos

Los **fraudes** son los engaños o las distorsiones intencionales que hace una persona que sepa que el engaño pudiera rendir un beneficio no autorizado a la misma u otra persona. Abarca toda acción que constituya un fraude conforme a las leyes estatales o federales pertinentes.

Los **abusos** son cuando una persona está involucrada en prácticas que son inconsistentes con las prácticas buenas, ya sean fiscales, comerciales o médicas. Dichas prácticas pudieran ocasionar un costo innecesario a un plan de seguro médico o un reembolso por servicios que no sean médicamente necesarios o que no cumplan las normas profesionales aceptadas de atención médica.

Para denunciar abusos, actividades sospechosas o fraudes potenciales

Si usted cree que ha cometido un abuso, actividad sospechosa o fraude, que se pudiera estar cometiendo o que se va a cometer, háganos el favor de denunciarlo enseguida. Puede denunciar dicha actividad de las siguientes maneras:

- Llamar a la línea directa contra los fraudes y abusos [*Fraud & Abuse Telephone Hotline*] al 1-855-882-3903 o al (505) 492-2058, extensión 156;
- Enviar la información por fax al Departamento de Fraudes y Abusos al 1-866-231-1344; o
- Enviar la información por correo a:
True Health New Mexico
Attn: Fraud y Abuse Department
P.O. Box 37200
Albuquerque, NM 87176

Si usted denunciara actividades sospechosas o fraudulentas, no deje que incluir todos los detalles que sepa en su informe para que podamos investigar el asunto. Puede presentar una denuncia anónimamente. Tratamos todas las denuncias de manera confidencial y las investigamos. A lo mejor remitiremos las actividades a las fuerzas policiales o al cuerpo regulador debido. Si se determinara que un asegurado o un proveedor de servicios médicos han participado en actividades sospechosas, fraudes o abusos estarán sujetos a la expulsión del plan y la recuperación de todos los sobrepagos.

Acción legal

No se llevará a cabo una acción legal o de equidad con fines de recuperación, conforme a esta póliza de seguro, antes de sesenta (60), a partir de la fecha en que se haya aportado constancia por escrito de las pérdidas, según los requisitos de esta póliza. No se llevará a cabo una acción de ese tipo una vez que hayan pasado tres (3) años, a partir de la fecha en que se tenía que aportar constancia por escrito de las pérdidas.

Incentivos para los asegurados

THNM pudiera ofrecer incentivos como parte de nuestros esfuerzos de promoción de la buena salud. Los incentivos pueden ayudar a motivar a los asegurados a fin de que cambien los



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

comportamientos negativos, mantengan los comportamientos positivos en cuanto a la salud o conseguir servicios preventivos. Es nuestro enfoque animar a los asegurados para que consigan los servicios preventivos apropiados que se recomiendan según la edad y el sexo. Nuestras directrices de atención médica preventiva se basan en las directrices de la Fuerza Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [*U.S. Preventive Services Task Force*].

Pago de las demandas de seguro

Las demandas de seguro que entregue el asegurado por los servicios que haya recibido un asegurado fallecido se pagarán conforme al nombramiento del beneficiario y a las estipulaciones con respecto a dichos pagos. Si no se aportara dicho nombramiento o estipulación, las demandas se pagarán a la herencia del asegurado. Toda otra demanda que no se haya pagado cuando fallezca el asegurado, se pagará al beneficiario, según lo decidamos. Todas las otras demandas se pagarán al asegurado o al proveedor de servicios médicos, según lo decida THNM.

Reconocimientos físicos

THNM tiene derecho a hacer los arreglos necesarios, que corren por su cuenta, para un reconocimiento físico de toda persona para quien esté pendiente una demanda de seguro tan a menudo como sea necesario con tal que sea razonable. Eso incluye la autopsia si ha fallecido, con tal que no lo prohíban las leyes.

Recuperación de los sobrepagos por los beneficios en exceso

Un sobrepago por un “beneficio en exceso” es un servicio o beneficio que no se exige conforme a esta póliza de seguro, pero que ya ha pagado THNM. Tenemos derecho a recuperar los sobrepagos que hayamos hecho. Si el beneficio en exceso es un servicio, la recuperación se basará en las tarifas habituales por ese servicio. Si el beneficio en exceso es un pago, la recuperación se basará en el pago que se haya hecho. Se puede pedir la recuperación de uno o más de los siguientes: toda persona para quien o con respecto a quien se le prestaron dichos servicios o se hicieron dichos pagos, toda compañía de seguros, todo plan de seguro médico u otra organización.

El derecho a recuperar pertenece solo a THNM. Lo utiliza THNM según su criterio exclusivo. Si le avisamos a usted (o a su representante legal si es menor de edad o si es legalmente incompetente) que estamos prosiguiendo con recuperar esos beneficios, le pedimos que colabore con nosotros para asegurar los derechos a la recuperación.

Restablecimiento

THNM puede reestablecer esta póliza de seguro después de que se haya cancelado. Eso se puede hacer sin tener que ejecutar una solicitud nueva, expedir una tarjeta de asegurado nueva o sin avisar al inscrito aparte de la aceptación incondicional de un pago adicional del inscrito.

Renovable

Se renovará la cobertura de seguro si lo desea el inscrito a menos que:

- El individuo no haya pagado las primas de seguro ni las contribuciones conforme a los términos de la póliza de seguro; o



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- El individuo haya llevado a cabo una acción o práctica que constituye un fraude, o ha hecho una distorsión intencional de un dato material conforme a los términos de la cobertura de seguro; o
- El individuo ya no viva ni trabaje en la zona de servicio del plan; o

Derechos de los padres que tienen la custodia de los menores

Cuando un menor tiene la cobertura de seguro del papá o de la mamá que no tienen la custodia principal de dicho menor, THNM le aportará la información al papá o la mamá que tiene la custodia, según sea necesario, para que el menor obtenga los beneficios; permitirá que el papá o la mamá que tienen la custodia o el proveedor de servicios médicos presente las demandas de seguro por los servicios cubiertos sin la aprobación del papá o de la mamá que no tienen la custodia; y hará los pagos de las demandas de seguro que se presenten conforme a las leyes de Nuevo México directamente a los padres que tengan la custodia, al proveedor de servicios médicos o la agencia estatal del Programa Medicaid.

Derechos de los padres que no tienen la custodia de los menores

THNM reconoce los derechos de los padres que no tienen la custodia de los menores cubiertos por la póliza de seguro del papá o de la mamá que tiene la custodia, a menos que se hayan anulado dichos derechos conforme a una orden judicial o un decreto de divorcio. Los padres que no tengan la custodia se pueden comunicar con THNM para conseguir o aportar la información necesaria incluso, entre otra, la información de los proveedores de servicios médicos, la información de las demandas de seguro, los pagos de las demandas y la información sobre los beneficios o servicios del menor.

Reembolsos al asegurado de las demandas de seguro

Para que le reembolsemos lo que haya pagado, tendrá que presentar un formulario de reembolso de los asegurados y una declaración detallada con el diagnóstico, el tratamiento que recibió, una explicación de los servicios, los cobros por el tratamiento y los datos de identidad del asegurado según se encuentran en su tarjeta de asegurado del plan.

Las facturas detalladas se tienen que entregar en los formularios de factura o en el papel membretado del proveedor de servicios médicos y tienen que incluir:

- El nombre y la ubicación del consultorio del médico o de otro proveedor de servicios médicos.
- El nombre completo del paciente que está recibiendo el tratamiento o los servicios.
- La fecha, el tipo de servicio, el diagnóstico y la tarifa por cada servicio por separado.

No se aceptan cheques anulados, estados de saldos pendientes, comprobantes de cajas registradoras ni facturas que usted mismo prepare. Le rogamos que haga copia de todas las facturas detalladas para que las guarde en sus archivos antes de que nos las envíe ya que no se le devolverán las facturas. Las facturas detalladas son necesarias para que se pueda procesar su demanda de seguro a fin de que se provean todos los beneficios que están a su disposición conforme a esta póliza.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Si su factura detallada incluye cobros por servicios que nos entregaron previamente, tiene que indicar claramente los nuevos cobros que se presentan para el reembolso. A lo mejor se exija que proporcionen los expedientes médicos del tratamiento o del servicio. Usted puede conseguir un formulario de reembolso de los asegurados en nuestro sitio web en www.truehealthnewmexico.com/member-forms/ o puede llamar al Centro de Servicio al Cliente al 1-844-508-4677.

Las demandas de seguro por los servicios que preste un proveedor de servicios médicos fuera de la red se tienen que entregar a THNM en un (1) año (365 días), a partir de la fecha de prestación del servicio. Si su proveedor de servicios médicos fuera de la red no presentara la demanda de seguro en su nombre, usted tendrá la obligación de presentar la demanda de seguro antes de la fecha límite de un año. Las demandas de seguro que se presenten después de la fecha límite ya no serán elegibles para el reembolso. Si se le devolviera una demanda de seguro porque necesitamos más información, usted tendrá que entregarla de nuevo, con la información solicitada, en los siguientes noventa (90) días, a partir de la fecha en que se haya recibido la solicitud.

Favor de enviar los formularios de demandas de seguro y las facturas detalladas a:
True Health New Mexico
Claims Department
P.O. Box 211468
Eagan, MN 55121

Una vez que se reciba, revise y apruebe, THNM le reembolsará los servicios cubiertos, menos las cantidades de deducibles, coseguro o copagos que usted tiene que pagar según se indica en el Resumen de Beneficios y Cobertura. A usted le corresponde pagar los servicios que THNM no cubra específicamente en los siguientes cuarenta y cinco (45) días.

Límites de tiempo para ciertas defensas

A partir de la fecha en que se expida esta póliza de seguro, ninguna declaración errónea, salvo si son declaraciones erróneas fraudulentas o que se hagan intencionalmente, que haya hecho el inscrito en la solicitud de esta póliza de seguro se utilizarán para anular la póliza o denegar una demanda de las pérdidas que se sufrieron o de discapacidad (según se define en esta póliza).

En caso de que se hiciera una declaración errónea en una solicitud que no sea fraudulenta ni se haga intencionalmente, beWellnm pudiera estipular hacia el futuro y cobrarle al asegurado la prima de seguro que se le hubiera cobrado al asegurado cuando se expidió la póliza de seguro si no se hubiera hecho dicha declaración errónea.

Contrato completo

Esta Evidencia de Cobertura junto con el Resumen de Beneficios y Cobertura y los otros documentos que se especifican y todas las enmiendas constituyen el contrato completo entre beWellnm y el inscrito; y a partir de la fecha de vigencia del contrato, sustituyen todos los demás acuerdos entre las partes. El año del contrato es el plazo de tiempo por el cual está en vigor el acuerdo.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Enmiendas

Las estipulaciones del plan, según se resumen en esta Evidencia de Cobertura, están sujetas a enmiendas; incluso a las modificaciones de los beneficios, a los cambios en las tarifas de las primas de seguro o a la cancelación conforme a las estipulaciones de los mismos o por acuerdo mutuo escrito entre beWellnm y el inscrito. Al seleccionar la cobertura y aceptar los beneficios conforme a esta póliza de seguro, todos los titulares de la póliza que tengan la capacidad legal de efectuar contratos, tienen que aceptar todos los términos, las condiciones y las estipulaciones de la póliza. No se pueden efectuar cambios a los precios de las primas de seguro sin avisar por escrito al titular de la póliza con por lo menos sesenta (60) días de antelación.

Ley aplicable

Se hace esta Evidencia de Cobertura conforme a las leyes del estado de Nuevo México y a todos los reglamentos y regulaciones federales pertinentes y se interpretará conforme a los mismos.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

AVISO DE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD (HIPAA)

THNM se compromete a mantener y proteger su privacidad. Se exige que protejamos la confidencialidad de la información sobre su salud que le pudiera identificar individualmente, la información genética y otra información personal y que le enviemos este aviso sobre nuestras normas, salvaguardas y prácticas. Si utilizamos o divulgamos su información médica protegida [*Protected Health Información, PHI*], tenemos la obligación de cumplir los términos de este aviso.

Cómo protegemos su privacidad

No divulgaremos su información médica protegida sin su autorización a menos que sea necesario para proporcionarle sus beneficios médicos, para administrar su plan de beneficios, para sostener los programas o los servicios del plan o según disponga o permita la ley. Si tuviéramos que divulgar su información médica protegida, cumpliremos las normas que se describen en este aviso a fin de proteger su privacidad.

THNM protege su información médica protegida cumpliendo los procesos y procedimientos de acceso, de catalogar y de guardar los archivos confidenciales. El acceso a nuestros centros clínicos se restringe solo al personal autorizado. Restringimos el acceso interno a su información médica protegida a los empleados del plan quienes necesiten saber esa información a fin de llevar a cabo las diligencias del plan. Capacitamos a nuestros empleados con respecto a las normas y los procedimientos que se han elaborado para proteger, tanto a usted mismo como a su privacidad. Nuestro encargado de la privacidad está al tanto de cómo cumplimos estas normas y procedimientos y asegura que se cumplan.

Cómo utilizamos y divulgamos su información confidencial

No utilizaremos su información médica protegida ni la divulgaremos a otras entidades sin su autorización, a menos que sea por los fines que se enumeran a continuación:

- **Tratamientos.** Podemos divulgar su información médica protegida a su proveedor de servicios médicos a fin de que le proporcione los servicios de atención médica y otros servicios conexos o para que coordine o administre los mismos.
- **Pagos.** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para fines de conseguir el pago de las primas de su cobertura de seguro y para determinar y cumplir nuestra obligación de proporcionarle los beneficios que ofrece su plan. Sin embargo, se prohíbe que utilicemos o divulguemos la información genética para hacer cualquier determinación sobre la cobertura de seguro; por ejemplo, con respecto a la elegibilidad y a fijar las tarifas. Además, podemos divulgar su información médica protegida a otro asegurador médico o a un proveedor de servicios médicos para llevar a cabo sus diligencias de cobros.
- **Actividades de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para las actividades de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida a otro asegurador médico y a un proveedor de servicios médicos que tenga una asociación con usted, a fin de llevar a cabo las actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad.
- **Notas para recordarle sus citas o información sobre las opciones de tratamientos.** Además, podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para enviar notas para recordarle sus citas o para enviarle información sobre las opciones de tratamientos u otros



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

beneficios y servicios correspondientes a la salud. Se le dará la opción de pedir que no se le envíen este tipo de comunicados en el futuro.

- **Divulgación a los vendedores del plan y a las organizaciones de acreditación.** Podemos divulgar su información médica protegida a las compañías que contratamos, si las mismas la necesitaran para llevar a cabo los servicios que nos prestan. Además, podemos divulgar su información médica protegida a las organizaciones de acreditación, por ejemplo, el Comité Nacional para Asegurar la Calidad [*National Committee for Quality Assurance, NCQA*®] cuando los investigadores de la *NCQA* recopilen un Conjunto de Información y Datos del Plan de Seguro Médico del Empleador [*Health Plan Employer Data and Information Set, HEDIS*®] para fines de medir la calidad. Cuando aceptamos esos tipos de acuerdos, obtenemos un acuerdo escrito a fin de salvaguardar su información médica protegida.
- **Actividades de salud pública.** Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para llevar a cabo las actividades de salud pública según autorice la ley; por ejemplo, para la prevención y el manejo de enfermedades o para avisar a las autoridades gubernamentales del maltrato o negligencia de menores y adultos. Podemos divulgar su información médica protegida a sus familiares o amigos íntimos quienes le estén ayudando a pagar su atención médica. Además le podemos avisar a sus familiares o amigos íntimos en cuanto a su estado médico y dónde se encuentra usted (por ejemplo, si está en el hospital).
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar su información médica protegida a una agencia gubernamental que tenga la obligación legal de supervisar el sistema de atención médica o de asegurar que se cumplan los reglamentos de los programas de prestaciones gubernamentales; por ejemplo, los Programas Medicare o Medicaid u otros programas reguladores que necesitan información sobre la salud a fin de determinar el cumplimiento.
- **Investigaciones.** Podemos divulgar su información médica protegida para fines de investigaciones, conforme a las restricciones legales estrictas.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida según exija la ley.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su información médica protegida por orden judicial o administrativa y, conforme a ciertas circunstancias, una citación, una orden judicial, una solicitud de descubrimiento de pruebas u otros procesos lícitos.
- **Funcionarios de orden público.** Podemos divulgar su información médica protegida a la policía o a otros funcionarios de orden público, según exija la ley, a fin de cumplir una orden judicial, una orden de arresto u otro proceso o petición que autorice la ley, para denunciar las actividades delictivas, o según lo permita la ley de otra manera.
- **Salud o seguridad.** Podemos divulgar su información confidencial para prevenir o reducir un riesgo grave e inminente a su salud o su seguridad o a la salud y la seguridad del público general o de otra persona.
- **Las diligencias del gobierno.** Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su información médica protegida a diversos departamentos gubernamentales; por ejemplo, a los servicios militares de los EE.UU. o al Departamento de Estado de los EE.UU.
- **Indemnización laboral.** Además, podemos divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para cumplir las leyes de indemnización laboral. Las leyes estatales pudieran restringir más las maneras en que se permite que utilicemos o divulguemos su



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

información confidencial. Si una ley estatal pertinente impone restricciones más estrictas, cumpliremos esa ley estatal.

Cómo se puede utilizar o divulgar con su autorización escrita

No utilizaremos ni divulgaremos su información médica protegida por un fin más allá de los fines que se describen en este aviso, sin su autorización escrita. La autorización escrita para utilizar o divulgar su información médica protegida seguirá siendo válida, pero nunca por más de veinticuatro (24) meses. Usted puede revocar la autorización en cualquier momento.

Sus derechos individuales de privacidad

- **El derecho a solicitar restricciones adicionales.** Usted puede pedir que se restrinja la forma en que utilizamos y divulgamos su información médica protegida para fines de tratamientos, pagos o actividades del cuidado de salud que se explican en este aviso. Aunque consideramos cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones, no se exige que aceptemos las restricciones que se soliciten.
- **El derecho a recibir confidencialmente los comunicados.** Usted puede pedir que se comunique su información médica protegida por otro medio de comunicación o en otros sitios si usted cree que la comunicación mediante los medios comerciales normales le pudiera poner en peligro. Aunque consideramos con cuidado las peticiones razonables, no se exige que aceptemos todas las peticiones. Su petición tiene que especificar cómo y dónde usted desea que nos comuniquemos con usted.
- **El derecho a consultar o recibir copia de su información médica protegida.** Usted puede pedir que se le permita consultar o conseguir copia de su información médica protegida que consta en ciertos archivos que guardamos. Conforme a circunstancias limitadas, podemos denegarle acceso a una porción de sus archivos. Si usted pidiera copias, le podemos cobrar por las copias y el envío conforme a las leyes pertinentes. Si su información se guarda electrónicamente y pidiera copia electrónica, se la enviaremos en una forma y formato electrónico que se pueda leer.
- **El derecho a enmendar sus expedientes.** Usted tiene derecho a pedir que enmendemos su información médica protegida que conste en nuestros archivos. Si determináramos que el expediente está equivocado, y la ley nos permite enmendarlo, lo corregiremos. Si su médico u otra persona elaboraron la información que usted desea cambiar, debe presentar una petición a esa persona a fin de que enmiende la información.
- **El derecho a recibir una lista de las divulgaciones.** Si lo solicitara, puede conseguir una lista de las divulgaciones de su información médica protegida que hayamos llevado a cabo, a excepción de las divulgaciones que se hayan hecho para fines de tratamientos, pagos o actividades del cuidado de salud, las divulgaciones que se hayan hecho más de seis (6) años antes de la fecha de su solicitud y ciertas otras divulgaciones que están exentas conforme a la ley. Si solicitara dicha lista más de una vez en un plazo de doce (12) meses, le podemos cobrar una cuota razonable por cada lista adicional que usted pida después de haberle proporcionado la primera.
- **El derecho a recibir copia impresa de este aviso.** Usted puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente para conseguir copia impresa de este aviso.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Si usted desea presentar una de las solicitudes que se explican más arriba en la sección de *Sus derechos individuales de privacidad*, nos tiene que avisar por escrito.

Si desea recibir más información o si desea presentar quejas

Si desea recibir más información sobre sus derechos de privacidad, o si no entiende sus derechos de privacidad, o si le preocupa que THNM haya infringido sus derechos de privacidad, o si está inconforme con una decisión que hayamos tomado tocante al acceso a su información médica protegida, se puede comunicar con nuestro encargado de privacidad. Si descubriéramos una contravención de su información médica protegida por falta de protección, le avisaremos de la contravención en una carta o por otro medio de comunicación según permita la ley. Además, puede presentar quejas escritas en línea al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en www.hhs.gov/ocr/privacy. Favor de comunicarse con nuestro encargado de privacidad para que le dé la dirección correcta de dicho secretario. No tomaremos ninguna acción contra usted por haber presentado una queja, ya sea al secretario o a nosotros.

Se puede comunicar con nuestro encargado de la privacidad a:

True Health New Mexico
P.O. Box 37200
Albuquerque, NM 87176
(505) 633-8020

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si cambiáramos este aviso, podemos poner en vigor los términos nuevos del aviso para toda la información médica protegida que guardamos, incluso para toda la información que hayamos producido o recibido antes de expedir el nuevo aviso.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

CÓMO SE PROTEGE SU CONFIDENCIALIDAD (LEY DE GRAMM-LEACH-BLILEY)

Nos comprometemos a guardar su información personal y delicada de manera confidencial. A fin de lograrlo, tenemos que cumplir las leyes estatales y federales con respecto a la confidencialidad. Hemos establecido salvaguardas para proteger la privacidad y la seguridad de su información personal. Puede confiar en que recopilaremos y guardaremos la información que necesitamos para administrar su plan de manera que proteja su privacidad. A continuación, presentamos las respuestas a unas preguntas comunes sobre nuestras normas de confidencialidad.

¿Qué tipo de información recibimos?

Recibimos la información que necesitamos para administrar su plan. Eso pudiera incluir la información de los asegurados que solicitan la cobertura de seguro y que presentan demandas de seguro y los datos que aportan los proveedores de servicios médicos.

¿Cómo protegemos su información, verbal, escrita y electrónica?

Se exige que los empleados y/o las organizaciones que actúan en nuestro nombre guarden de manera confidencial su información personal. A continuación, presentamos lo que hacemos para asegurar que se cumplan nuestras normas:

- Nuestro Departamento de Cumplimiento vigila cómo se llevan a cabo nuestras normas de confidencialidad e instruye a nuestros empleados con respecto al tema.
- Si es posible, aportamos solo información agregada que no identifica a la persona. Si necesitamos divulgar la información que le pudiera identificar individualmente, tenemos normas que protegen la confidencialidad.
- Nuestros empleados no pueden divulgar la información a otros empleados salvo si se necesita para realizar las diligencias comerciales del plan.
- Exigimos que las compañías y/u organizaciones a las cuales aportamos la información confidencial acepten un acuerdo escrito. Dichos socios aceptan utilizar la información que le pudiera identificar individualmente solo para administrar el plan de beneficios conforme a las leyes pertinentes.
- Podemos pedir que nos conceda su autorización escrita antes de que divulguemos su información confidencial. Por ejemplo, si recibimos una solicitud de una organización investigativa o de un abogado, exigimos que se firme primero una autorización antes de que divulguemos cualquier información. Se exige que los padres o los tutores legales de los asegurados concedan su autorización para las solicitudes de información confidencial de los menores o los adultos que no puedan ejercer su juicio racional o que no puedan conceder su consentimiento informado.
- Protegemos la confidencialidad de las personas que aseguramos previamente, así como la de los asegurados actuales.

Hemos llevado a cabo las medidas que se indican a continuación para asegurar que nuestros centros clínicos protejan su información confidencial:

- El acceso a los centros clínicos se limita a solo el personal autorizado;
- Cumplimos procesos y procedimientos de acceso, de catalogar y de guardar los archivos confidenciales, incluso en formato electrónico.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

¿Qué tipos de información divulgamos y a quiénes?

No divulgaremos la información confidencial a menos que sea necesario para administrar el plan o para apoyar los programas y servicios de THNM. Podemos divulgar la información sobre las demandas de seguro y el proceso de demandas a:

- Los proveedores de servicios médicos, los patrocinadores del plan y los aseguradores médicos que proporcionan el seguro de nuevo.
- Las compañías que están afiliadas al plan, por ejemplo, las entidades contratadas que prestan servicios médicos a los asegurados.
- Las agencias reguladoras como la Oficina del Superintendente de Seguros [*Office of Superintendent of Insurance, OSI*]; y los Centros de Servicios de los Programas Medicare y Medicaid [*Centers for Medicare and Medicaid CMS*]; y las organizaciones de acreditación como el Comité Nacional para Asegurar la Calidad [*National Committee for Quality Assurance, NCQA*].
- Los tribunales o abogados que nos entregan una citación judicial.
- Los nuevos aseguradores médicos o administradores de demandas de seguro quienes aceptan la obligación de administrar el plan de beneficios.
- Las compañías que nos ayudan a recuperar los sobrepagos.
- Las compañías que pagan demandas de seguro o que llevan a cabo los servicios de administración de utilización en nuestro nombre.
- Las compañías que nos ayudan recuperar los beneficios que pagamos por las demandas que se contrajeron por la negligencia de un tercero.
- Las compañías que no estén afiliadas a THNM y que llevan a cabo otros tipos de servicios en nuestro nombre.

¿Cómo pueden obtener acceso los asegurados a su información confidencial?

Todos los asegurados tienen derecho a consultar sus expedientes médicos. Si usted desea consultar los suyos, puede presentar una solicitud por escrito a su médico o su proveedor de servicios médicos. Nos empeñamos en asegurar que la información que guardamos esté correcta y completa. Si usted encontrara un error y deseara corregirlo, se puede comunicar con el proveedor de servicios médicos que produjo el expediente.

Aviso de la confidencialidad de la información sobre el maltrato intrafamiliar

Una ley estatal de confidencialidad protege la información confidencial del asegurado si ha sufrido maltrato intrafamiliar. Al procesar su solicitud de seguro o una demanda de los beneficios de seguro, tal vez recibamos información confidencial sobre el maltrato intrafamiliar de fuentes, no solo de usted. Si sucediera eso, se nos prohíbe utilizarla o cualquier otra información confidencial sobre el maltrato o su calidad de víctima de maltrato intrafamiliar como razón por denegar o negarnos a asegurarle, a renovar o a expedir de nuevo, a cancelar o a terminar de alguna otra manera su cobertura de seguro médico. Además, se nos prohíbe restringir o excluir la cobertura de seguro o cobrar primas de seguro más altas por la cobertura de seguro médico basándonos en la información sobre el maltrato intrafamiliar.

Como asegurado de un plan de seguro médico, tiene derecho a obtener acceso y corregir toda la información confidencial sobre el maltrato intrafamiliar que tengamos sobre usted. Bajo



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

solicitud, se le proporcionará a un aviso y una explicación más completa o comprensiva de las prácticas referentes a la información confidencial sobre el maltrato intrafamiliar, según exija la ley. Si usted es actualmente víctima de maltrato intrafamiliar o lo ha sido en el pasado, tiene derecho a avisarnos de su deseo de que se le designe como persona protegida. Como persona protegida, la información confidencial incluso su domicilio y número de teléfono se guardarán confidencialmente y se divulgarán y transferirán solo conforme a las leyes estatales y federales.

Si desea que le designemos como persona protegida, favor de comunicarse con THNM al (505) 633-8020 o al 1-844-508-4677.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

GLOSARIO DE LOS TÉRMINOS

Cuando se utilizan en esta Evidencia de Cobertura, los términos se definen según se indica a continuación:

Un **acuerdo** se refiere al contrato de seguro médico y los documentos adjuntos. El acuerdo es un contrato entre THNM y el suscriptor para proveer la cobertura de seguro médico.

Un aviso que es **adecuado a la diversidad cultural y lingüística** es un aviso que cumple los requisitos siguientes:

- El asegurador médico tiene que proporcionar servicios verbales de idiomas (por ejemplo, una línea directa de ayuda a los clientes) que incluya respuestas a las preguntas y proporcionar ayuda para presentar demandas de seguro y apelaciones (incluso para la revisión externa) en cualquier idioma pertinente más allá del inglés.
- El asegurador médico tiene que proporcionar, bajo solicitud, un aviso en cualquier idioma pertinente más allá del inglés.
- El asegurador médico tiene que incluir en las versiones en inglés de todos los avisos una declaración, que exponga prominentemente en todo idioma pertinente más allá del inglés, que indique claramente cómo obtener acceso a los servicios de idiomas que ofrece el asegurador médico.
- Para fines de esta definición, con respecto a un domicilio en cualquier condado de Nuevo México a que se envíe un aviso, se considera un idioma pertinente más allá del inglés si el diez por ciento (10%) o más de la población que vive en el condado puede leer o escribir solo en el mismo idioma que no sea el inglés, según lo haya determinado el Departamento de Salud y Servicios Humanos [HHS]. Una lista de los condados que cumplen esa norma del diez por ciento (10%), según lo haya determinado el Departamento de Salud y Servicios Humanos, se puede encontrar en: <http://cciio.cms.gov/resources/factsheets/clas-data.html>. Cada año, el Departamento de Salud y Servicios Humanos actualiza y publica esta lista con todos los cambios necesarios.

La **Administración de Medicamentos y Alimentos** de los Estados Unidos en inglés es *Food and Drug Administration, FDA*.

Un **año calendario** es el período de tiempo que empieza el 1° de enero y que termina el 31° de diciembre de un año indicado.

El **año del contrato** es el período de tiempo durante el cual está en vigor el acuerdo.

Un **año del plan** es el período de tiempo a partir de la fecha de vigencia hasta la fecha de renovación, y cada fecha de renovación posterior, específicamente del 1° de enero al 31° de diciembre.

Una **apelación de determinación adversa** es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de seguro de servicios médicos o medicamentos recetados o de denegar los pagos por servicios o medicamentos que ya recibió.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Además puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que esté recibiendo actualmente. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagáramos un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería recibir.

Un **asegurado** es cualquier suscriptor o dependiente que elige el plan de cobertura de seguro y para quien THNM haya recibido la prima de seguro obligatoria. Un asegurado tiene que cumplir todos los requisitos de inscripción y de elegibilidad según se definen en este acuerdo.

El **asegurador de atención médica, compañía de seguro médico, compañía de salud, compañía** o **asegurador médico** quiere decir una entidad sujeta a las leyes y regulaciones de este estado, incluso la compañía de seguro médico, organización para el mantenimiento de la salud [*Health Maintenance Organization, HMO*], una corporación hospitalaria o de servicios médicos, una red de proveedores de servicios médicos, un plan de atención médica sin fines de lucro o cualquier otra entidad que contrata u ofrece contratos y acepta acuerdos para proveer, entregar, hacer los arreglos para, pagar o reembolsar todos los costos de los servicios de atención médica o que provee u ofrece planes de beneficios médicos o planes de atención médica administrada en este estado.

La **atención médica administrada** es un sistema o técnica(s) que utiliza(n), por lo general, los pagadores externos o sus agentes para afectar el acceso a los servicios médicos y controlar los pagos por los mismos. Por lo general, las técnicas de atención médica administrada frecuentemente incluyen uno o más de uno de los siguientes:

- Revisiones previas, concurrentes y con efectos retrospectivos de la necesidad médica y de cuán adecuados son los servicios o el sitio donde se prestan los servicios.
- Contratos con proveedores de servicios médicos seleccionados.
- incentivos o disuasivas económicas para las personas cubiertas a fin de que reciban los servicios de proveedores de servicios médicos específicos o que utilicen los servicios, los medicamentos recetados o los sitios donde se prestan servicios médicos específicos.
- Acceso controlado y la coordinación de servicios de atención médica por un administrador de casos médicos.
- Esfuerzos del pagador para identificar opciones de tratamiento y modificar las restricciones de los beneficios para la atención médica costosa que se presta a los pacientes.

Atención médica de emergencia o servicios de emergencia son procedimientos, tratamientos y servicios de atención médica que se prestan a una persona cubierta si hay un comienzo repentino de lo que, con buena razón, parece ser un problema médico o de salud de comportamiento que se manifiesta con síntomas de suficiente severidad, incluso dolor severo, que si no se recibiera atención médica enseguida, una persona prudente que no sea experta pudiera esperar que esté en peligro la salud física o de comportamiento, o la salud o seguridad de un feto o persona embarazada, discapacidad grave de la función corporal, disfunción grave de una parte u órgano corporal o la desfiguración de una persona.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

La **atención médica de seguimiento** es el contacto con o la examinación de nuevo de un paciente en intervalos prescritos después de hacerse un diagnóstico o durante el curso de un tratamiento.

La **atención médica urgente** es la atención médica para una enfermedad urgente o situación de atención médica urgente que no es de emergencia; pero son una enfermedad, una lesión o un problema médico imprevistos que necesitan atención médica enseguida cuando la red de proveedores de servicios médicos de THNM no está disponible o accesible.

Autorización quiere decir que se ha obtenido la autorización previa (si se exige) antes de obtener servicios médicos, tanto dentro de la red como fuera de la red.

La **autorización previa** quiere decir que la compañía de seguro médico hace una determinación previa a la prestación del servicio con respecto a la elegibilidad de la persona cubierta para los servicios de atención médica basada en la necesidad médica, la cobertura de beneficios médicos y cuán adecuados son los servicios y donde se prestarán conforme a los términos del plan de beneficios médicos.

El **beneficio tradicional de indemnización de tarifa por servicio** quiere decir un beneficio de indemnización de tarifa por servicio según se define en la subsección de 13.10.17.7 NMAC, como un beneficio de indemnización de tarifa por servicio, que no está asociado con un incentivo económico, que motiva a las personas cubiertas para que consulten a los proveedores preferenciales, sigan las reglas de autorización previa, utilicen los medicamentos que se encuentran en la lista del plan u otros procedimientos de ahorro para conseguir los medicamentos recetados o que cumplan por lo demás el programa de incentivos del plan para reducir los costos y mejorar la calidad, independientemente de si el beneficio se basa en una forma de indemnización del reembolso por los servicios.

Los **beneficios cubiertos** o **servicios cubiertos** quiere decir esos servicios de atención médica a los cuales tiene derecho una persona cubierta conforme a los términos del plan de beneficios médicos.

Los **beneficios médicos esenciales** se refiere a la cobertura de seguro para los servicios que se prestan a los pacientes ambulatorios; los servicios de emergencia; las hospitalizaciones; los servicios de maternidad y para los recién nacidos; los servicios de salud de comportamiento o para tratar el abuso de sustancias adictivas; los medicamentos recetados; los aparatos y los servicios de rehabilitación y para recuperar las habilidades; los servicios de laboratorio; los servicios de prevención y de bienestar; los servicios correspondientes al manejo de enfermedades crónicas; y los servicios pediátricos, incluso dentales y de la vista. No se permite que THNM establezca límites máximos de por vida para esos tipos de beneficios, según se regulan por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de la Protección de los Pacientes.

La **cancelación de la cobertura de seguro** quiere decir no renovar o cancelar la cobertura de seguro que un asegurador médico ofrece a un reclamante pero no incluye la cancelación



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

voluntaria por el reclamante ni la cancelación del plan de beneficios médicos que no tenga una estipulación de renovación.

Centro clínico o centro de atención médica quiere decir una entidad que presta servicios de atención médica, incluso:

- un hospital general, especializado, psiquiátrico o de rehabilitación;
- un centro quirúrgico ambulatorio;
- un centro de tratamiento de cáncer;
- un centro de alumbramiento;
- un centro de tratamiento, tanto para pacientes internados como para pacientes ambulatorios, o centro de tratamiento residencial de la adicción a las drogas y a las bebidas alcohólicas.
- un laboratorio o centro diagnóstico, o de otras pruebas o evaluaciones médicas para pacientes ambulatorios
- una clínica o consultorio de un proveedor de servicios médicos;
- un centro de atención médica urgente; o
- cualquier otro entorno de atención médica terapéutica.

Un **centro clínico de atención médica terciaria** quiere decir una unidad de hospital que ofrece atención perinatal integral y cuidados intensivos de las pacientes intraparto y perinatales de alto riesgo con responsabilidades de coordinación del transporte, comunicación, educación y análisis de sistemas de datos de la zona geográfica a la cual sirve.

La **certificación de un servicio** quiere decir una determinación que toma una compañía de seguro médico con respecto a un servicio de atención médica que haya solicitado un profesional médico o una persona cubierta que se ha revisado y, conforme a la información disponible, es un beneficio cubierto y cumple los requisitos del compañía de seguros de necesidad médica, si es adecuado, el entorno de atención médica, el nivel de atención médica y la efectividad y, por lo tanto, se aprueba el servicio médico que se solicita. La certificación de un servicio se puede llevar a cabo después del proceso de revisión de la utilización de la compañía de seguro médico.

Un **cobro autorizado** es la cantidad que THNM utilizará para calcular el pago a un proveedor de servicios médicos de la red por un servicio cubierto. No se permite que los proveedores de servicios médicos de la red cobren más que cobro autorizado.

Una **partera certificada que no es experta médica** es cualquier persona que ejerce como partera que no es experta y está matriculada como partera certificada que no sea experta con el Departamento de Salud de Nuevo México.

Una **partera certificada que es enfermera** es cualquier persona que esté certificada por el colegio de enfermería como enfermera certificada y que está certificada por el Departamento de Salud de Nuevo México como partera certificada que es enfermera.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Un **copago [copayment]** es un método de costos compartidos que exige que una persona cubierta pague una cantidad fija en dólares cuando recibe un servicio médico o farmacéutico, y la compañía de seguro médico paga el saldo autorizado; a lo mejor hayan distintas cantidades de copagos por diferentes tipos de servicios conforme al mismo plan de beneficios médicos.

Costos compartidos quiere decir un copago, coseguro, deducible o cualquier otra forma de obligación financiera que corresponda a una persona cubierta más allá de la prima o porción de la prima, o toda combinación de esas obligaciones financieras según se definen por los términos del plan de beneficios médicos.

El **coseguro** es el método de costos compartidos que exige que una persona cubierta pague un porcentaje indicado de los cobros médicos o farmacéuticos una vez que se haya pagado la cantidad del deducible, si lo hay; las tasas de coseguro pueden deferir por distintos tipos de servicios conforme al mismo plan de beneficios médicos.

El **deducible** es la cantidad fija en dólares que tal vez tenga que pagar una persona cubierta durante un período de beneficios antes de que la compañía de seguro médico empiece a pagar los beneficios cubiertos; a lo mejor los planes de beneficios médicos tengan tanto un deducible individual como un deducible familiar y otros deducibles más por servicios específicos.

El **deducible anual** es la cantidad que el asegurado tiene que pagar por los servicios cubiertos antes que THNM pague los beneficios médicos. También se refiere a eso como “deducible.”

Un **dependiente** es el cónyuge, pareja conviviente, hijo biológico, hijastro, hijo adoptado o en cuidado temporal del suscriptor del plan.

Una **determinación adversa** pudiera significar cualquiera de los siguientes: toda rescisión de la cobertura de seguro (independientemente de si la rescisión tiene efecto adverso con respecto a un beneficio particular en ese momento); la denegación, reducción o cancelación de un pago o si no se proporcionara o si no se hiciera un pago (ya sea en parte o en su totalidad) por un beneficio, incluso cualquier tipo de denegación, reducción o cancelación de un pago o si no se proporcionara o si no se hiciera un pago basándose en una determinación de la elegibilidad de un participante o beneficiario para participar en un plan. Una determinación adversa abarca, con respecto a los planes grupales de seguro médico, la denegación, reducción, o cancelación de un pago o si no se proporcionara o si no se hiciera un pago (ya sea en parte o en su totalidad) por un beneficio que provenga de la aplicación de la revisión de la utilización, así como si no se cubriera un artículo o servicio, que por lo demás se proporcionan los beneficios, por haberse determinado que son experimentales o de investigación o que no son médicamente necesarios o debidos.

Un **director médico** es un médico de THNM que se encarga de administrar la prestación de servicios médicos a los asegurados del plan.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Un **doctor en medicina oriental** [*Doctor of Oriental Medicine, DOM*] es un proveedor de servicios médicos que está certificado y autorizado para ejercer la medicina oriental y la acupuntura.

Un **encargado de audiencias o un funcionario independiente de audiencias** [*ICO por sus siglas en inglés*] es un profesional médico, o de otro tipo de profesión, que está certificado para ejercer la medicina u otra profesión y que está dispuesto a ayudar al superintendente como el encargado de audiencias para entender y analizar los asuntos de necesidad médica y cobertura de seguro que surgen en las audiencias de revisión externa.

Una **enfermedad urgente** o una **situación de atención médica urgente** quiere decir una situación en la cual una persona prudente que no sea experta, con conocimiento corriente de la salud y la medicina, en esa circunstancia no creería que tenga un problema médico de emergencia, pero que necesita atención médica sin demora porque:

- si no, estaría en peligro la vida o salud de la persona cubierta;
- si no, estaría en peligro la capacidad de la persona cubierta para recuperar la función máxima;
- en la opinión de un médico que conoce la condición médica de la persona cubierta, una demora sujetaría a la persona cubierta a dolor severo que no se podrá manejar adecuadamente sin atención médica o tratamiento;
- la urgencia médica del caso requiere atención médica sin demora; o
- por lo demás, la demanda de seguro de la persona cubierta involucra atención médica urgente.

Un(a) **enfermero(a) de práctica avanzada certificado(a)** es un(a) enfermero(a) certificado(a) cuyas cualificaciones se hayan endosado(a) por el colegio de enfermería para ejercer de forma amplificada como enfermero(a) de práctica avanzada certificado(a) y cuyo nombre e información pertinente del(de la) enfermero(a) de práctica avanzada certificado(a) se ingresa en la lista de enfermeros(as) de práctica avanzada certificados(as) que mantiene el Colegio de Enfermería de Nuevo México.

Un **especialista** quiere decir un médico o un profesional que no sea médico que:

- se centra en un campo específico de salud física o de comportamiento o un grupo de pacientes específicos; y
- ha completado satisfactoriamente la capacitación y está reconocido por el estado donde ejerce el profesional para prestar atención médica especializada.

Experimental, de investigación o no comprobado quiere decir todo tratamiento, procedimiento, centro clínico, equipo, medicamento, aparato o suministro que no se aceptan como práctica médica estándar en el estado donde se prestan los servicios. Además, si se necesita la aprobación de una agencia federal u otra agencia gubernamental para utilizar los artículos y no se ha concedido dicha aprobación en el momento en que se administraron los servicios, el servicio es experimental. A fin de que se considere práctica médica estándar en vez de experimental o de investigación, el tratamiento tiene que cumplir **todos los cinco** criterios que se indican a continuación:



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- Una tecnología tiene que recibir la aprobación final de los cuerpos gubernamentales reguladores pertinentes.
- Las pruebas científicas, según se publican en la literatura médica arbitrada, tienen que permitir conclusiones con respecto al efecto de la tecnología en los resultados referentes a la salud.
- La tecnología tiene que mejorar los resultados netos referentes a la salud.
- La tecnología tiene que ser tan beneficiosa como cualquiera de las alternativas establecidas.
- El mejoramiento tiene que lograrse fuera de los ámbitos de investigación.

La **fecha de cancelación** es la medianoche de la fecha en que se termina la cobertura de seguro del asegurado.

El **gasto máximo anual del bolsillo** es la cantidad más alta en dólares que pagará un asegurado por los cobros del deducible, de los copagos y del coseguro por servicios cubiertos. Se aplicarán las cantidades máximas, las exclusiones y las limitaciones de este plan. Esto también se denomina “gasto máximo de bolsillo.”

La **guía de la Evidencia de Cobertura [Evidence of Coverage, EOC]** es un documento específico que contiene una declaración escrita clara, conspicua, concisa y legible de las particularidades y los servicios esenciales que cubre el plan de beneficios médicos y que la compañía de seguro médico o el titular del contrato grupal proveen a la persona cubierta, lo cual pudiera incluir un resumen de beneficios aparte.

Imágenes diagnósticas se refiere a varias tecnologías diferentes que se utilizan para inspeccionar el cuerpo humano con fines de diagnosticar, vigilar o tratar problemas médicos. Cada tipo de tecnología aporta información distinta sobre la parte del cuerpo que se está estudiando o tratando, con respecto a posibles enfermedades, lesiones o la efectividad del tratamiento médico. Unos ejemplos incluyen ultrasonidos, imágenes de resonancia magnética [*MRI* por sus siglas en inglés], tomografía computarizada [*CT* por sus siglas en inglés] y tomografía por emisión de positrones [*PET* por sus siglas en inglés].

Un **inscrito** es un suscriptor, un titular de la póliza o los dependientes o dependientes inscritos del suscriptor u otra persona que participa en un plan de beneficios médicos.

Un **inscrito prospectivo** quiere decir:

- en el caso de una persona que es integrante de un grupo, una persona elegible para la inscripción en un plan de beneficios médicos mediante el grupo; o
- en el caso de una persona que no es integrante de un grupo, o cuyo grupo no haya comprado o no tiene la intención de comprar un plan de beneficios médicos, una persona que haya expresado interés en comparar la cobertura de un plan individual plan.

El **Intercambio** es el intercambio de seguros médicos de Nuevo México, el cual está compuesto de un intercambio para el mercado individual y un intercambio del Programa de Opciones de Salud



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

para Pequeñas Empresas [*Small Business Health Options Program, SHOP*] bajo una sola estructura administrativa y de gobernación.

La **lista de medicamentos [formulary]** es una lista de productos farmacéuticos aprobados. Se han aprobado esos fármacos y medicamentos conforme a los parámetros establecidos por THNM. Se llevan a cabo revisiones periódicas y se actualiza según sea necesario.

Una **mamografía con fines de detección** es un examen radiológico que se ha elaborado para detectar el cáncer mamario en las primeras etapas en una persona que no manifiesta síntoma alguno. El examen incluye una radiografía del seno que se toma con un equipo específicamente para las mamografías. La radiografía tiene un promedio de exposición a la radiación de menos de una radiación en el centro del seno. Incluye dos perspectivas de cada seno y la interpretación profesional de la película. No incluye una mamografía con fines diagnósticos.

Mamografía diagnóstica es cuando una mamografía se hace después de haber detectado por primera vez un descubrimiento anormal.

Los **medicamentos recetados** son medicamentos para los cuales se exige una orden de un médico para su venta o surtido legal.

Un **médico** es un doctor en medicina [*MD* por sus siglas en inglés] y/o doctor en osteopatía [*DO* por sus siglas en inglés] que está autorizado para ejercer la medicina conforme a las leyes del estado o jurisdicción donde se prestan los servicios.

Un **médico auxiliar** es una persona especializada que se ha graduado de un programa de médicos auxiliares o de cirujanos auxiliares aprobado por una entidad de acreditación o que está certificado actualmente por la comisión nacional de certificación de asistentes físicos y que está autorizado para ejercer la medicina, por lo general, bajo la supervisión de un médico certificado.

Un **médico no especialista o profesional de atención médica primaria [Primary Care Practitioner, PCP]** es un médico que presta servicios médicos generales. Los profesionales de atención médica primaria se pueden encargar de los servicios básicos como la salud de comportamiento, la atención médica preventiva, las enfermedades crónicas, la atención obstétrica y ginecológica [*OB/GYN*], servicios ortopédicos y servicios dermatológicos.

El **mejoramiento de la calidad continuo** es son los esfuerzos continuos y sistemáticos de medir, evaluar y mejorar los procesos y procedimientos de la compañía de seguro médico con fines mejorar continuamente la calidad de los servicios médicos que se prestan a las personas cubiertas.

Los términos de **necesidad médica o medicamento necesario** se refieren a servicios de atención médica que un proveedor de servicios médicos determine, con el asesoramiento de la compañía de seguro médico, que son apropiados o necesarios conforme a:

- las prácticas y los principios de buena atención médica que son pertinentes y comúnmente aceptados;



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

- las directrices de ejercer que haya elaborado el gobierno federal, las sociedades, las juntas o las asociaciones; o
- todas las directrices de práctica o protocolos clínicos pertinentes que haya elaborado la compañía de seguro médico consistente con las directrices de práctica profesionales, nacionales y federales. Se aplicarán dichas normas a las decisiones con respecto al diagnóstico o al tratamiento o la atención médica directa de un problema, enfermedad, lesión o padecimiento físico o de la salud de comportamiento.

Las **normas uniformes** son todas las directrices referentes a las prácticas comúnmente aceptadas; las directrices de ejercer basadas en la evidencia; o las directrices de ejercer que hayan desarrollado el gobierno federal o las sociedades, las juntas o las asociaciones médicas profesionales o nacionales; y toda norma, directriz de ejercer, protocolo o criterio de revisión clínica pertinentes que haya desarrollado el asegurador médico consistente con las directrices de ejercer federales, nacionales y profesionales que utiliza el asegurador médico para determinar si debe certificar o denegar un servicio de atención médica que se haya solicitado.

Se define la **obesidad mórbida** como una condición de pesar más de cien (100) libras que el peso ideal del cuerpo de la persona.

Un **obstetra/ginecólogo [OB/GYN]** es un médico que está certificado por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos o por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos Osteopáticos o que es elegible para recibir dicha certificación.

Una **orden de manutención médica de menores que le califica** es orden de una agencia o un tribunal estatal o federal. Exige que la persona proporcione la cobertura de seguro médico para unos dependientes específicos.

Una **organización de revisión independiente de la calidad [Independent Quality Review Organization]** es la que se ha nombrado para revisar las prácticas del plan. La organización lleva a cabo investigaciones externas de la calidad del plan de atención médica administrada e informa sus hallazgos tanto a THNM como a la Oficina del Superintendente de Seguros [Office of Superintendent de Seguros, OSI]. La revisión ayuda a THNM mejorar y realizar sus operaciones y mejorar la calidad de la atención médica que ofrece.

Una **Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organización, HMO]** quiere decir una persona que emprende prestar o hacer los arreglos para que se presten los servicios médicos a los inscritos, lo cual se paga con antelación, salvo la obligación del inscrito de hacer copagos o pagar los deducibles.

OSI se refiere a la Oficina del Superintendente de Seguros [Office of Superintendent of Insurance].



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Otro centro clínico de la red o que participa en el plan es cualquier centro clínico, aparte de un hospital médico que participa en el plan; que opera THNM o que tiene un acuerdo con THNM para prestar servicios a nuestros asegurados.

Una **persona cubierta** es un suscriptor, titular de la póliza o los dependientes o dependientes inscritos del suscriptor u otra persona que participa en un plan de beneficios médicos.

El **plan** es el plan de seguro médico que está a su disposición de THNM y que el suscriptor ha seleccionado para prestar los servicios cubiertos tanto al suscriptor como a sus dependientes elegibles.

Un **plan de atención médica administrada** [*Managed Care Health Plan, MHCP*] es una póliza, un contrato, un certificado o un acuerdo que ofrece o expide un asegurador médico, una red de servicios de proveedores o el administrador del plan con el fin de proporcionar, prestar, hacer arreglos para, pagar o reembolsar los costos de los servicios médicos. Un plan de atención médica administrada exige que la persona cubierta consulte a los proveedores de servicios médicos que están dirigidos, son propiedad de o que tienen contrato con o están empleados por el asegurador médico, por una red de servicios de proveedores o por el administrador del plan. Un plan de atención médica administrada no incluye los planes de beneficios médicos tradicionales de indemnización de tarifa por servicio ni los planes de beneficios médicos que cubren solo viajes cortos, solo accidentes, beneficios limitados, indemnización, un plan dental de organización de proveedores preferenciales [*PPO*] o los planes de beneficios dentales sin fines de lucro, los planes de seguro médico para los estudiantes o las pólizas de seguro médico para enfermedades específicas.

El **plan de seguro médico o plan de beneficios médicos** quiere decir una póliza o acuerdo aceptado que ofrece o expide una compañía de seguro médico para proporcionar, prestar, hacer arreglos para, pagar o reembolsar todos los costos de los servicios de atención médica.

Con un **plan de seguro médico de deducible alto calificado** [*High-Deductible Health Plan, HDHP*], a excepción de la atención médica preventiva, se tiene que pagar el deducible anual antes de que se paguen los beneficios del plan. El Servicio de Impuestos Internos [*Internal Revenue Service*] ha establecido deducibles mínimos y límites que rigen los gastos máximos de bolsillo para que un plan se considere calificado. Los planes de seguro médico de deducible alto calificado se pueden utilizar con una cuenta de ahorros para gastos médicos [*Health Savings Account, HSA*]. Favor de ponerse en contacto con el administrador de su HSA o con su institución financiera para conseguir más información con respecto a la elegibilidad/inscripción y la contribución que se hace para la HSA.

Una **póliza** es un contrato (por lo general, un contrato en forma estándar) entre el asegurador y el suscriptor, que se conoce como el titular de la póliza, que determina las demandas que el asegurador está obligado a pagar legalmente.

Una **póliza o plan de indemnización laboral** se refiere al plan de indemnización laboral de todos los cincuenta (50) estados de los Estados Unidos, del Distrito de Columbia, Samoa Americana, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes; así como los sistemas que se estipulan



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

conforme a *Federal Employees' Compensation Act* [la Ley de Indemnización para Empleados Federales] y *Longshoreman's and Harbor Workers' Compensation Act* [la Ley de Indemnización para Estibadores y Trabajadores de los Puertos]; y otra indemnización laboral federal, estatal, de los condados o municipios; las leyes de las enfermedades ocupacionales y otras leyes de obligación de los empleadores; u otra legislación de propósitos y metas parecidas.

Una **preocupación o queja** se presenta cuando un asegurado llama al Centro de Servicio al Cliente para expresar su insatisfacción con la cobertura de seguro o los beneficios conforme al plan.

La **prima de seguro** es la cantidad de dinero que el suscriptor paga por los servicios y beneficios que se le prestan conforme al plan.

Un **problema médico** es un grupo de diagnósticos asociados que tratan del mismo proceso de la enfermedad, órgano o sistema.

Un **problema médico de emergencia** es cuando una persona prudente, que no sea experta, con conocimiento corriente de la salud y la medicina pudiera creer que los síntomas necesitan atención médica enseguida para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas pueden provenir de una enfermedad, una lesión, un dolor severo o un problema médico que se está empeorando rápidamente.

Un **profesional de atención médica** es un médico u otro profesional médico, incluso un farmacéutico o profesional de medicina alternativa, que está acreditado, certificado o de otra manera autorizado por el estado para proveer servicios de atención médica consistentes con las leyes estatales.

Un **profesional de atención médica primaria** [*Primary Care Practitioner, PCP*] es un profesional médico que, dentro del ámbito de la licencia profesional, supervisa, coordina y provee atención médica inicial y básica a las personas cubiertas; que inicia para el paciente el referido para la atención de especialistas y que mantiene la continuidad de la atención médica del paciente. Los profesionales de atención médica primaria incluyen los médicos generalistas, médicos de familia, geriatras, internistas, pediatras, obstetras-ginecólogos, médicos auxiliares y enfermeros(as) de práctica avanzada. Conforme a 13.10.21.7 NMAC, otros profesionales de atención médica también pueden servir como profesionales de atención médica primaria.

El **profesional o proveedor de servicios médicos** quiere decir un hospital, profesional médico acreditado, u otro centro clínico autorizado para prestar servicios de atención médica.

El **Programa Medicaid** es una subvención que se le da al estado para que ofrezca programas de prestaciones médicas.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

El **Programa Medicare** quiere decir el Título 18 de las Enmiendas de Seguro Social de 1965, “Seguro Médico para las Personas Mayores y Discapacitadas” según se constituyeron o enmendaron posteriormente.

Un **proveedor de servicios médicos o profesional médico** es un hospital, un médico o un proveedor de servicios médicos que está certificado o que está autorizado para prestar servicios médicos en el ámbito de su certificado.

Un **proveedor de servicios de atención médica femenina** es un proveedor de servicios médicos certificado que especializa en la salud femenina.

Un **proveedor de servicios médicos de la red** es el término que utilizamos para los médicos, otros profesionales médicos, hospitales y centros clínicos que están acreditados o certificados para prestar servicios médicos y tienen un acuerdo con THNM para aceptar nuestro pago como el pago por la totalidad y en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los asegurados del plan. THNM le paga al proveedor de servicios médicos de la red conforme a un acuerdo entre el proveedor y THNM o si el proveedor acepta prestarle los servicios cubiertos.

Un **proveedor de servicios médicos fuera de la red** es un médico u otro profesional médico o un centro clínico que no tienen contrato con THNM y que no hayan aceptado prestar servicios por las tarifas de establecidas de antemano.

Un **proveedor de servicios médicos que no participa en el plan** quiere decir un proveedor que no es un proveedor de servicios médicos que participa en el plan. También se conoce como un proveedor de servicios médicos fuera de la red o un proveedor no contratado.

Proveedor de servicios médicos que participa en el plan es un proveedor que, conforme a un contrato explícito o con su contratista o subcontratista que ha aceptado proporcionar servicios de atención médica a las personas cubiertas con la expectativa de recibir el pago directa o indirectamente de la compañía, sujeto a todos los requisitos de costos compartidos del plan de beneficios médico. También se conoce como un proveedor de servicios médicos de la red o un proveedor contratado.

La **prueba de detección citológica** es un examen de la pelvis para las pacientes femeninas. Dicho examen incluye la prueba de Papanicolaou [*pap smear*] o la citopatología cervical basada en líquido y una prueba para detectar el virus del papiloma humano [*HPV* por sus siglas en inglés], independientemente de si están presentes los síntomas o no.

Una **reclamación** es un tipo de queja que presenta el asegurado con respecto al plan o a uno de nuestros proveedores de servicios médicos o farmacias, incluso una queja referente a la calidad de la atención médica. Este tipo de queja no trata de la cobertura de seguro ni de las disputas de pagos.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Una **reclamación por determinación adversa** quiere decir una queja, ya sea verbal o por escrito, que presenta el reclamante, o que se presenta en su nombre, con respecto a una determinación adversa.

Una **reclamación o queja administrativa** quiere decir una queja, ya sea verbal o por escrito, que presenta el reclamante, o que se presenta en su nombre, con respecto a cualquier aspecto del plan de seguro médico que no trate de una solicitud de servicios de atención médica incluso, entre otros:

- Las prácticas administrativas del asegurador médico que afectan la disponibilidad, la prestación o la calidad de los servicios de atención médica.
- El pago, manejo o reembolso de las demandas de seguro por los servicios de atención médica.
- Las cancelaciones de la cobertura de seguro.

Un **reclamante** quiere decir cualquiera los siguientes:

- El titular de una póliza, el suscriptor, el inscrito u otra persona o el representante autorizado de dicha persona o el proveedor de servicios médicos que esté actuando en el nombre de esa persona con el consentimiento de la misma, que tenga derecho a recibir beneficios de atención médica que ofrezca el plan de seguro médico;
- Una persona, o el representante autorizado de dicha persona, que pudiera tener derecho a recibir beneficios de atención médica que ofrezca el plan de seguro médico;
- Un recipiente del Programa Medicaid que esté inscrito en un plan del Programa Medicaid de un asegurador médico; o
- Las personas cuya cobertura de seguro médico la proporciona una entidad que compra o esté autorizada para comprar los beneficios de atención médica conforme a la Ley de Adquisición de Atención Médica de Nuevo México [*New Mexico Healthcare Purchasing Act*].

La **red de proveedores de servicios médicos** o la **red** quiere decir un grupo o grupos de proveedores participantes que prestan servicios de atención médica que conforme a un plan de la red.

La **rehabilitación cardíaca** es un programa de terapia que se ha diseñado para mejorar la función del corazón. Unos ejemplos de eventos cardíacos incluyen el infarto de miocardio [*MI* por sus siglas en inglés] (ataque al corazón), la intervención coronaria percutánea, la cirugía de injerto de circunvalación de la arteria coronaria [*CABG* por sus siglas en inglés], el trasplante de corazón o de corazón/pulmón, o la sustitución/repación de la válvula cardíaca.

La **rescisión de la cobertura** quiere decir que la cancelación o discontinuación de la cobertura tienen efecto retroactivamente. La cancelación o discontinuación de la cobertura no es rescisión si la cancelación o la discontinuación de la cobertura solo tiene efecto potencial, o la cancelación o discontinuación de la cobertura entran en vigor retroactivamente, en la medida de que sea atribuible a no haber hecho a tiempo los pagos por adelantado, las contribuciones que se cuentan con respecto al costo de la cobertura o las primas de seguro obligatorias.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

El **Resumen de Beneficios y Cobertura [SBC por sus siglas en inglés]** es un resumen de los beneficios y las exclusiones que se tiene que aportar antes de la inscripción o en el momento de la inscripción a un suscrito prospectivo o a una persona cubierta por la compañía de seguro médico.

La **revisión de la utilización o administración de utilización** quieren decir el sistema de revisar la asignación debida y eficiente de los servicios de atención médica que se prestan o cuya prestación se propone para un paciente o grupo de pacientes.

Los **servicios ambulatorios** son servicios médicos que se prestan en el consultorio del médico, en una clínica o en un centro médico para pacientes ambulatorios en los cuales la estancia del paciente no sobrepasa veinticuatro (24) horas.

Los **servicios de atención médica** quiere decir un servicio, suministro o procedimiento para diagnósticos, prevención, tratamientos, curas o alivio de un problema médico, una lesión o una enfermedad; incluso, en la medida que lo ofrezca el plan de beneficios médicos, servicios de salud física o mental.

Los **servicios de atención médica primaria o atención médica primaria** quiere decir los servicios de atención médica para una gama de problemas físicos y de salud de comportamiento que presta un médico o un profesional de atención médica primaria que no sea médico.

Los **servicios de enfermería especializada** se refiere a los servicios que ordenó un médico que necesitan las habilidades del personal profesional, por ejemplo, un(a) enfermero(a) certificado(a) o acreditado(a). Los servicios de enfermería especializada los presta directamente dicho personal, o bajo la supervisión del mismo, al paciente que necesite esos servicios las veinticuatro (24) horas del día, junto con otros tratamientos para recuperarse de una enfermedad o una lesión. Los servicios de enfermería especializada no incluyen los servicios de enfermería para la limpieza.

Los **servicios de observación:** Servicios para pacientes ambulatorios prestados por un hospital y un profesional/proveedor de servicios médicos en las instalaciones del hospital. Los servicios pueden incluir el uso de una cama y la supervisión periódica por el personal de enfermería del hospital, que es necesaria y que tiene la obligación de evaluar la condición del paciente ambulatorio o determinar si es necesario ingresar al hospital o si se anticipa o sucede el mejoramiento rápido de la condición del paciente.

Los **servicios para recuperar las habilidades** son servicios médicos que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana. Unos ejemplos son la terapia para un niño que no esté caminando o hablando a la edad que se espera que lo haga. Estos servicios pueden incluir la terapia física, ocupacional, de patología del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de centros clínicos, tanto para pacientes internados como pacientes ambulatorios.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

Un **suscriptor** es una persona cuyo empleo u otra condición, salvo la dependencia familiar, es la razón por su elegibilidad para inscribirse en el plan de beneficios médicos, o en el caso de un contrato individual, la persona en cuyo nombre se expide el contrato.

Las **sustancias biológicas** son compuestos médicos que se preparan de organismos vivos y/o de sus productos.

Las **tarifas habituales y razonables** son la cantidad que THNM pagará por la atención médica que los asegurados reciban de proveedores de servicios médicos fuera de la red. Las tarifas habituales y razonables quieren decir que las tarifas por los suministros y servicios médicos y las tasas de pago por los servicios médicos que presten los profesionales médicos son la cantidad de la tasa media, o se acerca a dicha tasa, por servicios de atención médica parecidos en la zona geográfica circundante donde se contrajeron los cobros. Se determina la zona geográfica circundante por el tipo de servicio y el acceso a ese servicio en la región geográfica.

La **tecnología nueva** es la tecnología que tiene que recibir la aprobación final de los cuerpos gubernamentales reguladores pertinentes y para la cual las pruebas científicas tienen que permitir conclusiones con respecto al efecto de la tecnología en los resultados referentes a la salud. La tecnología tiene que mejorar los resultados netos referentes a la salud. La tecnología tiene que ser tan beneficiosa como cualquier alternativa establecida. El mejoramiento tiene que lograrse fuera de los ámbitos donde se llevó a cabo la investigación de la tecnología.

El **titular de la póliza** es el suscriptor a quien se le ha expedido la póliza de seguro.

Un **trabajador social independiente** es una persona que está certificada para ejercer como trabajador social independiente por los examinadores del colegio de trabajo social, conforme a la Ley del Ejercicio de Trabajo Social [*Social Work Practice Act*].

Un **trastorno del espectro autista** es un problema médico que cumple los criterios diagnósticos de los trastornos del desarrollo generalizados que se publican en la *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Guía Diagnóstica y Estadística de Trastornos Mentales], cuarta edición, texto actualizado, que también se conoce como *DSM-IV-TR*, publicado por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, incluso el trastorno autista, el síndrome de Asperger, un trastorno del desarrollo generalizado si no se especifica de otra manera, el trastorno de Rett y el trastorno infantil de desintegración.

La **zona de servicio** es el estado de Nuevo México.



Centro de Servicio al Cliente: 1-844-508-4677, de lunes a viernes, 8 a.m.–5 p.m., MST. TTY: 1-800-659-8331 o marque 711.



truehealthnewmexico.com

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Navajo	Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-844-508-4677 (TTY: 711.)
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-508-4677 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-508-4677 (TTY : 711)。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-508-4677 هاتف الصم والبكم: (711).
Korean	주의 : 한국어를 말할 때 무료로 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 1-844-508-4677 (TTY : 711)로 전화하십시오.
Tagalog-Filipino	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-508-4677 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-508-4677 (ATS: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-508-4677 (телетайп: 711).
Hindi	सावधानी: यदि आप अंग्रेजी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क, आपके लिए उपलब्ध हैं। 1-844-508-4677 पर कॉल करें (टीटीवी: 711)।
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-844-508-4677 تماس بگیرید. (TTY: 711)
Thai	ความสนใจ: หากคุณพูดภาษาไทยมีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี โทร 1-844-508-4677 (TTY: 711)