

ÍNDICE DEL CONTENIDO

DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	2
BIENVENIDO A NEW MEXICO HEALTH CONNECTIONS	3
CÓMO SE UTILIZA ESTE DOCUMENTO	4
CÓMO INSCRIBIRSE EN EL PLAN	6
OTRA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO	10
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	12
CÓMO FUNCIONA SU PLAN	15
Proveedores de servicios médicos de la red	15
Profesionales médicos de cabecera	16
Profesionales médicos especializados.....	16
Para recibir atención médica de un proveedor de servicios médicos que no participa o que no forme parte de la red	17
Transición de la atención médica.....	21
Cómo se utiliza su tarjeta de identificación	22
Proceso de pagos de reclamos.....	23
CÓMO SE CONSIGUE ATENCIÓN MÉDICA	24
Citas en el consultorio médico	24
Atención médica urgente	24
Atención médica de emergencia	25
Servicios de ambulancia	26
APROBACIÓN PREVIA	27
LO QUE CUBRE EL PLAN	29
SERVICIOS QUE NO CUBRE SU PLAN (EXCLUSIONES)	53
REQUISITOS DE COSTOS COMPARTIDOS PARA LOS ASEGURADOS	59
PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES (QUEJAS) Y APELACIONES	61
TERMINACIÓN de la afiliación al PLAN	69
OTRAS ESTIPULACIONES QUE RIGEN LA PÓLIZA DE SEGURO	71
CÓMO SE PROTEGE SU CONFIDENCIALIDAD (LEY DE GRAHAM, LEACH, BLILEY)	80
GLOSARIO	82

DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Centro de atención al cliente

Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. El número de nuestra línea telefónica gratis es **1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, tiempo de la zona de montañas. Si usted necesita ayuda después de las horas hábiles regulares, puede llamar al número del Centro de Atención al Cliente y dejar un mensaje. Un representante de atención al cliente le devolverá la llamada antes de las 5:00 de la tarde del día hábil siguiente.

Envíe todas sus preguntas a:
P.O. Box 36719
Albuquerque, NM 87176

Ubicación (no envíe sus pagos aquí):
2440 Louisiana Blvd. NE, Suite 601
Albuquerque, NM 87110

Centro de Atención al Cliente de *New Mexico Health Connections*: **(505) 633-8020** o **1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642)**.

- Español: Para obtener asistencia en español, llame al **1-855-769-6642**.
- Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' **1-855-769-6642**.
- Los servicios TTY los provee A&T – línea telefónica TTY: **1-800-659-8331**.

Administrador de beneficios de farmacia *OptumRx*[®]

La lista de medicamentos de NMHC está a su disposición en nuestro sitio web en: **www.mynmhc.org/Formulary.aspx**. Si usted necesita ayuda con la lista de medicamentos o para conseguir una aprobación, llame a *OptumRx* al **1-855-577-6550**. *OptumRx* está a su disposición las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

Aprobaciones previas

Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. El número de nuestra línea telefónica gratis es **1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, tiempo de la zona de montañas.

Departamento de manejo de casos médicos de *NMHC*

El número de nuestra línea telefónica gratis 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, tiempo de la zona de montañas.

Para enviar reclamos de pago

Sírvase enviar los formularios de reclamos de pagos y las facturas detalladas al:
Claims Department
New Mexico Health Connections
P.O. Box 3828
Corpus Christi, TX 78463

*NurseAdvice*SM New Mexico

Si usted 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 *NurseAdvice New Mexico* [la línea telefónica de consejos del personal de enfermería] al **1-877-725-2552**. Están a su disposición enfermeros(as) expertos(as) para atenderle las veinticuatro (24) horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.

Sitio web

Además puede visitar nuestro sitio web si desea conseguir más información sobre sus beneficios y servicios. La dirección de nuestro sitio web es **www.mynmhc.org**.

Intercambio del mercado

Si desea comunicarse con el centro de llamadas del Mercado, llame a la línea telefónica gratis al: **1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325)**.

BIENVENIDO A NEW MEXICO HEALTH CONNECTIONS

Nos agrada mucho que usted nos haya seleccionado para servirle como su compañía de seguro médico mediante el Mercado del Programa de Opciones de Salud de Pequeñas Empresas [*Small Business Health Options Program, SHOP*], conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio [*Affordable Care Act*] federal administrada por el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México [*New Mexico Health Insurance Exchange, NMHIX*]. Aquí en *New Mexico Health Connections (NMHC)*, su salud es nuestra prioridad. Creemos que todos los nuevomexicanos deben tener acceso a servicios de atención médica de alta calidad y a un precio económico. Es nuestro placer proporcionarle acceso a una cobertura de seguro médico excelente mediante nuestra red de proveedores de servicios médicos por todo el estado.

NMHC es un plan de seguro médico dedicado al consumidor y operado por el mismo (una organización cooperativa) sin fines de lucro, conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio [*Affordable Care Act*] y las leyes del estado de Nuevo México. En este documento, nos llamamos *New Mexico Health Connections* o el asegurador. Cuando usted vea las palabras “nosotros”, “nuestros” y “NMHC” en este documento se refiere a *New Mexico Health Connections*.

NMHC ofrece cobertura de seguro médico a las personas elegibles. Los beneficios que se proveen mediante el Mercado *SHOP* se describen tanto en este documento, titulado la Evidencia de la Cobertura [*Evidence of Coverage, EOC*]; como en los Resúmenes de Beneficios y Cobertura; la Guía de Referencia de la Lista de Medicamentos; y la Guía de Proveedores de Servicios Médico. 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 bajo su póliza de seguro médico también se denominan asegurados, inscritos, personas cubiertas/dependientes o titulares de la póliza.

No deje de leer esta Evidencia de la Cobertura cuidadosamente y consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura de su plan. El Resumen de Beneficios y Cobertura es un documento breve que resume los beneficios y cobertura en lenguaje sencillo que expone unos beneficios cubiertos específicos que ofrece este plan, las cantidades de sus costos compartidos y las limitaciones y exclusiones.

Si usted entiende cómo funciona este plan le puede ayudar a aprovechar al máximo los beneficios cubiertos de su seguro médico.

CÓMO SE UTILIZA ESTE DOCUMENTO

Esta Evidencia de la Cobertura es un documento legal que se ha elaborado para ayudarle a entender sus beneficios de seguro médico y los servicios que están a su disposición. Esta Evidencia de la Cobertura [EOC por sus siglas en inglés]; los Resúmenes de Beneficios y Cobertura; la Guía de Referencia de la Lista de Medicamentos; 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 y con quiénes se deben comunicar si usted necesita ayuda con el plan.

Recomendamos que lea estos documentos ya que es importante que entienda lo que cubre su plan y especialmente lo que no cubre su plan. Muchas secciones de esta Evidencia de la 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.

Recomendamos que guarde este documento y su Resumen de Beneficios y Cobertura, junto con los otros documentos que se indican más arriba, además de los documentos adjuntos o las enmiendas a esta Evidencia de la Cobertura que a lo mejor reciba para su información en el futuro. Sus proveedores de servicios médicos no tienen copia de este documento ni del Resumen de Beneficios y Cobertura ni de los otros documentos de la póliza de seguro y no tienen la responsabilidad de saber los beneficios de su plan.

El Plan

El plan que usted ha seleccionado se provee mediante el Mercado del Programa de Opciones de Salud de Pequeñas Empresas [*Small Business Health Options Program, SHOP*], conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio [*Affordable Care Act*] federal administrada por el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México [*New Mexico Health Insurance Exchange, NMHIX*]. Usted ha seleccionado NMHC para que le proporcionemos a usted mismo y a sus dependientes cobertura de seguro médico con un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud [*Health Maintenance Organization, HMO*]. Se exige que consulte a proveedores de servicios médicos de la red. Tenemos una red de hospitales y de proveedores de servicios médicos por todo el estado que están a su disposición.

Al inscribirse en este plan, acepta cumplir los reglamentos del plan, las 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, se le avisarán por escrito todos los cambios que le pudieran afectar a usted mismo o a sus dependientes cubiertos. Se le proporcionará dicho aviso 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 partir de este momento hasta un punto definido en el futuro, a menos que lo apruebe, con firmas, un funcionario ejecutivo de NMHC, quien 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 la Cobertura. Ningún agente tiene derecho a cambiar los términos y las condiciones de su plan de beneficios.

Sírvase comunicarse con el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México [*New Mexico Health Insurance Exchange*], el Mercado Estatal del Programa de Opciones de Salud de Pequeñas Empresas [*Small Business Health Options Program, SHOP*], si necesita más información sobre:

- La normas de elegibilidad del *SHOP*;
- La inscripción de los empleados en planes de seguro médico calificados [*Qualified Health Plans, QHP*] conforme al *SHOP*;
- El período de inscripción conforme al *SHOP*: y

- La terminación de la cobertura conforme al *SHOP*.

Centro de llamadas del *NMHIX*: 1-855-99-NMHIX.

Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente si necesita información más detallada sobre su plan o si necesita copias de los documentos de su plan de beneficios; por ejemplo, esta Evidencia de la Cobertura o del Resumen de Beneficios y Cobertura.

Centro de Atención al Cliente de *New Mexico Health Connections*: (505) 633-8020 o 855-7MY-NMHC (855-769-6642).

- Español: Para obtener asistencia en español, llame al 855-769-6642.
- Navajó (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigigo holne' 855-769-6642.
- A&T presta los servicios *TTY* – línea telefónica *TTY*: 800-855-2880.

Además puede visitar nuestro sitio web en la dirección www.mynmhc.org si desea conseguir más información sobre sus beneficios y servicios.

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

Dirección física:	Dirección postal:
2440 Louisiana Blvd. NE, Suite 601	P.O. Box 36719
Albuquerque, NM 87110	Albuquerque, NM 87176

Servicios de intérpretes

Si usted necesita la ayuda de un intérprete, tenemos los servicios para ayudarle. Si usted desea obtener acceso a dichos servicios, llame durante las horas hábiles al Centro de Atención al Cliente al 1-855-7MY-NMHC.

Contrato completo

Esta Evidencia de la Cobertura junto con el Resumen de Beneficios y Cobertura y los otros documentos que se indican más arriba, todas las enmiendas y la solicitud de inscripción constituyen el contrato completo entre NMHC y el inscrito; y a partir de la fecha en que entre en vigor el 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.

Enmiendas

Las estipulaciones del plan, según se resumen en esta Evidencia de la 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 terminación de la afiliación al plan conforme a las estipulaciones de los mismos o por acuerdo mutuo escrito entre NMHIX y/o NMHC y el inscrito. Al seleccionar la cobertura de seguro y aceptar los beneficios de 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 las tarifas 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 la 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.

CÓMO INSCRIBIRSE EN EL PLAN

Elegibilidad del empleador

El Programa de Opciones de Seguro Médico para las Pequeñas Empresas [*Small Business Health Options Program, SHOP*] tiene que permitir que los empleadores elegibles compren la cobertura de seguro para los empleados mediante el *SHOP*. Un empleador es empleador calificado elegible para comprar la cobertura de seguro mediante el *SHOP* con tal que dicho empleador:

- Sea un empleador de pequeña empresa, según se define bajo las leyes estatales y/o federales;
- Ofrece la cobertura, por lo menos, a todos los empleados de jornada completa en un plan de seguro médico calificado mediante el *SHOP*; y
- Tiene su dirección comercial principal en New México y ofrece cobertura de seguro a todos sus empleados de jornada completa mediante el *SHOP*; o
- Ofrece cobertura de seguro a cada empleado elegible mediante el *SHOP* que atiende el sitio de trabajo principal de los empleados.

El *SHOP* tiene que seguir tratando a un empleador calificado que deje de ser empleador de pequeña empresa solo por haber un aumento en el número de empleados como empleador calificado hasta que dicho empleador deje de satisfacer otros criterios de elegibilidad o decida no comprar el seguro médico mediante el *SHOP*.

Elegibilidad de los empleados

Un empleado es empleado calificado (asegurado) elegible para inscribirse en la cobertura de seguro mediante el *SHOP* con tal que se le ofrezca a dicho empleado la cobertura de seguro de un empleador calificado.

Inscripción de los asegurados

El *SHOP* tiene que procesar las solicitudes de inscripción de los empleados calificados, enviarlas a las entidades que expiden planes de seguro médico calificados [*Qualified Health Plan, QHP*] pertinentes y facilitar la inscripción de los empleados calificados en los planes de seguro médico calificados. Las siguientes actividades se tienen que llevar a cabo antes de la fecha de vigencia de la cobertura de seguro para los empleados calificados:

- Una determinación de que el empleador es elegible para comprar el seguro mediante el *SHOP*;
- La selección de un plan de seguro médico calificado por el empleador calificado para los empleados elegibles y sus dependientes, si el empleador ofrece la cobertura de seguro a los dependientes; o
- La decisión del empleador que permita que los empleados seleccionen cualquier plan de un nivel de metal específico que ofrezca el *SHOP*; por ejemplo, los planes de nivel de metal de oro o plata;
- Avisar a los empleados del período tiempo para seleccionar un plan en el Intercambio;
- Determinación y verificación por el *SHOP* de la elegibilidad del empleado para inscribirse mediante el *SHOP*;
- El *SHOP* procesa la solicitud del empleado;
- El *SHOP* establece las fechas de vigencia de la cobertura de seguro.

Transferir los datos de inscripción

El *SHOP* avisa a NMHC que se ha inscrito un asegurado, así que NMHC pueda inscribir al asegurado y a sus dependientes elegibles, si corresponde.

Aviso al asegurado

NMHC envía al asegurado un aviso por escrito de la inscripción y la fecha de vigencia de la cobertura de seguro.

Períodos de inscripción conforme al SHOP

Requisitos generales

El *SHOP* tiene que cumplir con el inicio del período de inscripción abierta [*Open Enrollment Period, OEP*] inicial según lo determina la ley federal. Además el *SHOP* tiene que asegurar que se envíen las transacciones de inscripción a NMHC y que NMHC comience la cobertura de seguro conforme a las fechas de vigencia establecidas. Además el *SHOP* tiene que ofrecer períodos de inscripción especial según define la ley federal.

Inscripción continuada en el SHOP

El *SHOP* tiene que permitir que un empleador calificado compre la cobertura de seguro para su grupo pequeño en cualquier momento del año. El año del plan del empleador tiene que consistir en un período de doce (12) meses, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de seguro del empleador calificado.

Período de elección anual del empleador

El *SHOP* le tiene que proporcionar a los empleadores calificados un período de inscripción abierta por lo menos de treinta (30) días previo a que se termine el año del plan del empleador y antes del período anual de inscripción abierta para los empleados durante el cual el empleador calificado puede cambiar su participación en el *SHOP* para el año del plan siguiente incluso:

- El método que utiliza el empleador calificado para poner los planes de seguro médico calificados a la disposición de los empleados calificados;
- La contribución del empleador al costo de la prima de seguro;
- El nivel de cobertura de seguro que se ofrece a los empleados calificados cumple los requisitos federales;
- El(Los) plan(es) de seguro médico calificado(s) que se ofrece(n) a los empleados calificados cumple(n) los requisitos federales.

Aviso al empleador del período anual de elección

El *SHOP* tiene que avisar al empleador calificado del período anual de elección previo a dicho período.

Período anual de inscripción abierta para los empleados

El *SHOP* tiene que establecer un período anual de inscripción abierta estandarizada de un mínimo de treinta (30) días para los empleados calificados previo a que se termine el año del plan pertinente del empleador calificado y después del período de elección anual de dicho empleador.

Aviso al empleado del período anual de inscripción abierta

El *SHOP* tiene que avisar al empleado calificado del período anual de inscripción abierta previo a dicho período.

Empleados recién calificados

El *SHOP* tiene que ofrecerle a un empleado que se convierta en empleado calificado fuera del período de inscripción abierta, ya sea inicial o anual, un período de inscripción para que consiga la cobertura de un plan de seguro médico calificado a partir del primer día en que se haga empleado calificado.

Períodos de inscripción especial [*Special Enrollment Period, SEP*]

El *SHOP* tiene que ofrecer un período de inscripción especial para ciertos empleados calificados o a los dependientes de un empleado calificado quienes pasen por lo siguiente:

1. Pierde la cobertura de seguro esencial mínima. La fecha en que se pierde la cobertura de seguro es el último día en que el consumidor tenía la cobertura de seguro bajo su cobertura o plan previo;
2. Pierde la cobertura de seguro para los embarazos según se describe en la Ley de Seguro Social;
3. Pierde la cobertura de seguro por necesidad médica según se describe en la Ley de Seguro Social solo una vez por año calendario;

4. El individuo calificado agrega un dependiente o se hace dependiente debido a un matrimonio, nacimiento, adopción, si se da a adoptar o si se pone en adopción temporal;
5. El hecho de que se haya inscrito o no inscrito el individuo calificado o sus dependientes en un plan de seguro médico calificado es accidental, involuntario o erróneo y es resultado de un error, distorsión o inacción de un funcionario, un empleado o un agente del *SHOP* o del Departamento de Salud y Servicios Humanos o sus instrumentos según lo evalúe el *SHOP*;
6. El inscrito o su dependiente le muestra debidamente al *SHOP* que NMHC infringió considerablemente una estipulación pertinente de su contrato con el inscrito;
7. El individuo calificado o su dependiente consigue acceso a un nuevo plan de seguro médico calificado debido a una mudanza permanente;
8. El individuo calificado que es indígena se puede inscribir en un plan de seguro médico calificado o cambiarse de un plan de seguro médico calificado a otro una vez al mes;
9. El individuo calificado o su dependiente, le muestra al *SHOP* que dicho individuo satisface otras circunstancias excepcionales según lo determina el *SHOP*;
10. El *SHOP* ha determinado que un inscrito o individuo calificado, o sus dependientes, no estaban inscritos en la cobertura de un plan de seguro médico calificado; no estaban inscritos en el plan de seguro médico calificado que seleccionó el inscrito o individuo calificado; o son elegibles para recibir pagos adelantados del crédito fiscal para la prima de seguro o las reducciones de los costos compartidos pero no lo están recibiendo debido a la mala conducta de parte de una entidad que no sea del *SHOP* y que proporciona ayuda con la inscripción o que lleva a cabo las actividades de inscripción. Para fines de esta estipulación, la mala conducta incluye, entre otra, si la entidad que no sea del *SHOP* no cumple las normas pertinentes;
11. El individuo calificado pierde la elegibilidad para la cobertura de seguro de un plan del Programa *Medicaid*;
12. El individuo calificado se hace elegible para recibir ayuda, con respeto a la cobertura de un plan de seguro médico de *SHOP*, del Programa *Medicaid* o del estado para los menores de edad.

Un empleado calificado o un dependiente de un empleado calificado que pasa por un suceso que lo hace elegible dispone de:

- Treinta (30) días a partir de la fecha del suceso desencadenante según se describe en los números del uno (1) al ocho (8) de más arriba;
- Sesenta (60) días a partir de la fecha del suceso desencadenante según se describe en los números del nueve (9) al doce (12) de más arriba.

Fechas de vigencia de los períodos de inscripción especial

- En el caso de un nacimiento, una adopción, si se da a adoptar o si se pone en adopción temporal, el Intercambio tiene que asegurar que la cobertura de seguro esté en vigor para el inscrito o individuo calificado en la fecha del nacimiento, la adopción, cuando se da a adoptar o se pone en adopción temporal. Si el Intercambio permite que el inscrito o individuo calificado elija el primer día del mes siguiente a partir de la fecha del nacimiento, adopción, cuando se da a adoptar o se pone en adopción temporal como la fecha de vigencia de la cobertura de seguro, el Intercambio tiene que asegurar que la cobertura de seguro entre en vigor en la fecha que elija el inscrito o individuo calificado;
- En el caso de matrimonio, el *SHOP* tiene que asegurar que la cobertura de seguro entre en vigor para un inscrito o individuo calificado el primer día del mes siguiente, a partir de la fecha en que se seleccione el plan;
- En el caso de una inscripción accidental, involuntaria o errónea, según se describe más arriba, el *SHOP* tiene que asegurar que la cobertura de seguro entre en vigor en la fecha apropiada conforme a las circunstancias del período de inscripción especial;

- En el caso de una infracción considerable por NMHC de una estipulación pertinente de su contrato con el inscrito, el SHOP tiene que asegurar que la cobertura entre en vigor en una fecha apropiada conforme a las circunstancias del período de inscripción especial;
- En el caso de que se pierda la cobertura de seguro esencial mínima, la cobertura de seguro para los embarazos, o la cobertura de seguro por necesidad médica según se describe más arriba, si se hace la selección del plan o en la fecha que se pierda la cobertura de seguro, el SHOP tiene que asegurar que la fecha de vigencia de la cobertura de seguro sea el primer día del mes siguiente, a partir de la fecha en que se haya perdido la cobertura de seguro. Si la selección del plan se hace después de que se pierde la cobertura de seguro, el SHOP tiene que asegurar que la fecha de vigencia de la cobertura de seguro sea el primer día del mes siguiente, a partir de la fecha en que se seleccione el plan, o conforme a lo que se permita según la ley federal, a criterio del SHOP.

Disponibilidad con anticipación

En el caso de la pérdida de la cobertura de seguro esencial mínima, la cobertura de seguro para los embarazos, o la cobertura de seguro por necesidad médica según se describe más arriba, un individuo calificado o su dependiente disponen de sesenta (60) días antes y después de perder la elegibilidad para seleccionar un plan de seguro médico calificado.

La pérdida de la cobertura de seguro esencial mínima incluye la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de seguro, la terminación de las contribuciones de empleador y la pérdida de la continuación de la cobertura de seguro conforme a la ley *COBRA*. La pérdida de la cobertura de seguro no incluye la terminación voluntaria por no haber pagado las primas de seguro, incluso las primas conforme a *COBRA* antes de que haya caducado la cobertura de seguro *COBRA* o las situaciones que permitan la rescisión de la cobertura de seguro.

Fechas de vigencia

El *SHOP* tiene que establecer las fechas de vigencia de la cobertura de seguro para los empleados calificados.

Renovación de la cobertura de seguro

Si un empleado calificado que está inscrito en un plan de seguro médico calificado mediante el *SHOP* sigue siendo elegible para la cobertura de seguro, dicho empleado seguirá inscrito en el plan de seguro médico calificado que haya seleccionado el año anterior salvo si:

- El empleado calificado termina la cobertura de seguro;
- El empleado calificado se inscribe en otro plan de seguro médico calificado si existe dicha opción;
- El plan de seguro médico calificado ya no está a la disposición del empleado calificado.

OTRA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Lesiones que hayan causado terceros y la subrogación

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 tienen la responsabilidad financiera y para las cuales NMHC ha 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; y que tenga, o pudiera tener, la responsabilidad 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 NMHC. NMHC puede 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. NMHC 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 absoluto.

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

- Le proporcionará a NMHC 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 el reclamo de subrogación;
- Obtendrá el consentimiento de NMHC o de sus agentes antes de eximir a cualquier parte de la responsabilidad del pago por los 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 NMHC. Si un asegurado no consiguiera anteriormente el consentimiento por escrito de NMHC y aceptara un acuerdo o eximiera a una parte de la responsabilidad 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 NMHC el valor de todos los beneficios que haya pagado NMHC. NMHC tiene contrato con *First Recovery Group, LLC*, ubicado en la dirección que se indica a continuación, para ayudar a NMHC en sus esfuerzos de subrogación. A lo mejor *First Recovery Group* se comunique con usted o con su proveedor de servicios médicos para que proporcionen información y ayuda a fin de investigar la posibilidad de reclamos de subrogación o de terceros.

First Recovery Group, LLC
26899 Northwestern Highway, Suite 250
Southfield, MI 48033

Coordinación de los beneficios [COB por sus siglas en inglés]

La coordinación de los beneficios se refiere a los asegurados que tienen la cobertura de seguro bajo más de un plan de seguro médico. Un plan pudiera ser individual o grupal de otro asegurador médico o pudiera ser otro tipo de seguro, por ejemplo del Programa *Medicaid* o *Medicare*, o algunos tipos de seguro de auto. La industria de seguros ha elaborado “reglamentos del orden de determinación de los beneficios” que rigen el orden en que cada plan pagará un reclamo de beneficios. Eso asegura que los planes aplicarán reglamentos consistentes y que se pagará la suma máxima bajo cada plan aplicable. El asegurador que paga primero se denomina el plan principal. El plan principal tiene que pagar los beneficios conforme a

los términos de su póliza a pesar de la posibilidad de que otro plan tal vez cubra algunos gastos. La compañía de seguro médico que paga después del plan principal es el plan secundario. El plan secundario pudiera reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los beneficios que hagan los planes no sobrepasen el cien por ciento (100%) de las tarifas permisibles. (Fíjese bien: En algunos casos, el asegurado de un plan pudiera tener la cobertura de seguro de tres planes o más. Si es así, se pueden coordinar los beneficios entre todos los planes aplicables a fin de asegurar que cada plan pague los beneficios máximos.)

Los beneficios de este plan se pagarán después de que pague un plan de seguro médico, una póliza de seguro de auto (ya sea individual o grupal) o un seguro del dueño de casa o de terreno, incluso los pagos médicos, la protección contra los accidentes corporales o la cobertura de seguro sin culpas.

A fin de coordinar los beneficios con otro asegurador médico, tenemos que estar al tanto de la otra cobertura de seguro médico que usted tenga. Eso pudiera reducir las cantidades de sus desembolsos y/o “lo que no se cubre” por lo cual usted tiene que pagar. Es lo mejor para usted proporcionarnos los datos más al día sobre la otra cobertura de seguro que tengan usted y/o sus dependientes. Cuando comience o se termine su otra cobertura de seguro médico, debe avisar enseguida al Centro de Atención al Cliente al 1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642).

Asegurados elegibles para el Programa *Medicaid*

NMHC le pagará directamente al Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México [*Nuevo México Human Services Department, HSD*] por los beneficios de ayuda médica que se paguen conforme al Programa *Medicaid* estatal para un asegurado que sea elegible para el Programa *Medicaid* si:

- *HSD* ha pagado o está pagando los beneficios en nombre del asegurado;
- *HSD* ha pagado o está pagando al proveedor de servicios médicos del Programa *Medicaid*;
- *HSD* ha avisado a NMHC que los beneficios se tienen que pagar directamente a *HSD*.

De lo contrario, el plan le pagará al proveedor de servicios médicos por la atención médica que cubra la póliza de seguro. Si un asegurado del plan, que recibe las prestaciones del Programa *Medicaid*, ya le ha pagado a un proveedor de servicios médicos que no forme parte de la red del plan por servicios médicos de emergencia o por atención médica que se prestó fuera de la zona de servicio del plan, el plan le pagará al proveedor de servicios médicos conforme a las leyes estatales. El asegurado tiene que pedir el reembolso directamente al proveedor de servicios médicos.

Asegurados elegibles para el Programa *Medicare*

Cada asegurado que tenga derecho a la cobertura de seguro del Programa *Medicare* tiene que avisar por escrito a este plan. Por lo general, su plan de seguro médico grupal paga primero si **ambos** puntos siguientes son ciertos:

- Usted tiene sesenta y cinco (65) años de edad en adelante, tiene la cobertura del Programa *Medicare* y tiene la cobertura de un plan de seguro médico grupal mediante su empleador actual o el empleador actual de su cónyuge de cualquier edad, y
- El empleador tiene veinte (20) empleados o más y cubre alguno de los mismos servicios del Programa *Medicare* (eso quiere decir que el plan de seguro médico grupal paga primero sus facturas médicas y de hospital).

Si usted tiene la cobertura del Programa *Medicare* y su empleador tiene menos de veinte (20) empleados, por lo general, el Programa *Medicare* paga primero.

Se puede comunicar con nuestro Centro de Atención al Cliente para recibir respuestas a las preguntas que usted tenga con respecto a la cobertura de seguro grupal de un empleador o del Programa *Medicare*.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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

Como asegurado de este plan:

- **Usted tiene derecho a recibir información sobre los derechos y las responsabilidades de los asegurados.**
- Usted tiene derecho a recibir información detallada sobre su plan, incluso los servicios y beneficios que cubre el plan o los que se excluyen y todos los requisitos que se tienen que cumplir para la aprobación previa y la determinación de tratamientos.
- Usted tiene derecho a siempre tener a su disposición y accesible los servicios que sean médicamente necesarios y que cubra el plan; incluso los servicios de atención médica urgente o de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana y los otros servicios y beneficios que cubre el plan según se definen en la Evidencia de la Cobertura o en el Resumen de Beneficios y Cobertura.
- Usted tiene derecho a información sobre los límites que rigen sus desembolsos y una explicación de su responsabilidad económica por los servicios cubiertos que se le presten.
- Usted tiene derecho a que se le trate en una manera que respete su privacidad y dignidad.
- Usted tiene derecho a participar junto con sus proveedores de servicios médicos de la red en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Usted tiene derecho a recibir una explicación de su estado médico; el tratamiento que se recomienda; los riesgos del tratamiento; los resultados que se pueden esperar; y las otras opciones médicas, en medida de lo razonable, de su proveedor de servicios médicos de la red en un idioma que usted pueda entender, independientemente del costo o de su cobertura de beneficios.
- Usted tiene derecho a que su proveedor de servicios médicos de la red le informe sobre su tratamiento; a que pida su consentimiento (estar de acuerdo) para recibir el tratamiento; a rechazar el tratamiento, incluso los medicamentos; y a que se le informe las consecuencias de rechazar ese tratamiento. Ese derecho existe aun si el tratamiento no es un beneficio que cubre el plan ni es médicamente necesario según el plan. El derecho a dar su consentimiento para un tratamiento o aceptarlo tal vez no sea posible en una situación de emergencia médica en la cual su vida y su salud están en peligro grave.
- Usted tiene derecho a expresar sus quejas, reclamaciones o apelaciones a NMHC o a las entidades reguladoras referentes a NMHC y/o la cobertura de seguro que proporcionamos.
- Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a los derechos y las responsabilidades de los asegurados del plan.
- Usted tiene derecho a recibir ayuda rápidamente y de manera agradable y responsable.
- Usted tiene derecho a que se maneje confidencialmente toda comunicación e información que guarde NMHC. Usted siempre tendrá que dar su permiso por escrito para la divulgación de información médica y financiera, salvo:
 - Si los proveedores de servicios médicos necesitan datos clínicos para su atención médica;
 - Si NMHC está obligado conforme a la ley a divulgar la información;
 - Si NMHC prepara y divulga datos sin identificar a los asegurados; y
 - Si es necesario para apoyar los programas u operaciones de NMHC, incluso para fines de pagos y para evaluar la calidad y los servicios.
- Usted tiene derecho a que se le informe enseguida si se terminaran o se efectuaran cambios en los servicios y beneficios que cubre el plan o con respecto a los proveedores de servicios médicos de la red.
- Usted tiene derecho a saber, bajo solicitud, todas las estipulaciones o los arreglos financieros que haya entre NMHC y los proveedores de servicios médicos de su red, que pudieran restringir los referidos o las opciones de tratamientos o que pudieran limitar los beneficios o los servicios que se le ofrecen.

- Usted tiene derecho a recibir una explicación de por qué se denegó un beneficio; a la oportunidad de apelar la decisión de la denegación; el derecho a una apelación de segundo nivel con NMHC; y el derecho a pedirle ayuda al Superintendente de Seguros de Nuevo México.
- Usted tiene derecho a tener acceso adecuado a servicios de atención médica que le presten proveedores de servicios médicos de la red cerca de su casa o donde usted trabaja dentro de la zona de servicio del plan.
- Usted tiene derecho a recibir información detallada sobre los requisitos que usted tiene que cumplir para la aprobación previa de algunos servicios y beneficios que cubre el plan.
- Usted tiene derecho a tener acceso a una lista actualizada de los proveedores de servicios médicos de la red de NMHC.
- Usted tiene derecho a recibir un ejemplo de la responsabilidad financiera que contrae una persona cubierta por los servicios y beneficios que cubre el plan si los prestan proveedores de servicios médicos que no forman parte de la red.

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

Como asegurado del plan, usted tiene las responsabilidades siguientes:

- Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información honesta y completa a NMHC y a sus proveedores de servicios médicos de la red.
- Usted tiene la responsabilidad de leer y entender la información que reciba acerca de su plan.
- Usted tiene la responsabilidad de saber cómo se obtiene acceso debidamente a la cobertura y cómo utilizar su plan.
- Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y participar en el proceso de elaborar metas de tratamiento que usted acepte junto con sus proveedores de servicios médicos de la red.
- Usted tiene la responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones para la atención médica que usted acepte junto con sus proveedores de servicios médicos de la red.
- Usted tiene la responsabilidad de presentar su tarjeta de identificación antes de que reciba servicios de atención médica.
- Usted tiene la responsabilidad de avisar enseguida a su proveedor de servicios médicos de la red si va a llegar tarde a una cita médica o si no le será posible asistir a una cita.
- Usted tiene la responsabilidad de pagar el deducible, el copago [*copayment*] o el coseguro [*coinsurance*] que le corresponda, incluso si no asistiera a una cita.
- Usted tiene la responsabilidad de expresar sus opiniones, preocupaciones o quejas de manera constructiva a NMHC o a su proveedor de servicios médicos de la red.
- Usted tiene la responsabilidad de informar a NMHC de todo cambio en el tamaño de su familia, si cambiara de domicilio o número de teléfono o si hubiera un cambio en la situación de su calidad de asegurado en los siguientes treinta (30) días del calendar, a partir de la fecha del cambio.
- Usted tiene la responsabilidad de pagar a tiempo las primas de su seguro.
- Usted tiene la responsabilidad de avisar a NMHC si tiene otra cobertura de seguro.
- Usted tiene la responsabilidad de cumplir con el proceso de quejas y apelaciones de NMHC cuando no esté satisfecho con las acciones o las decisiones de un proveedor de servicios médicos o NMHC.

Junta Consultiva de Consumidores

Somos un plan de seguro médico dedicado al consumidor y operado por el mismo (una organización cooperativa). Por lo tanto, usted forma parte crítica de nuestra organización y apreciamos sus comentarios

con respecto a nuestros servicios y las operaciones del plan de seguro médico. Hemos establecido una Junta Consultiva de Consumidores que se reúne cada trimestre para conversar acerca de las operaciones generales de la perspectiva de nuestros asegurados y sobre cómo podemos servirle mejor. Como asegurado de este plan, usted es elegible para participar en esta junta. Si le interesa hacerlo, llámenos al (505) 633-8020.

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud [HMO por sus siglas en inglés]

Un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud o HMO le ofrece opciones con respecto a los proveedores de servicios médicos de la red: los médicos y otros profesionales médicos y hospitales que le tienen que prestar los servicios médicos.

Este plan es un plan calificado de seguro médico de deducible alto [High Deductible Health Plan, HDHP]. Eso quiere decir que su plan exige que usted pague tanto un deducible individual como el de la familia antes de que el plan pague los beneficios. Una vez que se haya pagado el deducible, a lo mejor su plan le obligue pagar una cantidad de coseguro o una porción de los costos por los servicios cubiertos que se le presten. Algunos beneficios con fines de prevención no están sujetos al deducible. Eso quiere decir que usted puede tener acceso a este beneficio y el plan pagará aún si usted no ha pagado el deducible individual ni el de la familia. Sírvase consultar el Resumen de Beneficios y Cobertura de su plan para informarse sobre las cantidades de costos compartidos (deducible, coseguro, copago).

Este plan está calificado para utilizarlo junto con una cuenta de ahorros de gastos médicos [Health Savings Account, HSA]. Este libro solo describe los beneficios médicos/quirúrgicos que están a su disposición. NMHC no administra las cuentas de ahorros de gastos médicos. El Departamento del Tesoro de los Estados Unidos regula las cuentas de ahorros de gastos médicos. Si desea conseguir mayor información, sírvase consultar el sitio web: www.treasury.gov. Además se puede comunicar con la institución financiera o el administrador de su cuenta de ahorros de gastos médicos para conseguir más información sobre la elegibilidad/inscripción y la contribución para una cuenta de ahorros de gastos médicos.

Proveedores de servicios médicos de la red

Como asegurado de la *HMO*, usted puede estar seguro de que hay un proveedor de servicios médicos de la red de NMHC cerca de donde usted vive o trabaja. Nuestra red de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos se extiende por todo el estado y quiere decir que usted tiene acceso a proveedores de servicios médicos de la red por todo Nuevo México.

Cuando usted mismo o su dependiente cubierto consultan a un proveedor de servicios médicos de la red, le pagamos a dicho proveedor por los servicios y beneficios que cubre su plan. A usted le corresponde pagar una porción de los cobros; por ejemplo, las cantidades de su deducible, coseguro o copago. Se tienen que pagar dichas cantidades en el momento en que se presten los servicios.

Se exige que se consiga la aprobación previa para algunos servicios y beneficios que cubre el plan, por ejemplo, las hospitalizaciones. Si se exige que se consiga la aprobación previa para los servicios y beneficios, su proveedor de servicios médicos de la red tiene que conseguir la aprobación previa antes de prestarle dichos servicios.

Guía de Proveedores de Servicios Médicos

Nuestra guía de proveedores de servicios médicos incluye una lista de médicos, hospitales, farmacias 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. El hecho de que se encuentre el nombre de un proveedor de servicios médicos en nuestra guía, no garantiza que ese proveedor de servicios médicos aún tenga contrato con NMHC ni que dicho proveedor esté aceptando nuevos pacientes.

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

Si usted desea averiguar la situación de un proveedor de servicios médicos con respecto al plan, puede obtener acceso a nuestra Guía de Proveedores de Servicios Médicos en línea en nuestro sitio web en la dirección: www.mynmhc.org. Además se puede comunicar con nuestro Centro de Atención al Cliente para informarse sobre un proveedor de servicios médicos. Los representantes del Centro de Atención al Cliente le pueden proporcionar datos sobre su proveedor de servicios médicos; por ejemplo, el nombre de la facultad de medicina que asistió; la residencia médica que completó; y el estado de certificación profesional. Además se puede comunicar con el Centro de Atención al Cliente para pedir copia de nuestra Guía de Proveedores de Servicios Médicos.

Zona de servicio

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

Profesionales médicos de cabecera [*Primary Care Provider, PCP*]

Los profesionales médicos de cabecera son médicos y otros proveedores de servicios médicos cualificados quienes se encargan de atender sus necesidades en los servicios médicos. Es nuestra filosofía que una relación fuerte con su profesional médico de cabecera ayuda, tanto a usted como a su familia, a orientarles con respecto a su plan de seguro médico. Los profesionales médicos de cabecera 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.

Le pedimos que escoja un profesional médico de cabecera si no lo hizo cuando llenó la solicitud de inscripción. NMHC no selecciona un profesional médico de cabecera para usted. Puede ojear la guía de proveedores de servicios médicos por el nombre del proveedor de la red o por la especialidad. Para hacer eso, haga clic en el botón "*Find a Provider*" [buscar un proveedor de servicios médicos] que se encuentra en la parte superior de nuestra página de inicio (www.mynmhc.org). Una vez que haya seleccionado un profesional médico de cabecera, no deje de llamar a su consultorio para averiguar si está aceptando pacientes nuevos. Una vez que haya seleccionado un profesional médico de cabecera, sírvase decirnos quién ha seleccionado. Hay dos formas de hacerlo:

- Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. El número de nuestra línea telefónica gratuita es 1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642). Estamos a su disposición de lunes a viernes de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, tiempo de la zona de montañas.
- Conéctese a nuestro *Member & Provider Portal* [portal de asegurados y proveedores de servicios médicos]. Ahí encontrará el enlace del portal en la esquina derecha superior de nuestra página de inicio, www.mynmhc.org. Haga clic en *My Account Login* [ingresar a mi cuenta].

Si uno desarrolla una buena relación con su profesional médico de cabecera le puede ayudar a mantenerse sano y a evitar los gastos médicos altos en el futuro. La red de NMHC de profesionales médicos de cabecera incluyen tanto los médicos que ejercen medicina de familia, medicina interna y pediatría como los médicos de medicina oriental, los médicos asistentes y los(as) enfermeros(as) de práctica avanzada. Si usted desea que se nombre un especialista como su profesional médico de cabecera, lo tiene que aprobar el director médico de NMHC.

Profesionales médicos especializados

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 del cuerpo específico. Usted no necesita un

referido para consultar un especialista. No se necesita un referido para recibir servicios obstétricos y ginecológicos [*OB/GYN*] de los profesionales médicos de la red.

Unos ejemplos de profesionales médicos especializados son, entre otros, los cardiólogos, ortopedistas, neurólogos y endocrinólogos.

Los médicos de medicina oriental también se pueden considerar profesionales médicos especializados con tal que cumplan los requisitos de NMHC para participar en nuestra red de proveedores de servicios médicos.

Para recibir atención médica de un proveedor de servicios médicos que no participa o que no forme parte de la red

Por lo general, el plan no cubre los servicios de atención médica que no sea de emergencia que prestan los proveedores de servicios médicos que no participan en el plan o que no forman parte de la red.

Sin embargo, hay unas situaciones en las cuales pagamos por los servicios y beneficios que cubre el plan que presten los proveedores de servicios médicos que no forman parte de la red, según se explica a continuación. Si usted tiene preguntas o si necesita más información, sírvase llamar al Centro de Atención al Cliente al 1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642).

Emergencias médicas

Un problema médico de emergencia quiere decir procedimientos, tratamientos o servicios de atención médica que se prestan a una persona cubierta que sufra de repente lo que parece ser, en medida de lo razonable, un problema médico que se manifiesta con síntomas de suficiente severidad, incluso con dolor severo, que si no se recibiera atención médica enseguida, una persona razonable, que no sea experta, pudiera creer que el resultado pudiera ser: poner en peligro la salud de la persona, discapacidad grave en el funcionamiento del cuerpo; disfunción grave en cualquier parte u órgano del cuerpo; o desfiguración de la persona.

No se exige que se consiga la autorización previa para la atención médica de emergencia.

Además, la atención médica de emergencia apropiada que se reciba fuera de la red se prestará a una persona cubierta sin costarle nada más; se determinará si es apropiada la atención médica de emergencia que se reciba fuera de la red conforme a las normas del párrafo (4) del subartículo D de 13.10.21.8 NMAC.

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

Atención médica que sea médicamente necesaria y que no esté a su disposición en la zona de servicio

Si son médicamente necesarios los servicios y beneficios que cubre el plan 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 que no forme parte de la red. Antes de mandarle a consultar a un proveedor de servicios médicos que no forme parte de la red, nos aseguraremos de que revise su solicitud un especialista que ejerce en el campo de medicina pertinente así que estará bien familiarizado con su problema médico específico. En esas situaciones, NMHC coordinará el referido. Le pagaremos al proveedor de servicios médicos la tarifa habitual y razonable, o la tarifa que hayan acordado NMHC y el proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red.

Para recibir atención médica de proveedores de servicios médicos que no forman parte de la red

No se cubrirán los servicios y/ni los suministros que se reciban de un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red salvo si se consigue la aprobación previa de NMHC antes de recibir los servicios. Si usted no consiguiera la aprobación previa a lo mejor tendrá la responsabilidad de pagar las tarifas que se cobren por los servicios que preste un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red.

Si usted recibe atención médica de un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red, tal vez tenga que pagar los cobros en su totalidad a dicho proveedor en el momento que le preste los servicios. Para que le reembolsemos lo que haya pagado por servicios cubiertos, tendrá que presentar un formulario de reembolso para los asegurados junto con una declaración detallada con el diagnóstico, el tratamiento que recibió y una explicación de los servicios, los cobros por el tratamiento y los datos de identificación del asegurado según se encuentran en su tarjeta de identificación.

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; y
- La fecha, el tipo de servicio, el diagnóstico y la tarifa por cada servicio por separado.

Los cheques anulados, los estados de los saldos debidos, los comprobantes de las cajas registradoras o las facturas que usted mismo prepare no son aceptables. 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 reclamo de pago a fin de que se presten todos los servicios y beneficios que están a su disposición conforme a este plan.

Si su factura detallada incluye cobros por servicios que nos entregaron previamente, tiene que indicar claramente los nuevos cargos que está presentando 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 para los asegurados en nuestro sitio web en la dirección www.mynmhc.org o puede llamar al Centro de Atención al Cliente al 1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642).

Los reclamos de pago por los servicios y beneficios que cubre el plan y que preste un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red se tienen que entregar a NMHC en un año (365 días) a partir de la fecha en que se prestó el servicio. Si su proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red no presentara el reclamo de pago en su nombre, usted tendrá la responsabilidad de presentar el reclamo de pago antes de la fecha límite de un año. Los reclamos de pago que se presenten después de la fecha límite ya no serán elegibles para el reembolso. Si se le devolviera un reclamo porque necesitamos más información, usted tendrá que entregarlo de nuevo, con la información que se pidió, en los siguientes noventa (90) días, a partir de la fecha en que se haya recibido la solicitud. El plan no cubre los suministros y/ni los servicios que le preste un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red si no se ha conseguido la aprobación previa, con tal que no sea atención médica de emergencia/urgente, y por lo tanto pudiera ocasionar la denegación de la solicitud de reclamo de reembolso.

Favor de enviar los formularios de reclamos y las facturas detalladas al:

Claims Department
New Mexico Health Connections
P.O. Box 3828
Corpus Christi, TX 78463

Una vez que se reciba, se repase y se apruebe, NMHC le reembolsará por los servicios y beneficios que cubre el plan, menos las cantidades de deducibles, coseguro o copago que usted tiene que pagar según se indica en el Resumen de Beneficios y Cobertura. A usted le corresponde pagar los servicios que no cubra específicamente el plan.

Tarifas habituales y razonables

Se permite que los proveedores de servicios médicos que no forman parte de la red cobren la cantidad que deseen por los servicios de atención médica que presten. Las tarifas que cobran pueden sobrepasar las cantidades de las tarifas habituales y razonables de su plan. Los servicios y beneficios que cubre el plan que presten los proveedores de servicios médicos que no forman parte de la red se cubren solo hasta las cantidades de las tarifas habituales y razonables de su plan. Las tarifas habituales y razonables de su plan se determinan conforme a la cantidad de la tasa media que se paga 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.

Si un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red cobra más que la tarifa habitual y razonable, el pago a dicho proveedor se basará en la cantidad menor de la tarifa que se cobró o de la tarifa habitual y razonable por servicios prestados. Dependiendo del tipo de servicios o beneficios que se presten, al asegurado le corresponderá pagar las cantidades del deducible y del coseguro, además de las

cantidades que sobrepasen la tarifa habitual y razonable que haya cobrado el proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red.

Reclamos de pago por los servicios de atención médica de emergencia que se presten fuera de los Estados Unidos

Si usted necesitara atención médica urgente o de emergencia de un hospital o de un médico cuando esté fuera de los Estados Unidos, los reclamos de pago se deben hacer de la misma manera que se describe en la sección de “Para recibir atención médica de proveedores de servicios médicos que no forman parte de la red” de esta Evidencia de la 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 el reclamo de pago para que le reembolsemos. Usted tiene la responsabilidad de confirmar que el reclamo de pago y/o los expedientes estén traducidos debidamente y que la tasa de cambio de moneda se indique claramente cuando se entregue el reclamo para que le reembolsemos. Además, a lo mejor se exija que se proporcionen los expedientes médicos del tratamiento o del servicio.

Manejo de casos clínicos

NMHC se compromete a ofrecer programas de manejo de casos clínicos de alta calidad a nuestros asegurados. Nos cercioramos que los asegurados que tengan necesidades especiales en los servicios médicos y/o que padezcan problemas médicos complicados tengan acceso a los recursos y servicios que necesiten a fin de ayudarle a usted a entender más a fondo su(s) problema(s) médico(s) crónico(s) y para manejarlo(s). Como asegurados, se les dirigen a planes de seguro médico apropiados para sus necesidades específicas y que se han elaborado para ayudarle a lograr el mejor estado de salud posible.

Se indican los asegurados quienes pueden beneficiarse de los programas de manejo de casos clínicos por medio de diversas fuentes que incluyen, entre otros:

- Datos de reclamos de pago o de los encuentros médicos;
- Datos sobre los ingresos y/o darle de alta del hospital;
- Datos de las farmacias;
- Datos que se recopilan por el proceso de la determinación de tratamientos (aprobación previa);
- Datos que se recopilan de la línea de información sobre la salud;
- Datos del asegurado;
- Datos de los médicos o de los proveedores de servicios médicos; y
- Datos que proporcionen los compradores.

Los asegurados se pueden remitir a los programas de manejo de casos clínicos por diversas fuentes incluso, entre otros:

- La línea de información sobre la salud;
- Los programas para el control de las enfermedades;
- Los encargados de darle de alta;
- El personal que determina los tratamientos;
- El asegurado mismo o la persona que lo cuida; y
- Un proveedor de servicios médicos o profesional médico.

El programa de manejo de casos clínicos de NMHC está a la disposición de todos los asegurados de NMHC. Aunque NMHC se encarga de los reclamos de pago, de cómo se utilizan los servicios y beneficios y de otros datos del plan de seguro médico, se aceptan los referidos a todos los niveles de los programas de manejo de casos clínicos que provengan de los asegurados, de las personas que los cuiden y de los proveedores de servicios médicos.

Los referidos a los programas de manejo de casos clínicos se pueden iniciar con solo llamar al departamento de manejo de casos clínicos de NMHC al 1-844-691-9984.

Programas de control de enfermedades

NMHC se compromete a apoyar a nuestros asegurados en el control del asma y de la diabetes y de otras enfermedades crónicas.

El asma y la diabetes son enfermedades crónicas que se pueden controlar con instrucción, control de medicamentos e identificación y eliminación de los factores provocantes en el ambiente. Los programas de NMHC de control del asma y de la diabetes se han elaborado para identificar y para mejorar los resultados para nuestros asegurados al:

- Identificar a los asegurados que padecen asma o diabetes;
- Analizar los factores de riesgo y determinar qué nivel de intervención necesita el asegurado;
- Colaborar, instruir e involucrar a los asegurados que padecen asma y/o diabetes y a sus familias en actividades para mejorar su salud y para elaborar estrategias para cuidarse por su cuenta;
- Facilitar la comunicación, la colaboración en equipo, la coordinación y el manejo de los servicios de atención médica necesarios;
- Ayudar a los asegurados que pudieran necesitar 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 control de enfermedades, llame al departamento de manejo de casos clínicos al 1-844-691-9984.

Transición de la atención médica

Si en el momento que se inscriba en el plan, usted está recibiendo un curso de tratamiento activo de un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red o de un proveedor de servicios médicos de la red cuyo contrato termina con NMHC durante el curso de su tratamiento, a lo mejor sea elegible para seguir recibiendo servicios y el plan los cubrirá. Esto se denomina 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 la transición de la atención médica será por un período de no más treinta (30) días. Además la transición de la atención médica corresponde a las aseguradas que estén en el tercer trimestre de su embarazo, incluso para la atención médica posparto que esté directamente relacionada al parto. Para las aseguradas que estén en el tercer trimestre de su embarazo, el período de transicional continuará hasta dar a luz e incluirá la atención médica posparto que esté directamente relacionada al parto.

Rechazo del tratamiento

Se permite que los asegurados rechacen los tratamientos que recomienden los proveedores de servicios médicos de la red. Si sucediera eso, dicho proveedor puede 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 NMHC ni el proveedor de servicios médicos tendrá la responsabilidad de tratar el problema médico o cualquier complicación que provenga del hecho de que el asegurado haya rechazado el tratamiento. Así será mientras que el asegurado rechace el tratamiento que se considera apropiado.

Centro de Atención al Cliente

El personal de nuestro Centro de Atención al Cliente colaborará con usted para resolver todos los problemas y contestar todas las preguntas que usted tenga referentes a su póliza de seguro. Nos

empeñamos en contestar sus preguntas o atender sus preocupaciones en cuanto antes y a su entera satisfacción, en la medida de lo posible.

Nuestro Centro de Atención al Cliente le puede ayudar con lo siguiente:

- Información sobre los proveedores de servicios médicos;
- Información sobre la inscripción;
- Preguntas sobre los servicios y beneficios que cubre el plan;
- Procedimientos para conseguir atención médica;
- Información sobre las aprobaciones previas;
- Estado de un pago de reclamo;
- Procedimientos de apelación y de quejas.

Opciones para los asegurados en línea

Nuestro sitio web interactivo es una fuente valiosa de información. Usted puede verificar su elegibilidad y el estado de sus reclamos de pago; enviar mensajes con seguridad al Centro de Atención al Cliente; buscar un proveedor de servicios médicos de la red, ¡y mucho más! Le pedimos que visite nuestro sitio web en la dirección www.mynmhc.org para conseguir más información e ingresar al portal de los asegurados.

Cómo comunicarse con nosotros

Si usted tiene preguntas o preocupaciones sobre su plan, puede llamar al Centro de Atención al Cliente al 1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642). El Centro de Atención al Cliente está abierto de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, tiempo de la zona de montañas. 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 365 días del año y se devolverán las llamadas el día siguiente.

Línea telefónica de idiomas

Se habla español. Ofrecemos servicios de traducción. Si usted necesita servicios de traducción durante la cita en el consultorio de su médico, llame al Centro de Atención al Cliente para que le ayuden.

NurseAdvice New Mexico

Si usted tiene una pregunta referente a su problema médico, llame a nuestra *Nurse Advice Line* [línea telefónica de consejos del personal de enfermería] a la línea telefónica gratis al 1-877-725-2552. Usted puede hablar con un(a) enfermero(a) certificada(s) las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

Cómo se utiliza su tarjeta de identificación

Se le ha expedido una tarjeta de identificación del plan. Siempre debe tener su tarjeta de identificación. Los proveedores de servicios médicos exigirán que usted les enseñe su tarjeta de identificación cuando le presten servicios de atención médica. Su tarjeta de identificación indica algunos de los beneficios de su plan y las cantidades de los copagos y del coseguro. Además de las cantidades de los copagos y del coseguro, tiene los datos para comunicarse con el Centro de Atención al Cliente y con *OptumRx*, nuestro administrador de beneficios de farmacia [*Pharmacy Beneficios Manager, PBM*]. Las otras cantidades de los copagos y del coseguro se pueden encontrar en su Resumen de Beneficios y Cobertura. Si usted perdiera su tarjeta de identificación o si necesita más tarjetas de identificación, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente.

No deje que una persona que no sea asegurado utilice su tarjeta de identificación del plan. Si sucediera eso, usted tendrá la responsabilidad de pagar por los servicios que se hayan prestado a esa persona y se

terminará su afiliación al plan y la afiliación de todos sus dependientes cubiertos. Comuníquese enseguida con el Centro de Atención al Cliente si pierde o si le roban su tarjeta de identificación del plan.

NMHC expide las tarjetas de identificación solo para fines de identificación. El hecho de que uno tenga una tarjeta de identificación del plan no confiere ningún derecho a recibir los servicios ni los beneficios que cubre el plan. Para tener derecho a los servicios y beneficios, el titular de 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 permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación, se terminarán enseguida todos los derechos del asegurado y de todos sus dependientes que cubra la póliza de seguro, bajo criterio de NMHC.

Proceso de pagos de reclamos

Si usted recibe servicios que cubre el plan de un proveedor de servicios médicos de la red, su proveedor nos presentará sus reclamos de pago en su nombre. Usted tiene que presentar su tarjeta de identificación en el momento que le preste los servicios a fin de asegurar de que se paguen sus reclamos a tiempo y correctamente. Se espera que usted le pague a su proveedor de servicios médicos de la red las cantidades de copagos, deducible y/o coseguro según se indican en su Resumen de Beneficios y Cobertura y en su tarjeta de identificación del plan.

Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los cobros por no asistir a sus citas o si cancela las citas sin avisar debidamente a su proveedor de servicios médicos de la red. Si usted cree que un proveedor de servicios médicos de la red le está pidiendo que pague una tarifa con la cual usted no está de acuerdo, se puede comunicar con el Centro de Atención al Cliente para que le ayuden. Usted no tiene la responsabilidad de pagar lo que NMHC deba a su proveedor de servicios médicos.

Declaración de confirmación

Tomamos decisiones sobre el pago de los reclamos basándose en si son apropiados los servicios y la atención médica que se prestan y la elegibilidad de la cobertura de seguro. NMHC no proporciona pagos de incentivos a los representantes de reclamos de NMHC ni no toma decisiones de empleo por haber denegado los beneficios a los asegurados.

CÓMO SE CONSIGUE ATENCIÓN MÉDICA

Esta sección explica cómo usted 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, usted 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 en los servicios médicos;
- Identifíquese como asegurado del plan. Tenga a mano su tarjeta de identificación cuando haga citas;
- Al llegar a una cita que haya programado, enseñe su tarjeta de identificación a la recepcionista;
- Cerciórese de que se haya conseguido la aprobación previa del plan para los servicios que se describen en las secciones de “Aprobación previa” y “Lo que cubre el plan” de esta Evidencia de la Cobertura;
- Usted dispone de cuarenta y ocho (48) horas, a partir del momento que ingrese al hospital, para avisar a NMHC del ingreso de emergencia; y
- Llame al Centro de Atención al Cliente si tiene preguntas, preocupaciones o quejas.

Citas en el 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 que cubre el plan incluyen exámenes médicos anuales, vacunas comunes y tratamientos para las enfermedades y lesiones con tal que no sean agudas o de emergencia. Para los servicios médicos preventivos, comunes o especializados, llame para hacer 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 aprobación previa si fuera necesario, según se describe en la sección de aprobación previa de esta Evidencia de la Cobertura.

Si usted 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 usted llegue para su cita, enseñe su tarjeta de identificación 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 en cuanto antes.

Después de las horas hábiles

Después de las horas hábiles regulares, usted puede llamar a *Nurse Advice Line* [línea telefónica de consejos del personal de enfermería] las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana al 1-877-725-2552. El personal de enfermería certificado le puede ayudar a determinar el tipo de atención médica que sea más apropiada 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 de su profesional médico de cabecera. 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: una fiebre que se aumenta después de tomar medicamentos, un ataque de asma que no se alivia con los medicamentos, una mordida de animal, un objeto en el ojo o una infección de los ojos, una cortadura que pudiera necesitar puntos, un niño que padece vómitos o diarrea severa, lo que pudiera ser un hueso roto, dificultad respiratoria, un dolor de garganta, síntomas de la gripe, una infección del tracto urinario, o una migraña que no se alivia con medicamentos.

Si necesita ayuda para buscar el centro de atención médica urgente de la red que esté más cerca, sírvase llamar al Centro de Atención 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 en la dirección: www.mynmhc.org/find_a_doctor.aspx.

Usted debe llamar a su profesional médico de cabecera para hacer una cita antes de recibir atención médica de otro proveedor de servicios médicos. Si no está a su disposición su profesional médico de cabecera y persiste su problema médico, usted puede llamar a *Nurse Advice Line* [línea telefónica de consejos del personal de enfermería] al 877-725-2552. *Nurse Advice Line* está a su disposición las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Un(a) enfermero(a) certificado(a) le puede ayudar a decidir qué tipo de atención médica es la más apropiada para su necesidad específica.

Atención médica de emergencia

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, en medida de lo razonable, un problema médico que se manifiesta con síntomas de suficiente severidad, incluso dolor severo, y si no se recibiera atención médica enseguida, una persona razonable, que no sea experta, tal vez crea que el resultado pudiera ser: poner en peligro la salud de la persona, discapacidad grave en el funcionamiento del cuerpo, disfunción grave en cualquier parte u órgano del cuerpo o desfiguración de la persona.

Unos ejemplos de emergencias son: hemorragias severas, dolores abdominales severos, lesiones de la espalda o de la espina dorsal, dolores de pecho, ataques al corazón, derrames cerebrales, envenenamientos, heridas de balas, lesiones oculares severas o si de repente no puede respirar. Hay muchos otros problemas médicos agudos que NMHC considera una emergencia.

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

Consideraremos lo siguiente cuando estemos determinando si la situación en verdad necesitaba atención médica emergencia:

- ¿Creería una persona razonable que la situación necesitaba atención médica enseguida y que no podía esperar hasta el día hábil siguiente o hasta la próxima cita disponible con un su profesional médico de cabecera?
- ¿A qué hora del día se prestaron los servicios de atención médica?
- ¿Qué síntomas se manifestaron?
- ¿Había alguna circunstancia que impidió que usted recibiera la atención médica de emergencia de un proveedor de servicios médicos conforme a las normas establecidas del plan?

A lo mejor usted tiene 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 acudir a la sala de emergencias, si es posible. Si no está a su disposición su médico, usted debe llamar a nuestra *Nurse Advice Line* gratis al 877-725-2552. Usted 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 usted 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 le es posible, dígame al personal de la sala de emergencias que usted es asegurado de nuestro plan y enséñeles su tarjeta de identificación. Dicho personal se puede comunicar con nosotros para que usted no lo tenga que hacer. Si por la situación le es imposible avisar enseguida a NMHC, llámenos en cuanto pueda. Le orientaremos y le proporcionaremos las aprobaciones previas según sea necesario.

Servicios de emergencia en un centro clínico o de un proveedor de servicios médicos que no formen parte 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 proveedores de servicios médicos que no forman parte 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. Los servicios que no sean de emergencia, por ejemplo la atención médica de seguimiento por una emergencia previa, necesitan la aprobación previa de NMHC. Si usted no consiguiera la aprobación previa, a lo mejor NMHC no pague por los servicios. Si ingresará a un centro clínico que no forme parte de la red, comuníquese con NMHC para que le dé la aprobación previa. Si no le es posible comunicarse con nosotros, lo debe hacer un familiar o la persona que le cuida.

Unos servicios que NO se cubren como servicios médicos de emergencia que presta un proveedor de servicios médicos que no forme parte de la red son, entre otros:

- Atención médica electiva o que no sea de emergencia, incluso la atención médica de seguimiento;
- 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 prever antes de salir 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 que no forman parte de la red se puede trasladar a un centro clínico o a un proveedor de servicios médicos de 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 para el traslado.

Servicios de ambulancia

Si necesita una ambulancia, llame al 911 o al servicio de ambulancia local. Su plan cubre los servicios de ambulancia para recibir servicios de emergencia. Se necesita la aprobación previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia. Si se utilizaron los servicios de ambulancia en una situación que no sea de emergencia y no se pudo obtener la aprobación previa de NMHC, usted tendrá la responsabilidad de pagar los cobros.

APROBACIÓN PREVIA

Se exige que NMHC dé su aprobación antes de que se presten algunos servicios. El primer paso del proceso de la aprobación previa es confirmar si un tratamiento o un servicio es un beneficio que cubre el plan. Si el servicio no es un beneficio que cubre el plan, el proceso de aprobación previa no puede cambiar eso. Usted puede confirmar si un tratamiento o un servicio es un beneficio que cubre el plan si repasa esta Evidencia de la Cobertura y su Resumen de Beneficios y Cobertura, o se puede comunicar con el Centro de Atención al Cliente. Nuestros representantes del Centro de Atención al Cliente pueden contestar las preguntas que tengan usted o su proveedor de servicios médicos referentes a este proceso.

Para los beneficios y servicios que cubre el plan y para los cuales se necesita la aprobación, nuestro personal de administración médica repasará su caso y ayudará a determinar si el procedimiento, el tratamiento o el servicio que se solicita son médicamente necesarios. Sin la aprobación previa, a lo mejor no se cubran los servicios.

El hecho de que se reciba la aprobación previa para un servicio no garantiza que se pague el servicio. Por ejemplo, si el número de servicios que se reciben sobrepasan el número de servicios que se hayan aprobado en aprobación 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 aprobación previa necesaria, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente antes de recibir los servicios.

¿Quiénes consiguen la aprobación de NMHC?

Si un proveedor de servicios médicos de la red recomienda atención médica para la cual se necesita la aprobación previa, el proveedor de servicios médicos debe comunicarse con nosotros para pedir la aprobación previa. El proveedor de servicios médicos tiene que presentar información sobre su problema médico para que la podamos revisar 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.

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

Si no se consiguiera la aprobación previa, pudiera ocasionar demoras en la prestación de servicios o la denegación de los reclamos de pago.

¿Cómo funciona el proceso?

NMHC exige que se consiga la aprobación 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 aprobación previa, el personal de nuestro departamento de administración médica repasará la solicitud utilizando directrices que se han aceptado a nivel nacional. Las directrices que utilizan tanto NMHC 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 instrumentos de recursos que se basan en evidencia clínica.

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

- Ingresos al hospital que no sean de emergencia;
- Procedimientos avanzados de toma de imágenes, como las ecografías *PET* [tomografía por emisión de positrones] y *CT* [tomografía computarizada] o *MRI* [imágenes por resonancia magnética];
- Equipos médicos duraderos y aparatos protésicos externos;
- Procedimientos quirúrgicos;

- Tratamientos o suministros especializados; y
- Servicios que se prestan fuera de la red.

Decisiones sobre la cobertura con aprobación previa

Si no podemos autorizar su solicitud de aprobación previa por razones clínicas, se remitirá su caso al director médico antes de que le avisemos, 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 la aprobación 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 aprobación previa?

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

- La aprobación previa se lleva a cabo cuando recibimos una solicitud antes de que usted reciba la atención médica. Las decisiones ordinarias y que no sean de emergencia con respecto a los servicios se toman en setenta y dos (72) horas, a partir de cuando se reciba la solicitud de la aprobación de los medicamentos con receta y en cinco (5) días hábiles para 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.
- La revisión concurrente se lleva a cabo cuando recibimos una solicitud de aprobación 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 aprobación 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.

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

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

LO QUE CUBRE EL PLAN

Su plan cubre los servicios de atención médica que sean médicamente necesarios. Es obligatorio conseguir la aprobación previa para algunos servicios. Sírvase consultar la sección de “Aprobación previa” de esta Evidencia de la Cobertura o comuníquese con el Centro de Atención al Cliente si tiene preguntas referentes a la aprobación previa. Además algunos servicios a lo mejor 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 NMHC, se exige que usted pague las cantidades de copago, coseguro y deducible que le correspondan.

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

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 y se recibe la **aprobación previa** para consultar a un proveedor de servicios médicos que no forma parte 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 que se consiga la **aprobación 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. Sírvase consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura para las cantidades de sus costos compartidos (deducible, coseguro, copago).

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. Eso incluye las pruebas y el suero. Se exige que se consiga la **aprobación 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 (16th) y la semana veinte (20th) del embarazo.

Servicios de ambulancia

Se cubre el transporte por ambulancia cuando sea necesario por una emergencia. El plan revisará los expedientes médicos y de la 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 **aprobación previa** de NMHC. Si los servicios no son médicamente necesarios, o no los aprobó NMHC, usted tendrá la responsabilidad de pagar los cobros.

Trastornos del espectro autista

El plan cubre el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del espectro autista para los asegurados hasta los diecinueve (19) años de edad; o hasta los veintidós (22) años de edad para los asegurados si aún están asistiendo a la preparatoria. La cobertura de seguro incluye las pruebas con fines de detección para diagnosticar a los bebés y a los niños y para mantenerlos sanos; el tratamiento de terapia física, ocupacional y del habla; y la terapia del análisis práctico del comportamiento. La cobertura de seguro se limita al tratamiento que recete el médico que atiende al asegurado conforme al plan de tratamiento. Un

plan de tratamiento que el proveedor de servicios médicos tiene que contener el diagnóstico, el tratamiento que se propone dividido por cada tipo diferente, la frecuencia y la duración del tratamiento, los resultados que se esperan que se tienen que indicar como metas, cuán a menudo se actualizará el plan de tratamiento y la firma del médico que le atiende.

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 responsabilidad de los comités escolares locales y del estado. Se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC para la terapia física, ocupacional y del habla y la terapia del análisis práctico del comportamiento.

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 del comportamiento. Las indicaciones incluyen un índice de masa corporal (IMC) de 35 kg/m² o más junto con otras enfermedades graves como la diabetes, la presión arterial alta o la apnea del sueño obstructiva. Se exige que se consiga la **aprobación previa** y los servicios se tienen que prestar en un centro clínico de la red que haya designado NMHC.

Servicios de la salud mental y del comportamiento

El plan cubre los servicios de tratamiento de la salud mental y del comportamiento para que los pacientes ambulatorios reciban el tratamiento, las evaluaciones y las pruebas. Los ingresos y las hospitalizaciones parciales para recibir atención psiquiátrica se cubren con tal que sean médicamente necesarios para la estabilización aguda de una enfermedad mental.

Los proveedores de servicios médicos o los centros clínicos que ofrecen tratamientos de salud mental y del comportamiento tienen que estar cualificados para tratar las enfermedades mentales. Se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC para algunos servicios.

Sírvase consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura para informarse sobre el nivel de los servicios cubiertos.

Ensayos clínicos para tratar el cáncer

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 fines de prevención, de detección a tiempo o de tratamiento contra un cáncer para el cual no existe un tratamiento convencional contra el cáncer o no existe un tratamiento convencional contra dicho cáncer más efectivo;
- La meta del ensayo clínico es terapéutico y no se ha elaborado exclusivamente para analizar la toxicidad ni la patofisiología de la enfermedad;
- El ensayo clínico se ofrece en este estado como parte de un estudio científico de una intervención o terapia nueva que se está llevando a cabo en una institución en este estado y que es para el tratamiento, los cuidados paliativos o la prevención del cáncer en los seres humanos con: las metas específicas; el fundamento y los antecedentes del estudio; los criterios para la selección de los pacientes; la dirección específica para la administración de la terapia o la intervención y para vigilar a los pacientes; una definición de las medidas cuantitativas para determinar la reacción al tratamiento; los métodos para documentar y tratar las reacciones adversas; y la 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: (a) Uno de los Institutos Nacionales de Salud [*National Institutes of Health*] federales; (b) Un centro o grupo cooperativo de los Institutos Nacionales de Salud federales; (c) 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; (d) El Departamento de Defensa de los Estados Unidos; (e) El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos; o (f) Una entidad de investigaciones cualificada que cumple los criterios que han establecido los Institutos Nacionales de Salud federales para fines de elegibilidad de subvenciones;
- Se ha revisado y aprobado el ensayo clínico o el estudio por una comisión evaluadora institucional que tiene un contrato de control de proyectos múltiples que ha aprobado la Oficina de Protección de los Riesgos de las Investigaciones de los Institutos Nacionales de Salud federales;
- El personal que ofrece el ensayo clínico o que está llevando a cabo el estudio (a) 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; (b) Está de acuerdo con aceptar el reembolso del pago en su totalidad de NMHC 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; (c) 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 responsabilidad de encargarse de los daños y prejuicios correspondientes al tratamiento que se proporciona durante cualquier fase del ensayo clínico.

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 este beneficio y servicio específico que cubre el plan, el término de “los costos 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 paciente estuviera recibiendo el tratamiento convencional contra el cáncer; o
- 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 el medicamento para tratar el problema médico específico del paciente, pero solo hasta el punto que el fabricante, el distribuidor o el proveedor no paguen por 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 debido a 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; o
- Los costos que pagan o que no cobran los proveedores de ensayo clínico.

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

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 y se recibe la **aprobación previa** para consultar a un proveedor de servicios médicos que no forma parte 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 que se consiga la **aprobación 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. Sírvase consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura para las cantidades de sus costos compartidos (deducible, coseguro, 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 estos 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;
- 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 cualificado.

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

Los asegurados son elegibles para participar 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;

(1) con tal que el profesional médico que le haya remitido al ensayo clínico sea un proveedor de servicios médicos de la red y haya concluido que la participación del asegurado en dicho ensayo clínico sería apropiado; o (2) el asegurado proporciona información médica o científica que establece que la participación del asegurado en dicho ensayo clínico sería apropiado.

NMHC 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. NMHC 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. NMHC no puede discriminar contra la persona debido a su participación en el ensayo clínico.

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, conforme a las mismas condiciones, limitaciones y procedimientos de revisión 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 estos trastornos, salvo si el trastorno lo produjo un trauma.

Servicios dentales

Este plan cubre los servicios dentales que se enumeran a continuación con tal que sean médicamente necesarios y que se consiga la **aprobación 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 estar asociados al accidente inicial para que los cubra el plan (salvo si se tuvo que demorar el tratamiento por necesidad dental según lo determine NMHC).
- 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 posterior cubierto se puede extender a doce (12) meses, a partir de la fecha del accidente, con tal que se determine que es médicamente necesario y 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 tratamiento dental bajo anestesia general produciría resultados superiores;
 - 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 de edad o menor que es sumamente no cooperativo, temeroso, ansioso o no comunicativo y cuyas necesidades en los 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; o
- 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 insulino dependiente, la diabetes que no es insulino dependiente o los niveles altos de azúcar en la sangre provocado por un embarazo y se aplicarán las cantidades de costos compartidos del plan. Ejemplos de tratamientos y suministros son, entre otros:

- Monitores de la 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 provenientes de la diabetes, incluso los zapatos terapéuticos moldeados o de profundidad incrustada, las ortésis 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 que se consiga la **aprobación 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, todas las personas que padecen diabetes tienen derecho a la capacitación para el control de la enfermedad por su cuenta que la proporciona un profesional médico certificado, registrado o acreditado que haya recibido instrucción recientemente sobre el control de la diabetes, se limita a:

- La capacitación para el control de la diabetes por su cuenta la tiene que proporcionar un profesional médico certificado, registrado o acreditado que haya recibido instrucción recientemente sobre el control de la diabetes, se limitará a:
 - Las consultas que sean médicamente necesarias una vez que se diagnostique la diabetes;
 - Las consultas después del diagnóstico de un médico que representa un cambio considerable en los síntomas o el estado del paciente o un problema que justifiquen cambios en el control de la enfermedad por su cuenta;
 - Las consultas para recibir instrucción de nuevo o un curso de actualización que recete un profesional médico que tenga la autoridad para escribir recetas; y
 - La terapia de nutrición médica correspondiente al control de la diabetes.

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

Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente si tiene preguntas con respecto a estos requisitos.

Servicios diagnósticos

El plan cubre las pruebas de laboratorio, las radiografías u otras pruebas diagnósticas con tal que sean médicamente necesarias. Se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC para algunos servicios.

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*] que presten los proveedores de servicios de diálisis aprobados.

Equipos médicos duraderos [DME por sus siglas en inglés]

El plan cubre los equipos médicos duraderos con tal que NMHC los apruebe de antemano.

La cobertura de seguro incluye el alquiler o la compra de los equipos médicos duraderos, es nuestra decisión. Unos ejemplos de equipos médicos duraderos son, entre otros, las muletas, las camas de hospital, los equipos para el oxígeno, las sillas de rueda y los andadores.

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.

Algunas exclusiones y limitaciones que rigen la cobertura del seguro para los equipos médicos duraderos son:

- La cobertura de seguro es solo para los equipos que sean médicamente apropiados 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 ortésis o prótesis que ya eran propiedad del asegurado y no se hayan proporcionado mediante el plan, salvo por lo que se define en la sección de Suministros y Tratamientos para la Diabetes.
- La cobertura de seguro para estos arreglos queda a criterio de NMHC;
- NMHC 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 inapropiadamente el equipo;
- 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.

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.

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]

El plan cubre los aparatos protésicos externos que sean necesarios para llevar a cabo las actividades ordinarias de la vida cotidiana. Se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC 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 falta (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 NMHC determine que sea médicamente necesario;
- No se cubre el arreglo ni el repuesto de los aparatos protésicos externos si se pierden, se roban o se destruyen;
- El no plan cubre los aparatos protésicos externos iguales o extra para la comodidad o la conveniencia del asegurado.

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 años de edad, 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 de NMHC 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 de NMHC 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 del plan. Los reclamos de pagos por los servicios pagables al Departamento de Salud conforme a esta estipulación solo se honrarán si el Departamento de Salud de Nuevo México los presenta a NMHC.

Servicios de planificación familiar

El plan cubre los servicios de planificación familiar. Los servicios cubiertos incluyen el asesoramiento sobre los anticonceptivos y los medicamentos y aparatos anticonceptivos que haya aprobado la Administración de Medicamentos y Alimentos [*Food and Drug Administration, FDA*]. Muchos de los métodos anticonceptivos que ha aprobado la Administración de Medicamentos y Alimentos se cubren sin

costarle nada a usted. NMHC tiene que cubrir, sin costos compartidos, por lo menos una forma anticonceptiva de cada uno de los métodos (que actualmente son 18) que haya identificado para las mujeres la Administración de Medicamentos y Alimentos en su Guía de Anticonceptivos actual. Además esta cobertura de seguro tiene que incluir los servicios clínicos, incluso el asesoramiento y la instrucción para los pacientes que sean necesarios para la provisión del método anticonceptivo.

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

Servicios de atención médica que ayudan a una persona 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 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 que se consiga la **aprobación previa** para los servicios después de (10) consultas.

Audífonos para los niños dependientes

El plan cubre los audífonos y la evaluación de ajustes de los audífonos para los niños dependientes hasta que cumplan dieciocho (18) años de edad, o hasta que cumplan veintiún (21) años si aún están asistiendo a la preparatoria.

NMHC cubrirá un audífono para cada oído con deficiencias auditivas cada treinta y seis (36) meses para los niños dependientes menores de dieciocho (18) años de edad (o menores de veintiún años de edad si aún están asistiendo a la preparatoria). Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura para las cantidades de sus costos compartidos (deducible, coseguro, copago).

Los servicios cubiertos incluyen las tarifas de ajustes y de proveer los audífonos y los moldes de los oídos, según sea necesario, para que los audífonos les sigan quedando lo mejor posible. Un audiólogo, un médico o un proveedor de audífonos 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. Las pruebas de rutina para detectar problemas auditivos que lleven a cabo los médicos de cabecera se cubren para los asegurados hasta que cumplan dieciocho (18) años de edad.

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 pueden 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 médico cualificado 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; and
- 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 **aprobación previa** de NMHC. Eso se limita a los servicios que se presten conforme a una orden escrita de un médico.

Servicios de atención médica en casa o servicios intravenosos en casa y exclusiones de suministros **Este plan no cubre:**

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

Servicios de atención médica para pacientes terminales [*hospice*]

Servicios de atención médica para pacientes terminales [*hospice*]

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 prestan en un centro clínico de atención médica para pacientes terminales o en un centro de otro tipo necesitan tanto la aprobación de su profesional médico/proveedor de servicios médicos como nuestra **aprobación previa**.

El período del beneficio de los servicios 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 meses después de que haya comenzado o cuando fallezca.
- Usted tiene que ser un asegurado cubierto por el plan durante todo el período del beneficio de los servicios de atención médica para pacientes terminales.
- El beneficio de atención médica para pacientes terminales que no estén internados tiene una cobertura de por vida del plan de cien (100) consultas.
- El beneficio de servicios de atención médica para pacientes terminales internados tiene una cobertura de por vida del plan de catorce (14) días.

Se cubren los servicios siguientes:

- Servicios de 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 con receta y medicamentos para aliviar el dolor y el malestar que está relacionado específicamente con la enfermedad terminal

Exclusiones

- Este plan no cubre:
- 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 proporciona la familia del paciente terminal cuando haya terminado el beneficio del asegurado.
- Cuidados de relevo que se define como atención médica que le ofrece alivio a la persona que de ordinario cuida al paciente.

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

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 que se consiga la **aprobación previa** de NMHC 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 provisionales. Además el plan cubrirá el costo de los arreglos y el mantenimiento de los aparatos cubiertos.

Tratamiento para la infertilidad

El plan cubrirá el diagnóstico y tratamiento de un problema médico que produce la infertilidad, con unas limitaciones. Sírvase consultar la sección de “Exclusiones” de esta Evidencia de la Cobertura para conseguir información más detallada sobre las exclusiones. Solo se cubren los servicios para la infertilidad con tal que los preste un proveedor de servicios médicos que participa en la red. Sírvase consultar la sección de Exclusiones de esta Evidencia de la Cobertura para los servicios que no cubre el plan. Los beneficios correspondientes a la infertilidad se limitan a las pruebas, los diagnósticos y los procedimientos correctivos.

Servicios de atención médica aguda para pacientes internados en el hospital

Se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC 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 para pacientes internados en el hospital a largo plazo

Los servicios de atención médica aguda en el hospital a largo plazo son servicios de atención médica por un período más largo para los pacientes internados con problemas médicos que no se pueden 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 que se

consiga la **aprobación previa** de NMHC 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 que se consiga la **aprobación previa** de NMHC para los servicios y los tiene que prestar un proveedor médico cualificado y certificado.

Prótesis internos

El plan cubre los aparatos médicos y/o las prótesis internas o con tal que las ordene un médico y se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC.

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 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 ni la cirugía para mejorar la apariencia física u otros servicios que se determine que no son médicamente necesarios.

Atención médica de maternidad

Su plan cubre servicios de maternidad, 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 se tomara la decisión de 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 para por lo menos tres (3) visitas de atención médica en casa. Si el médico que le atiende o el proveedor de atención médica en casa y la mamá coinciden en que menos vistas son suficientes, se pueden 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 apropiados. Su plan no cubre los partos en casa. Sírvase consultar la sección de “Exclusiones” de esta Evidencia de la Cobertura para con seguir 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 que esté disponible y más cerca si es necesario para proteger la vida del bebé.

Tratamiento para 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 una persona.

El plan cubre el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida con tal que sea médicamente necesario y con tal que se cumplan los criterios médicos definidos. Los criterios varían dependiendo del tipo de

cirugía. NMHC utiliza la guía de tecnología titulada *Interqual and Hayes Technology Manual* para estos criterios. Se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC para los servicios. 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 **aprobación previa** de NMHC.

Cobertura de seguro para los hijos recién nacidos y los niños adoptados

Los hijos recién nacidos y los 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 treinta un (31) días, a partir del momento de su nacimiento o adopción. Sírvase consultar la sección de “Cómo inscribirse en el plan” de esta Evidencia de la Cobertura para conseguir más información.

El plan cubre las lesiones o las enfermedades de los recién nacidos. El recién nacido puede ser biológico o adoptado o en una situación de adopción. Esto 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 control médico de una enfermedad, incluso de la obesidad. Los servicios los tiene que prestar un proveedor médico cualificado y certificado o un dietista certificado. Sírvase consultar la sección de Exclusiones de esta Evidencia de la Cobertura para conseguir más información.

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 que se utilizan para detener o poner fin al crecimiento de las células cancerosas. La cobertura para estos medicamentos está sujeta a los mismos requisitos de **aprobación 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 y 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 **aprobación previa** de NMHC y que los servicios se presten en un centro clínico de excelencia reconocido [*Centers of Excellence facilities*] en los Estados Unidos.

El recipiente de un trasplante de órgano tiene que ser asegurado en el momento en que se presten los servicios. Los beneficios no están disponibles si el asegurado es el donante. 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: (a) la evaluación, (b) la candidatura, (c) un acontecimiento de trasplante, o (d) la atención médica después del trasplante. La cobertura de seguro está sujeta a las condiciones and limitaciones que se describen en el Resumen de Beneficios y Cobertura y en esta Evidencia de la Cobertura.

Definición de los 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.

Aprobación previa

Se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC para los servicios de trasplante. La aprobación 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, el pago solo se hará a un centro clínico para el trasplante que se lleve a cabo.

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. La cirugía que sea necesaria para remover un órgano; el tránsito y transporte del órgano; la hospitalización y la cirugía de donantes vivos también lo cubre el plan. El plan cubre los análisis de compatibilidad que se lleven a cabo antes de la adquisición del órgano con tal que NMHC determine que es médicamente necesario.

Viajes para los trasplantes

Los gastos de viaje que se contraigan con respecto a un trasplante que se haya aprobado con antelación se cubren hasta un máximo de \$10,000. Los beneficios de transporte, alojamiento y comidas están a la disposición de los asegurados solo si son los recipientes de un trasplante de órgano/tejidos que se haya aprobado con antelación y que lo lleve a cabo un proveedor de servicios médicos que haya aprobado el plan. Se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC para los viajes para los trasplantes.

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

- El transporte de ida y vuelta al sitio del trasplante, incluso los cobros por 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 para un acompañante de viaje para el paciente según se describe más arriba. Se proporcionan los beneficios de viaje para los pacientes que son 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 más de sesenta (60) millas de distancia de la casa del asegurado;
- Facturas de lavado de ropa;
- Facturas de teléfono;
- Productos embriagantes o de tabaco; y

- Tarifas de transporte que sobrepasen las tarifas de la clase turista.

Medicamentos inmunosupresores para los trasplantes de órganos

El plan cubre los medicamentos inmunosupresores para los trasplantes de órganos para los pacientes internados. El plan tal vez cubra los medicamentos inmunosupresores con receta para los pacientes ambulatorios. Sírvase consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura y la lista de medicamentos con receta para conseguir información referente a sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.

Procedimientos quirúrgicos para los pacientes ambulatorios en los hospitales o centros clínicos

Su plan cubre los procedimientos quirúrgicos para los 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 los cirujanos; los servicios de laboratorio y patología; los análisis antes de la cirugía; la anestesia y los suministros médicos. Su médico de cabecera 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 que se consiga la **aprobación previa**.

Medicamentos con receta para los pacientes ambulatorios

NMHC ofrece una lista de medicamentos o una lista de medicamentos que favorece el plan para todos los planes de beneficios. Los beneficios de farmacia de NMHC los proporciona y los administra *OptumRx*, uno de los administradores de beneficios de farmacia más grandes y de más experiencia que tiene tiendas por todos los Estados Unidos y un servicio de encargos por correo.

Comité de Farmacia y Terapias

La lista de medicamentos de NMHC y las normas y los procedimientos que rigen el manejo de la lista de medicamentos los analiza y los aprueba el Comité de Farmacia y Terapias de *OptumRx* [*OptumRx Pharmacy & Therapeutics (P&T) Committee*] en nombre de NMHC. El Comité de Farmacia y Terapias está compuesto de médicos que ejercen activamente, farmacéuticos que ejercen activamente y otros profesionales médicos certificados. 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, y se actualizan 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 apropiadas para recetar los productos de medicamentos con receta, y según sea apropiado, los productos de aparatos médicos, previstos para utilizarlos en el ámbito de atención médica para pacientes ambulatorios;
- 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 NMHC;
- Iniciará y/o revisará los programas recomendados de revisión de cómo se utilizan los medicamentos y la evaluación del uso de medicamentos;

- Según sea necesario, revisar, asesorar y aprobar las directrices de la determinación de tratamientos, incluso la **aprobación previa**, las terapias escalonadas y los límites que rigen la cantidades;
- Asesorará a NMHC sobre los programas educativos apropiados (p.ej., para las redes de proveedores de servicios médicos, los participantes del plan y los proveedores de servicios farmacéuticos); y
- Hará recomendaciones para la implementación de procedimientos para el control efectivo del uso de los productos.

Además de hacer recomendaciones clínicas para la lista de medicamentos, el Comité de Farmacia y Terapias proporcionará información a los profesionales pertinentes de beneficios médicos, de servicios de cuidado de salud y de farmacia sobre los asuntos correspondientes al manejo clínico de los medicamentos con receta 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 la sustitución de productos genéricos basados en el análisis y la evaluación médica y clínica; y
- Evaluará, analizará y revisará los protocolos para el uso y el acceso a los productos que no se encuentren en la lista de medicamentos.

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

Lista de medicamentos de NMHC

El Comité de Farmacia y Terapias mantiene la lista de medicamentos para pacientes ambulatorios, que pueden recetar los proveedores de servicios médicos de NMHC sin **aprobación previa**. La lista de medicamentos de NMHC es una lista cerrada lo cual quiere decir que el plan no cubre todos los medicamentos. Se exige que los proveedores de servicios médicos de NMHC usen los medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos siempre que sea medicamento apropiado.

Se pueden conseguir los medicamentos especializados de *Briova*. *Briova* es la farmacia especializada de *OptumRx* y solo ofrece por correo los medicamentos especializados. Para los medicamentos no especializados, los servicios de encargos por correo los ofrece *OptumRx Home Delivery* [servicios de entrega a domicilio]. *Briova Specialty Pharmacy* ofrece servicios de apoyo clínico a los asegurados que necesitan usar estos medicamentos y ofrece servicios de entrega a domicilio. Algunas farmacias de ventas al por menor pueden surtir los medicamentos especializados, con tal que sea apropiado. Por lo general, se exige que se consiga la **aprobación previa** de NMHC para los medicamentos especializados.

Los farmacéuticos nos surten las recetas de los asegurados de NMHC para los medicamentos que no se encuentren en la lista a menos que hayan recibido la aprobación de *OptumRx*. Según sea necesario, el Comité de Farmacia y Terapias establece los límites y las cuotas que rigen los medicamentos conforme a la mejor evidencia médica. Dichos límites y cuotas se comunican a los proveedores de servicios médicos mediante información actualizada que se expide con regularidad; por ejemplo, con boletines informativos u otras comunicaciones.

La lista de medicamentos de NMHC está a su disposición en nuestro sitio web en [www.mynmhc.org/Lista de medicamentos.aspx](http://www.mynmhc.org/Lista%20de%20medicamentos.aspx). Si necesita ayuda con la lista de medicamentos o para conseguir una aprobación,

llame a *OptumRx* al 1-855-577-6550. *OptumRx* procesa las excepciones a la lista de medicamentos conforme la necesidad médica.

Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Un suministro máximo de treinta (30) días de los medicamentos que necesitan una receta conforme a las leyes estatales y federales;
- Un suministro máximo de noventa (90) días de los medicamentos que necesitan una receta conforme a las leyes estatales y federales si se compran por el programa de encargos por correo o de una farmacia de venta al por menor;
- Con la cobertura de seguro no le cuestan nada a usted los 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 NMHC.

Los beneficios de medicamentos con receta para los asegurados de NMHC se enumeran en la tarjeta de identificación del asegurado. Para la conveniencia del asegurado, también ofrecemos un servicio de encargos por correo para los medicamentos con receta que se necesitan con regularidad para el mantenimiento de la salud.

Sincronización de recetas médicas

NMHC permite que se le surtan por primera vez o de nuevo un suministro de menos de treinta (30) días de los medicamentos con receta a los asegurados y se aplica un copago/coseguro prorrateado por el surtido inicial o repetido con tal que el profesional médico que le escriba la receta 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 el fin de sincronización de las recetas médicas del asegurado

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

Las exclusiones son, 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;
- 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 NMHC (salvo si es una emergencia);
- 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;
- 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;
- Medicamentos que se utilizan para fines cosméticos;

- Inhibidores del apetito/medicamentos para adelgazar, suplementos alimenticios, vitaminas con receta (que no sean prenatales);
- Medicamentos experimentales, de investigación o no comprobado.

Cambios a 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 de NMHC. 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 en los siguientes quince (15) días, a partir de la fecha de la reunión del Comité de Farmacia y Terapias.

Excepciones a la lista de medicamentos, las aprobaciones previas y las apelaciones

Los médicos que escriben las recetas deben enviar a *OptumRx* todas las solicitudes para la aprobación de excepciones a la lista de medicamentos. En todos los casos, la revisión y la aprobación/denegación de las excepciones 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 nos 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 de veinticuatro (24) horas, a partir de cuando se reciba la solicitud, y que obliga que el plan de seguro médico proporcione el medicamento por la duración de la situación urgente.

Los procedimientos y la directrices para la revisión prospectiva de las excepciones a la lista de medicamentos los desarrollan y actualizan el Comité de Farmacia y Terapias de NMHC y en colaboración con otros proveedores de servicios médicos especialistas que han aceptado colaborar con NMHC y *OptumRx* 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 la determinación sobre la cobertura de seguro tanto al profesional médico que haya escrito la receta 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 NMHC utilizan el medicamento a fin de determinar si se está utilizando apropiadamente y de manera segura y 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 los criterios siguientes:

- Un medicamento 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; y
- No hay una contraindicación significativa para el paciente ni ha preocupaciones de seguridad con respecto al uso del medicamento que se ha recetado.

Se le concederá la aprobación de por vida a 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 la Cobertura.

*Los compendios aprobados incluyen:

- Compendio de las Listas de Medicamentos del Servicio Hospitalario Americano [*American Hospital Formulary Service, AHFS, Compendium*];
- Thomson Reuters (Healthcare) [atención médica] *Micromedex/MedicamentoDex (not Drug Points)*[no de puntos de medicamentos] *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*].

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 *FDA* 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 escribe la receta por el medicamento de marca. Si el medicamento genérico no satisface sus necesidades, el proveedor de servicios médicos puede iniciar el proceso de solicitar una excepción farmacéutica. Usted tal vez pueda recibir el medicamento de marca, dependiendo de los criterios clínicos del medicamento y con tal que NMHC apruebe la excepción.

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 denomina una alternativa terapéutica. Cuando le surtan su medicamento con receta, 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.

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. NMHC ha establecido criterios para la terapia escalonada que ayuda a reducir la práctica de recetar el medicamento más caro cuando un medicamento más barato pudiera funcionar con la misma efectividad. *OptumRx*, nuestro administrador de beneficios 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.

Instrumentos en línea

Se recomienda que los asegurados y proveedores de servicios médicos de NMHC utilicen los instrumentos en línea que están a su disposición en www.optumrx.com/mycatamaranrx.

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 excepción;
- Encargar por correo un resurtido de una receta con tal que esté en vigencia y que no haya caducado;
- Buscar farmacias de la red;
- Determinar las interacciones o efectos secundarios que pudieran producir los medicamentos;

- Buscar los sustitutos genéricos.

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 lo puede prestar un médico de cabecera o un especialista.

Podología

El cuidado de los pies, incluso todos los servicios de rutina como el tratamiento de problemas de pies planos; los aparatos de soporte; las ortésis 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 a la diabetes u otras neuropatías periféricas significantes.

Servicios de atención médica preventiva

El plan cubre los reconocimientos médicos regulares y la atención médica preventiva indicada específicamente para diferentes edades y sexos. Unos ejemplos de servicios de atención médica preventiva son las vacunas para los adultos y los niños; los reconocimientos físicos generales anuales para los hombres, las mujeres y los niños; los materiales instructivos o las consultas con proveedores de servicios médicos para fomentar un estilo de vida saludable; las pruebas de los ojos para detectar el glaucoma (con regularidad) para todas las personas hasta los treinta y cinco (35) años de edad; las pruebas para detectar problemas auditivos (para los asegurados de 19 años de edad y menores); los análisis de laboratorio limitados que se enumeran como recomendaciones de A o B por la Fuerza Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [*U.S. Preventive Services Task Force*]; las pruebas para detectar cáncer colorrectal; las pruebas radiológicas (con regularidad); las pruebas para detectar problemas de la vista que hagan los médicos de cabecera para los asegurados hasta que cumplan 19 años de edad; y la atención preventiva para los bebés y los niños, incluso las vacunas.

Aunque se cubren las recomendaciones de A o B de la Fuerza Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos sin costarle nada a usted por los servicios médicos preventivos, quizás se le cobre la cantidad de costos compartidos para las consultas médicas por los otros servicios que se presten durante su consulta. NMHC no le puede obligar a compartir los costos por los servicios de anestesia para una colonoscopia con fines de prevención con tal que el proveedor de servicios médicos determine que la anestesia es médicamente apropiada para el asegurado.

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. Por ejemplo, para proporcionar mamografías o pruebas de Papanicolaou [*pap smear*] para un hombre transexual que tenga residuos de tejidos de senos o una cerviz intacta (y la persona por lo demás cumple los criterios de la recomendación o la directriz pertinentes además de todos los requisitos correspondientes para la cobertura de seguro), NMHC 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 NMHC.

Si desea recibir una lista completa de los servicios de atención médica preventiva, sírvase consultar el sitio web de la Fuerza Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [*U.S. Preventive Services Task Force*] en www.uspreventiveserviciostaskforce.org/.

Cirugía reconstructiva

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

Terapia de rehabilitación a corto plazo

La terapia de rehabilitación a corto plazo abarca la terapia física, del habla, ocupacional y pulmonar. Se cubren dichas terapias con tal que NMHC determine que se espera que produzcan un mejoramiento significativo en el estado físico del asegurado en los siguientes dos (2) meses, a partir de la fecha en que se inicie la terapia. Tal vez se necesiten estos 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 lleven a cabo las actividades de la vida cotidiana. Se exige que se consiga la **aprobación previa** para los servicios después de diez (10) consultas.

Enfermería especializada

Se exige que se consiga la **aprobación previa** para recibir servicios como paciente internado en un centro clínico de enfermería especializada y dichos servicios los tienen que prestar profesionales médicos cualificados y certificados. Se limitan los servicios cubiertos a sesenta (60) días/visitas al año según se indica en el Resumen de Beneficios y Cobertura y 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 usted desea dejar de fumar, llame a la línea telefónica del estado para dejar de fumar al 1-800-QUITNOW (1-800-784-8669). La línea telefónica para dejar de fumar:

- Está abierta de las 6:00 de la mañana a las 10:00 de la noche los siete días de la semana;
- Ofrece servicios en español y en inglés y están a su disposición servicios de traducción para otros idiomas;
- Ofrece servicios a los adolescentes y los adultos;
- Es gratis; y
- El personal está compuesto de especialistas en el campo de dejar de fumar que han sido capacitados para atender a las 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 seguir encaminados con su plan de dejar de fumar durante el tiempo de una llamada a otra; y

- Apoyo por teléfono sin límite, incluso llamadas de seguimiento opcionales de los especialistas de la línea telefónica de ayuda.

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

- Una evaluación con respecto al uso del tabaco; y,
- Para los que usan productos de tabaco, por lo menos dos intentos al año para dejar de usar tabaco. Para este 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
 - Todos los medicamentos para dejar de usar el tabaco aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos [*Food and Drug Administration, FDA*] (tanto con receta 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.

Sírvase hablar con su médico de cabecera 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 están presentes en los alimentos naturales;
- Se formulan para consumir o administrarlos internamente; y
- 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 para el asegurado. El plan no cubre los productos de nutrición oral aunque los recete o administre un médico.

Servicios para tratar el abuso de sustancias adictivas

Su plan cubre el tratamiento para el abuso de bebidas alcohólicas y de sustancias adictivas. Los servicios cubiertos pueden incluir la desintoxicación de drogas y 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 que se consiga la **autorización previa** de NMHC para los ingresos por abuso de bebidas alcohólicas y de sustancias adictivas.

Cuidado de la vista

El plan cubre los exámenes de la vista para diagnosticar y tratar las lesiones o enfermedades de los ojos. El plan paga por los lentes de contacto con tal que sean médicamente necesarios para el tratamiento de queratocono (para los adultos y los niños). Además el plan pagará por el primer par de lentes de contacto que sean médicamente necesarios después de la cirugía de cataratas.

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 de edad. Sírvase consultar el

Documento Adjunto A que se encuentra al final de este acuerdo para los detalles y la cobertura de los beneficios.

Programa para adelgazar

Los programas de asesoramiento, según se exige por las leyes federales; por ejemplo, el asesoramiento dietético de los médicos de cabecera para los pacientes adultos que padecen hiperlipidemia y otros factores de riesgo que se saben que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas cardiovasculares y debidas a la dieta.

Atención médica preventiva para los menores

El plan cubre la atención médica preventiva para los niños y los 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 los bebés, a lo mejor se aplicaran 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. Estos 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 cada dos años para las personas de cuarenta (40) a cincuenta (50) años de edad; una mamografía cada año para las mujeres de cincuenta (50) años de edad en adelante;
- Pruebas de detección citológica (pruebas de Papanicolaou) para las mujeres de dieciocho (18) años de edad en adelante a fin de determinar la presencia de problemas precancerosos o cancerosos y otros problemas médicos, o si lo justifican los problemas clínicos; las pruebas de Papanicolaou no de rutina para las mujeres menores de dieciocho (18) años de edad;
- 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 de edad en adelante. La vacuna contra el HPV está disponible para las niñas de nueve (9) a catorce (14) años de edad 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 control 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;
- 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 cualificada para las dependientes femeninas de trece (13) años de edad en adelante; y
- Terminación de embarazo.

SERVICIOS QUE NO CUBRE SU PLAN (EXCLUSIONES)

Los servicios que no se describan en la sección de *Lo que cubre el plan* tal vez no los cubra este plan. Si los servicios son médicamente necesarios y usted no está seguro de la cobertura del plan, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al 855-7MY-NMHC.

A continuación se enumeran los servicios y beneficios que se excluyen de la cobertura de seguro conforme a 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.

No se cubre ningún tratamiento, procedimiento, servicio, equipo, medicamento, uso de medicamento, aparato o suministro que el director médico de NMHC determine que no son médicamente necesarios salvo si se consiguiera la aprobación previa de NMHC.

El plan no cubre los aparatos auxiliares artificiales incluso, entre otros, los audífonos y aparatos auditivos o las computadoras que ayuden en la comunicación o con el habla, a menos que se exijan conforme a la 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 sección de “Lo que cubre el plan” de esta Evidencia de la Cobertura o en el Resumen de Beneficios y Cobertura.

Por lo general, el plan no cubre la atención médica asociada a las complicaciones provenientes de las cirugías 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 como condición de libertad a prueba, libertad preparatoria después de la cárcel o para las evaluaciones de custodia o visitación salvo si son médicamente necesarios y se cubren bajo la sección de servicios y beneficios de esta Evidencia de la Cobertura;
- Tratamiento de trastornos mentales orgánicos correspondientes a la disfunción permanente del cerebro; trastornos del desarrollo incluso, entre otros, trastornos del desarrollo de la lectura, retrasos del desarrollo y trastornos de articulación;
- Tratamiento, terapia, asesoramiento, programas o 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;
- Tratamiento, terapia, asesoramiento, programas y actividades correspondientes a la concientización;
- Pruebas de coeficiente intelectual [*I.Q.*];

SERVICIOS QUE NO CUBRE SU PLAN (EXCLUSIONES), CONTINÚA

- Centros residenciales de tratamiento, hogar juvenil, 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 Servicios, CCSS*];
- Servicios que se consideran experimentales y/o que, por lo general, la comunidad médica no acepta o que no se haya probado que son seguros y efectivos;
- Escuelas y programas terapéuticos incluso, entre otros, programas en la naturaleza y otros programas experimentales; y
- Pruebas psicológicas para los niños que solicite el sistema escolar o para el mismo, salvo si son médicamente necesarios.

El plan no cubre los cobros que sobrepasen las tarifas habituales ni los cobros aceptables.

El plan no cubre los tratamientos complementarios y alternativos; incluso, entre otros, la aromaterapia, la terapia de masajes y la hipnoterapia.

El plan no cubre los problemas médicos para los cuales las leyes estatales o locales obligan que se reciba tratamiento en un centro clínico público ni los servicios que se exigen por orden judicial. El plan no los cubre 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 medicamentos, los procedimientos ni la terapia cosmética para el fin de cambiar la apariencia. Unos ejemplos de estos 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; y
- Cualquier otro procedimiento quirúrgico o no quirúrgico que principalmente sean para el fin de modificar la apariencia y que no se llevan a cabo para el fin de corregir los trastornos funcionales provenientes de una lesión accidental o de enfermedades o defectos congénitos.

El plan no cubre la ayuda de limpieza o domiciliaria ni los cuidados de relevo.

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 y los servicios para tratar la maloclusión dental, a menos que se describan en la sección de “Lo que cubre el plan” de la Evidencia de la 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

SERVICIOS QUE NO CUBRE SU PLAN (EXCLUSIONES), CONTINÚA

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 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 más allá 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 “Lo que cubre el plan” de la Evidencia de la Cobertura (Productos de nutrición enteral).

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

Los servicios para tratar la infertilidad se excluyen de la cobertura 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 estos procedimientos;
- Servicios de maternidad de alquiler, incluso la atención médica de la mamá gestante y la atención médica del recién nacido de dicha mamá, salvo si el bebé se convierte en un dependiente elegible del inscrito conforme a las estipulaciones de la sección de “Cómo inscribirse en el plan” de esta Evidencia de la Cobertura, o hasta que se pueda inscribir;
- Inversión de la esterilización;
- 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, la recuperación de los óvulos o la esperma de los donantes; y

El plan no cubre los medicamentos para tratar la infertilidad, ya sean inyectables o en forma de supositorios.

El cuidado de los pies, incluso los servicios de rutina como el tratamiento de problemas de pies planos; los aparatos de soporte; las ortésis 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 a la diabetes u otras neuropatías periféricas significantes.

El plan no cubre los audífonos, los moldes del oído o los ajustes para los audífonos o los moldes del oído para los adultos.

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 presta una comadrona que no sea profesional.

SERVICIOS QUE NO CUBRE SU PLAN (EXCLUSIONES), CONTINÚA

Los servicios de atención médica en casa no cubren los servicios de enfermería particulares ni los servicios de limpieza o aseo personal con fines de realizar 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 bañarse, alimentarse, prepararse comidas o realizar labores domésticas.

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

El plan no cubre la comida de los bebés, la fórmula ni 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 atención médica ni hospitalaria ni los costos correspondientes 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 y tratamientos médicos o quirúrgicos ni otra atención médica que sea experimental, que no se haya probado, que sea inefectiva o que sea de investigación según lo determine el director médico y conforme a la literatura científica y las revistas médicas arbitradas publicadas y según ejerce la comunidad médica nacional. Consulte la sección de “Ensayos clínicos para tratar el cáncer” de esta Evidencia de la Cobertura para las excepciones a esta exclusión.

Esta exclusión es para:

- Cualquier procedimiento o tratamiento que no se considera que cumpla con el ejercicio médico aceptado;
- Cualquier procedimiento o tratamiento para los cuales no se haya llevado a cabo o no ese haya finalizado la evaluación científica de la técnica ni de su aplicación para un problema médico específico o no se ha establecido su efectividad;
- Cualquier 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; y
- 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 hacer actividades ni el uso de las piscinas de los gimnasios para fines de terapia.

El plan no cubre las modificaciones ni las instalaciones a los edificios y a las estructuras correspondientes ni a 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.

SERVICIOS QUE NO CUBRE SU PLAN (EXCLUSIONES), CONTINÚA

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

El plan no cubre los gastos que no sean médicos y que no sea hayan aprobado por los servicios personales o los artículos de comodidad. 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 sueldo que se haya perdido.

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 por los servicios que haya aprobado de antemano el plan con tal que se presten en un centro de enfermería especializada.

El plan no cubre los implantes del pene.

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 determine que son médicamente necesarios.

El plan no cubre los repuestos de los equipos médicos duraderos si se pierden, se los roban, se usan incorrectamente, se maltratan o se destruyen, caduca la garantía, 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 ni 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 más allá de fines de prevención. Unos ejemplos de dichos servicios son los reconocimientos físicos que a lo mejor 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 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, 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.

SERVICIOS QUE NO CUBRE SU PLAN (EXCLUSIONES), CONTINÚA

El plan no cubre los servicios ni los suministros que presten los proveedores que no formen parte de la red y para los cuales no se haya conseguido la aprobación previa y que 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; y
- 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.

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 la Cobertura.

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

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

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 por el cual le pagan o rinde ganancias, independientemente de si dicho tratamiento lo cubre la indemnización laboral u otra cobertura de seguro parecida o si lo cubre el plan, independientemente de si dicho tratamiento se considera indemnizable conforme al mismo.

Si usted no está seguro si se excluye o no se excluye un tratamiento o servicio, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente antes de que le presten el servicio o el tratamiento. El plan no cubre los beneficios y servicios que no se describen en esta Evidencia de la Cobertura y/o en el Resumen de Beneficios y Cobertura.

REQUISITOS DE COSTOS COMPARTIDOS PARA LOS ASEGURADOS

Los costos compartidos incluyen los deducibles, el coseguro, los copagos 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.

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, NMHC pagará el resto de los cobros. En su Resumen de Beneficios y Cobertura se indican las cantidades de los copagos de su plan, si lo hay.

Coseguro

El coseguro es un porcentaje de los cobros: NMHC paga una porción y el asegurado paga la otra. Las cantidades de coseguro siguen siendo la responsabilidad 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.

Se tiene que pagar el coseguro después de que se presten los servicios y se haya procesado el reclamo de pago. Se calcula el coseguro basándose en la cantidad total del reclamo que se paga. Es su responsabilidad pagarle al proveedor de servicios médicos la cantidad de coseguro y guardar los comprobantes como constancia de su pago.

Deducibles anuales

Su deducible anual es la cantidad que usted tiene que pagar por ciertos servicios antes de que NMHC pague sus beneficios. Su deducible anual se cuenta por cada año calendario, eso quiere decir que el período del deducible anual comienza a partir del 1° de enero, la fecha en que entra en vigor su plan y empieza de nuevo en la fecha de la renovación de su plan, el 31° de diciembre. No todos los servicios están sujetos a su deducible. Sírvase consultar su resumen de beneficios y cobertura para informarse sobre la cantidad de su deducible. Los servicios que tienen un copago no se cuentan con respecto a su deducible.

Cantidad del deducible individual

Si tiene la cobertura de seguro individual, tiene que pagar su deducible individual para algunos servicios. Una vez que se haya pagado el deducible, el plan pagará los beneficios por sus servicios cubiertos.

Deducible de la familia

Si usted tiene la cobertura de seguro de familia (o la cobertura de seguro para dos (2) personas o más), su plan tiene un deducible de familia que se tiene que pagar antes de que paguemos por algunos servicios cubiertos. El deducible de familia es el doble (2) del deducible individual del plan. La cantidad del deducible individual de cada persona cubierta corresponde al deducible de familia hasta que se haya pagado en su totalidad el deducible de familia. Por ejemplo, si el deducible de cada persona es \$500, entonces se puede aplicar hasta \$500 por asegurado al deducible de familia.

Gasto máximo anual del bolsillo

Su plan tiene un gasto máximo anual del bolsillo para protegerle del costo alto de una enfermedad catastrófica. Tener un gasto máximo del bolsillo quiere decir que usted no pagará más que la cantidad que se especifique cada año para los cobros del deducible, de los copagos y del coseguro. El gasto máximo anual de su bolsillo se cuenta por cada año calendario, eso quiere decir que el gasto máximo anual del bolsillo comienza a partir del 1° de enero (la fecha en que entra en vigor su plan) y empieza de nuevo en la fecha de la renovación de su plan, el 31° de diciembre. Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura para informarse sobre el gasto máximo anual del bolsillo de su plan.

Algunos gastos, como los cobros que sobrepasan las tarifas habituales y razonables, no se cuentan con respecto a su gasto máximo anual del bolsillo.

Una vez que se haya pagado el gasto máximo anual del bolsillo de la red, pagaremos el cien por ciento (100%) de los cobros permisibles por los servicios cubiertos que le presten los proveedores de servicios médicos de la red. Se sigue aplicando la cobertura máxima de los beneficios del plan.

Cobertura máxima individual

Si usted tiene la cobertura de seguro individual o de pareja, cada asegurado que esté inscrito bajo su póliza tiene su propio gasto máximo del bolsillo. Una vez que se haya pagado el gasto máximo del bolsillo para una persona, pagaremos el cien por ciento (100%) de los cobros hasta la cantidad permisible o las tarifas habituales y razonables por los servicios cubiertos para esa persona. Según se indica más arriba, algunos cobros no se cuentan con respecto a los gastos máximos del bolsillo.

Cobertura máxima para la familia

Si usted tiene la cobertura de seguro de familia (cobertura de seguro para dos (2) personas o más), su plan tiene un gasto máximo del bolsillo para la familia. Se tiene que pagar en su totalidad el gasto máximo del bolsillo para la familia antes de que se pague el cien por ciento (100%) de los beneficios. Si un familiar pagara el gasto máximo del bolsillo individual antes de que la familia haya pagado el gasto máximo del bolsillo para la familia, se pagarán el cien por ciento (100%) de los beneficios del familiar que haya pagado el gasto máximo del bolsillo individual. No se cuentan con respecto al gasto anual máximo del bolsillo los cobros que no cubra el plan incluso los cobros que se contraigan después que se haya pagado la cobertura máxima de los beneficios. Si desea averiguar que es la cantidad específica del gasto máximo del bolsillo, sírvase consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura. Si quiere saber la cantidad que se ha pagado de su gasto máximo del bolsillo, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente.

Cobertura máxima de los beneficios

Hay una cobertura máxima de los beneficios para algunos servicios, lo cual es la cantidad máxima de los beneficios que pagará el plan por ese tipo de servicio durante el año calendario o la vida del asegurado. Sírvase consultar su Resumen de Beneficios y Cobertura para averiguar cuáles servicios tienen una cobertura máxima de los beneficios. Una vez que se haya llegado a la cobertura máxima de los beneficios para un asegurado, el plan ya no pagará más beneficios por ese servicio.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES (QUEJAS) Y APELACIONES

Resumen de los Procedimientos de Reclamaciones de Seguro Médico

Este es un resumen del proceso que usted tiene que seguir para solicitar una revisión de una decisión que haya tomado su asegurador. Su asegurador le aportará información detallada y formularios de quejas en cada paso. Además, usted puede consultar en su totalidad los reglamentos de New México que rigen el proceso en la pestaña “Legal” en el sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros [OSI], que se encuentra en la dirección: www.osi.state.nm.us. Además usted puede pedirle una copia a su asegurador al: 2440 Louisiana Blvd NE, Suite 601, Albuquerque, NM 87110; o puede llamar a la Oficina del Superintendente de Seguros al 1-505 827-4601 o a la línea telefónica gratis 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 su asegurador ha denegado una autorización previa (certificación) para un procedimiento propuesto; o ha denegado un pago, ya sea parcial o en su totalidad, por un procedimiento que usted ya recibió; o está denegando o reduciendo un pago adicional por un procedimiento en curso que usted ya está recibiendo y que se había cubierto anteriormente. (El asegurador tiene que avisarle *antes* de terminar o reducir la cobertura de seguro de un curso de tratamiento activo y tiene que seguir cubriendo el tratamiento durante el proceso de apelación.) Además este tipo de denegación pudiera incluir negarse a cubrir un servicio para 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 apropiado. Además pudiera incluir si el asegurador rechaza la elegibilidad del participante o el beneficiario para participar en un plan. Estos tipos de denegaciones colectivamente se denominan “**determinaciones adversas.**”

Decisión administrativa: Además usted puede solicitar una revisión si se opone a cómo el asegurador maneja otros asuntos; por ejemplo, sus prácticas administrativas que afectan la disponibilidad, prestación o calidad de servicios médicos; los pagos, el manejo o el reembolso de reclamos por servicios médicos; o si han terminado su cobertura de seguro.

Revisión de una determinación adversa

¿Cómo funciona la autorización previa para servicios médicos?

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

Cobertura de seguro: Primero, el asegurador determina si el servicio que se solicita se cubre conforme a los términos de su plan de beneficios médicos (la póliza). Por ejemplo, si la póliza excluye pagos por los audífonos para los adultos, entonces su asegurador no aceptará pagarlos para que usted los tenga aun si usted claramente los necesita.

Necesidad médica: Luego, si el asegurador hallara que el servicio que se solicita lo cubre la póliza, el asegurador determina, con el asesoramiento de un médico, si el servicio que se solicita es médicamente necesario. El médico asesor determinara la necesidad médica, ya sea después de consultar a especialistas quienes son expertos en el área de especialización o después de aplicar las normas uniformes que utiliza el asegurador. Por ejemplo, si usted sufre una lesión incapacitante en la mano que se pudiera corregir con cirugía plástica y usted también está solicitando que su asegurador pague la cirugía plástica para que su nariz sea más atractiva, el asegurador 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, su asegurador 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 por procedimientos experimentales y el servicio que está solicitando se clasifica como experimental, el asegurador puede denegar la certificación. Además su asegurador 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 su asegurador determinara que no certificará su solicitud de servicios, usted aún puede proseguir con el tratamiento o procedimiento. **Sin embargo**, usted mismo tendrá la responsabilidad de pagarle al proveedor de servicios médicos por los servicios que le preste.

¿Cuánto tiempo llevará la certificación inicial?

Decisiones que se hacen en un periodo normal: El asegurador tiene tomar una decisión inicial en los siguientes cinco (5) días hábiles. Sin embargo, el asegurador puede extender el período de revisión por un máximo de diez (10) días calendario si: **(1)** puede mostrar con buena razón motivos justificantes por la demora que están fuera de su control; **(2)** puede mostrar que la demora no resultará en un aumento de riesgo médico para usted; y **(3)** le proporciona una explicación y un informe de progreso 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 del asegurador rápidamente porque: **(1)** una demora pudiera poner en peligro su vida o su salud; **(2)** una demora pudiera poner en peligro su habilidad de recuperar el funcionamiento máximo; **(3)** su proveedor de servicios médicos **con buena razón** solicita una decisión acelerada; **(4)** 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; o **(5)** la urgencia médica de su caso exige que se tome una decisión acelerada.

Si usted tiene una situación de atención médica urgente o si su asegurador 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 el asegurador tiene que certificar o denegar la solicitud inicial rápidamente. El asegurador 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 insatisfecho con la decisión inicial acelerada del asegurador en una situación de atención médica urgente, usted puede solicitar una **revisión acelerada** de la decisión del asegurador tanto por el asegurador como por una entidad externa que se denomina una organización de revisión independiente [*Independent Review Organization, IRO*]. Si se solicita una **revisión acelerada**, el asegurador 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 el asegurador realiza la 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 insatisfecho después de que la organización de revisión independiente termine su revisión, usted puede solicitar al Superintendente a fin de que 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 usted tiene una emergencia, debe buscar atención médica enseguida y luego avisar a su asegurador cuanto antes. El asegurador le orientará por el proceso de reclamos de pago una vez que se haya pasado la emergencia.

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

Si la solicitud inicial se ha aprobado, el asegurador tiene que avisar tanto a usted como a su proveedor de servicios médicos en los siguientes dos (2) días hábiles, a partir de la fecha de la decisión, salvo si es un asunto urgente que exige un aviso más rápido. Si el asegurador deniega la certificación, el asegurador tiene que avisarle a usted y al proveedor de servicios médicos en las siguientes veinticuatro (24) horas, a partir cuando se expida la decisión.

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

Si se denegara su solicitud inicial de servicios o si está insatisfecho con la manera en que el asegurador maneja un asunto administrativo, recibirá una descripción detallada del procedimiento de reclamación de su asegurador junto con formularios e instrucciones detalladas para solicitar una revisión. **Usted tiene que presentar la solicitud de revisión por escrito, pero está a su disposición ayuda para hacerlo.** El asegurador 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 necesita para presentar su solicitud. Si desea que le ayuden, comuníquese con la oficina de ayuda al consumidor de las maneras siguientes:

Teléfono: (855)-769-6642

Dirección: P.O. Box 36719, Albuquerque, NM 87176

FAX #: 1-866-231-1344

Correo electrónico: info@mynmhc.org

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 escrita de revisión al:

Teléfono: 1-(505) 827-4601 o la línea telefónica gratis al 1-(855) 427-5674

Dirección:

Office of Superintendente de Seguros - MHCB

P.O. Box 1689, 1120 Paseo de Peralta

Santa Fe, NM 87504-1689

FAX #: (505) 827-4734, Attn: MHCB

Correo electrónico: mhcb.grievance@state.nm.us

¿Quiénes pueden solicitar una revisión?

Una revisión la puede solicitar usted mismo como paciente, su proveedor de servicios médicos o una persona que usted seleccione para actuar en su nombre. 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 llama el “**reclamante.**”

Apelación de determinación adversa: revisión de primer nivel

Si usted está insatisfecho con la decisión inicial de su asegurador, tiene derecho a solicitar que el director médico reconsidere la decisión del asegurador. 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 del asegurador o las normas que se aceptan generalmente.

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

Usted tiene que avisar al asegurador si desea solicitar una revisión interna en los siguientes **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 usted solicita que el asegurador reconsidere su decisión, el asegurador le dará una lista de los documentos que usted tiene que proporcionar y le aportará 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, su asegurador tiene que llevar a cabo una revisión interna acelerada conforme a las exigencias médicas del caso, pero en ningún caso menos de setenta y dos (72) horas, a partir de cuando se reciba la solicitud de revisión interna.

Revisión que se hace en un periodo de tiempo normal. Su asegurador tiene que llevar a cabo tanto la revisión del director médico como (si usted luego lo solicita) la revisión del panel interno del asegurador en los siguientes treinta (30) días, a partir de la fecha en que se reciba su solicitud de revisión. Por lo general, la revisión del director médico solo lleva unos cuantos días.

El director médico denegó mi solicitud, ¿qué hago ahora?

Si usted sigue insatisfecho después de la revisión del director médico, puede solicitar una revisión por un panel la cual selecciona el asegurador 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 del asegurador reconsidere su solicitud, tiene derecho a presentarse ante el panel, ya sea en persona o por teléfono, o puede seleccionar 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, tendrá la oportunidad de 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 usted está cubierto por la Ley de Adquisición de Atención Médica de Nuevo México [New Mexico Healthcare Purchasing Act], NO puede omitir la revisión del panel.

¿De cuánto tiempo dispongo para hacer mi decisión?

Si usted desea que el panel del asegurador reconsidere su solicitud, tiene que avisar al asegurador 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 del asegurador y que su asunto se dirija directamente a la organización de revisión independiente, tiene que avisar su decisión a la Oficina del Superintendente de Seguros en los siguientes **120 días**, a partir de la fecha en que reciba la decisión del director médico.

¿Qué pasa durante la revisión del panel?

Si usted solicita al asegurador a fin de que le proporcione un panel para reconsiderar su decisión, el asegurador programará una audiencia con un grupo de profesionales médicos y de otro tipo para reconsiderar la solicitud. Si se denegó su solicitud porque el asegurador decidió que los servicios médicos que se solicitan no son médicamente necesarios o 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.

El asegurador 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 el asegurador aportará al panel y puede presentar otra información más que usted quiere que 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 puede asistir su proveedor de servicios médicos y dirigirse al panel o enviar una declaración por escrito.

El panel interno del asegurador 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. Se le avisará en los siguientes dos (2) días, a partir de la fecha de la decisión del panel. Si usted no aportara los expedientes u otra información que el asegurador 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 decido que panel del asegurador reconsidere mi solicitud, ¿todavía puedo solicitar la revisión de la organización de revisión independiente?

Sí. Si el panel del asegurador reconsidera su solicitud y usted aún está insatisfecho con la decisión, dispone de **120 días** para decidir si quiere que la organización de revisión independiente revise su solicitud.

¿Qué es una organización de revisión independiente y qué hace?

Una organización de revisión independiente es una organización certificada la cual nombra 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 tiene credenciales específicos que le califica 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 para considerar su solicitud, o pudiera nombrar un panel de investigadores. 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 el asegurador ni con usted. El investigador considerará toda la información que aporte tanto el asegurador 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 informará la decisión final a usted, a su proveedor de servicios médicos, a su asegurador y a la Oficina del Superintendente de Seguros. Su asegurador tiene que cumplir la decisión de la organización de revisión independiente. Si la organización de revisión independiente determinará que se deben prestar los servicios que se solicitan, entonces el asegurador los tiene que prestar.

Las tarifas de la organización de revisión independiente se cobran directamente al asegurador: 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 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 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 insatisfecho 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 funcionarios independientes de audiencias para encargarse de la cuestión y proporcionar una recomendación.

Los encargados de audiencias proporcionarán una recomendación al Superintendente en los siguientes veinte (20) días, a partir de la fecha en que haya 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 encargados de audiencias se cobran directamente al asegurador. Sin embargo, si usted hace los arreglos necesarios para que le represente un abogado o si sus testigos le cobran una tarifa, usted tendrá la responsabilidad de pagar dichas tarifas.

Revisión de una decisión administrativa

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

Si usted está insatisfecho con una decisión administrativa inicial que haya tomado su asegurador, tiene derecho a solicitar una revisión interna en los siguientes **180 días**, a partir de la fecha en que se le haya avisado la decisión. El asegurador 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?

El asegurador le enviará por correo la decisión en los siguientes quince (15) días, a partir de la fecha en que haya recibido su solicitud de revisión de la decisión administrativa. Si el asegurador no pudiera conseguir la información que necesita para llevar a cabo la revisión, el asegurador pudiera extender el período tiempo de la revisión a un total de veinticinco (25) días.

¿Puedo apelar la decisión de un investigador interno?

Sí. Usted dispone de **veinte (20) días** para solicitar que el asegurador forme un comité para reconsiderar la decisión administrativa.

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

Una vez que el asegurador 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 la

compañía que no estuvieron involucrados en la decisión inicial ni 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 el asegurador haya recibido su solicitud. Se le avisará por lo menos tres (3) 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 el asegurador, 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 solicito una revisión externa?

Si usted está insatisfecho 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 haya recibido la decisión escrita del asegurador. Usted puede entregar la solicitud a la Oficina del Superintendente de Seguros utilizando los formularios que le proporciona su asegurador. Además los formularios están a su disposición en el sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros en: www.osi.state.nm.us. Usted también puede llamar a la Oficina del Superintendente de Seguros para pedir los formularios al (505) 827-4601 o a la línea telefónica gratis al 1-(855)-427-5674.

Una vez que reciba su solicitud, el Superintendente pedirá que tanto usted como el asegurador aporten información para su consideración. El asegurador 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 pueda 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 del asegurador, 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.

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 el asegurador 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

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.

TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN AL PLAN

Por lo general, el *SHOP* determina el tiempo indicado, la forma y la manera en que se puede terminar la cobertura de los planes de seguro médico calificados [*Qualified Health Plan, QHP*].

Terminación de la cobertura de seguro médico grupal del empleador a petición del empleador

Sírvase comunicarse con el *SHOP* para conseguir información sobre las normas y procesos de aviso previo a la terminación que se exige del empleador y las fechas de vigencia de la terminación.

Terminación de la cobertura de seguro médico grupal del empleador por no pagar las primas

Sírvase comunicarse con el *SHOP* con respecto a sus normas y procesos para la terminación por no pagar las primas incluso, entre otros, las normas con respecto a las fechas límites para pagar las primas de seguro al *SHOP*, los períodos de gracia, los avisos al empleador y al empleado y las estipulaciones de restauración.

Terminación cobertura de seguro del empleado o del dependiente

El *SHOP* tiene que establecer directrices consistentes para sus normas y procesos con respecto a las fechas de vigencia de la terminación de la cobertura de seguro del empleado o dependiente bajo las circunstancias siguientes:

- El inscrito o el dependiente elegible ya no es elegible para la cobertura conforme al plan grupal de seguro médico del empleador;
- El inscrito solicita que el *SHOP* termine la cobertura de seguro del inscrito o del dependiente elegible del inscrito conforme al plan seguro médico;
- NMHC termina o se retira su certificado para expedir planes de seguro médico calificados conforme a las circunstancias que se describen en los reglamentos federales pertinentes.
- El inscrito cambia de un plan de seguro médico calificado a otro durante el período anual de inscripción abierta del empleador o durante un período de inscripción especial;
- Se rescinde la cobertura de seguro conforme a los reglamentos federales pertinentes, por lo general debido a una acción, práctica u omisión que constituye un fraude, o si un individuo intencionalmente distorsiona un hecho material, según se prohíbe conforme a los términos del plan o de la cobertura de seguro.

Terminación involuntaria por motivo justificado

La terminación involuntaria puede ser por “motivo justificado,” eso quiere decir que hay motivos suficientes, razonables o válidos para que NMHC tome medidas a fin de terminar la cobertura de seguro del asegurado. Cuando se termina la cobertura de seguro por “motivo justificado,” NMHC envía un aviso escrito por menos de treinta (30) días antes de que termine la cobertura de seguro.

- Si un asegurado obtiene o intenta obtener servicios y suministros mediante actos, omisiones o información falsa, fraudulenta o distorsionada.
- Si un asegurado permite que una persona que no sea asegurado utilice su tarjeta de identificación o si obtiene servicios y suministros falsamente;
- Si el comportamiento de un asegurado, en la opinión de NMHC, es perturbador, revoltoso, abusador o no cooperativa hasta tal punto que impide severamente la habilidad de NMHC y/o sus proveedores de servicios médicos para prestarle servicios al asegurado o a otros asegurados
- Si un asegurado amenaza la vida o el bienestar de cualquier empleado, proveedor de servicios médicos u otro asegurado del plan,

Terminación involuntaria si NMHC descontinuara un plan

Si NMHC decidiera descontinuar un plan específico, le avisaremos por escrito al asegurado con noventa (90) días de antelación, antes de terminar la cobertura de seguro.

Terminación involuntaria si se retirará NMHC del mercado de grupos pequeños

Si NMHC decidiera no hacer negocios en el mercado de grupos pequeños de la zona de servicio, le avisaremos por escrito al asegurado con ciento ochenta (180) días de antelación, antes de terminar la cobertura de seguro.

En ningún caso terminaremos la cobertura de seguro por el estado médico, la necesidad de servicios médicos, la raza, el sexo, la edad, la orientación sexual o la utilización de servicios y suministros. Si usted cree que se ha terminado la cobertura de seguro injustamente, puede presentar una apelación al plan o una apelación de la decisión al Superintendente de Seguros. A continuación se indica la dirección y el número de la línea telefónica gratis del Superintendente de Seguros.

Office of the Superintendent of Insurance

Attn: Superintendent

P.O. Box 1689

Santa Fe, NM 87504-1689

1-855-427-5674

No cancelaremos la cobertura de seguro del asegurado por no haber pagado las tarifas mientras estuvo hospitalizado y recibiendo tratamiento para un problema médico que ponga en peligro la vida del asegurado.

NMHC no pagará los servicios cubiertos que se presten a un asegurado después de la fecha de terminación.

Fechas de vigencia de la terminación: No deje de estar en comunicación con el *SHOP* para conseguir información específica sobre las fechas de vigencia de la terminación.

Continuación de la cobertura de seguro

El término de la continuación de la cobertura de seguro se refiere a la extensión de la cobertura que se ofrece conforme al beneficio de un plan grupal en que está inscrito actualmente un empleado elegible o un dependiente elegible. Por ejemplo, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria [*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA*] ofrece el derecho a la continuación temporal de la cobertura de seguro médico con tarifas grupales a los ex empleados, jubilados, cónyuges, ex cónyuges e hijos dependientes. La continuación de la cobertura conforme a *COBRA* es la continuación de un plan de cobertura de seguro si acontece un suceso que causa que una persona pierda la cobertura de su seguro médico. La continuación de la cobertura de seguro conforme a *COBRA* se ofrece a toda persona que sea beneficiario calificado después de acontecer un suceso que le hace perder su elegibilidad. Para los empleadores que no estén cubiertos por *COBRA*, la ley de Nuevo México requiere la continuación de la cobertura de seguro por seis (6) meses para los empleados y los dependientes elegibles quienes califiquen si se termina su empleo o su calidad de asegurado.

Conversión a la cobertura de seguro no grupal (individual)

Si usted no eligiera la continuación de la cobertura de seguro *COBRA* o estatal o si no eligiera debidamente la continuación de la cobertura de seguro *COBRA* o estatal; si no es elegible para elegir la continuación de la cobertura de seguro *COBRA*; o si tenía la continuación de la cobertura de seguro *COBRA* o estatal pero ha caducado el período máximo de dicha cobertura, usted puede solicitar la conversión a la cobertura de seguro no grupal (individual).

Sírvase comunicarse con el *SHOP* o con su empleador si desea conseguir información más detallada sobre la continuación y la conversión de la cobertura de seguro.

OTRAS ESTIPULACIONES QUE RIGEN LA PÓLIZA DE SEGURO

Límites de edad

Si la póliza de seguro indica un límite de edad o una fecha a partir de la cual ya no estará en vigor la cobertura del plan y si dicha fecha cayera en un período para el cual NMHC acepta la prima de seguro o si NMHC aceptara la prima después de dicha fecha, la póliza permanece en vigor pero está sujeta a cualquier derecho de cancelación hasta que termine el período para el cual se aceptó la prima de seguro. En caso de que la edad del asegurado se declaró erróneamente y si, conforme a la edad correcta del asegurado, la cobertura que provee la póliza de seguro no hubiera entrado en vigor o no hubiera terminado antes de que se aceptara dicha prima de seguro o primas de seguros, entonces la responsabilidad de la póliza de seguro se limitará a la devolución, bajo solicitud, de todas las primas de seguros que se hayan pagado por el período que no cubra la póliza.

Transferencia de los beneficios

NMHC específicamente reserva el derecho de pagarle directamente al inscrito y rechazar la transferencia de los 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 beneficios y servicios cubiertos directamente de NMHC, NMHC no está obligado a honrar el acuerdo y se lo puede pagar al asegurado. Ninguna persona puede ejecutar un poder notarial que interfiera con el derecho de NMHC a pagarle al inscrito o al asegurado del plan en vez de a otra entidad.

Circunstancias fuera del control de NMHC

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 siendo responsables de pagar por los servicios cubiertos. NMHC no será responsable por 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 reclamo de pago y constancia de las pérdidas

Se tienen que aportar a NMHC un comprobante escrito, un formulario de reclamo de pago y constancia de las pérdidas conforme a los procedimientos de reclamos que se especifican en esta Evidencia de la Cobertura. Es tan aceptable aportar la constancia de las pérdidas en forma electrónica como por escrito. Se tiene que entregar todo lo antedicho a NMHC en el año siguiente (365 días), a partir de la fecha del suceso, o de cuando empezó la pérdida de la cual proviene el reclamo. Si no se proporcionara un aviso durante ese tiempo, no se anulará, denegará ni reducirá el reclamo con tal que se muestre que el aviso por escrito se presentó en cuanto fue posible, en la medida de lo razonable. Cuando se pida un formulario de reclamo o cuando se presente el aviso del reclamo a NMHC, le aportaremos al reclamante o al titular de la póliza de seguro los formularios de reclamo que necesitamos para iniciar el proceso. Si el reclamante no recibiera dichos formularios de reclamo en quince (15) días, a partir de la fecha en que NMHC reciba el aviso del reclamo o la solicitud del formulario de reclamo, se considerará que el reclamante ha cumplido el requisito del plan de constancia de las pérdidas. Los reclamos de pago extranjeros se tienen que traducir la moneda de los Estados Unidos antes de entregarlos a NMHC para que lo pague.

Descargo de responsabilidad

NMHC 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. NMHC no tiene la responsabilidad por las pérdidas o las lesiones que causen los proveedores de servicios médicos por negligencia o de alguna otra manera.

Evaluación de las tecnologías nuevas para incluirlas como beneficio 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 es no corresponda a las indicaciones de la etiqueta. NMHC tiene un proceso para evaluar los servicios médicos y la tecnología nueva que se pudiera considerar experimental o de investigación. Si NMHC 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 usted tenga la responsabilidad de pagar los cobros.

El director médico de NMHC verificará si hay apoyo o no lo hay para un servicio médico específico y hará una determinación con respecto a la cobertura de seguro. Por lo general, este apoyo se aporta en la forma de ensayos clínicos potenciales, al azar 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 NMHC 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 la medicina natural, optometrista, psicólogo, podólogo, médico asociado, comadrona certificada que sea enfermera, comadrona certificada que no sea experta médica, enfermero(a) certificado(a) de ejercicio amplificado o trabajador social independiente según se definen en el *Glosario* de esta Evidencia de la 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 que esté asegurada bajo una póliza de seguro médico que provee la cobertura de seguro para el pago de los 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 respaldada por el certificado del proveedor de servicios médicos o del trabajador social independiente.

Fraudes y abusos

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 haga 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 al reembolso por servicios que no sean médicamente necesarios o que no cumplan las normas profesionales aceptadas de atención médica.

Para denunciar los abusos, las actividades sospechosas o los 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 telefónica directa contra los fraudes y abusos [*Fraud & Abuse Telephone Hotline*] al 1-855-882-3903 o al (505) 492-2056, 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:

New Mexico Health Connections
Attn: Fraud y Abuse Department
P.O. Box 36719
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. Se pueden presentar los informes anónimamente. Se tratan todos los informes de manera confidencial y se investigarán. 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 ninguna acción legal o de equidad a fin de recuperar conforme a esta póliza de seguro antes de que hayan pasado 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 ninguna 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

NMHC 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 comportamientos negativos y que mantengan los comportamientos positivos en cuanto a la salud. 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 los reclamos

Los reclamos 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, los reclamos se pagarán a la herencia del asegurado. Todo otro reclamo que no se haya pagado cuando fallezca el asegurado, se pagará al beneficiario, según lo decidamos. Todo otro reclamo se pagará al asegurado o al proveedor de servicios médicos, según lo decida NMHC.

Reconocimientos físicos

NMHC tiene derecho a hacer los arreglos necesarios, que corren por su cuenta, para un reconocimiento físico de cualquier persona para quien esté pendiente un reclamo 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

Una sobrepago por un “beneficio en exceso” es un servicio o beneficio que no se exige conforme a esta póliza de seguro, pero que haya pagado NMHC. 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: cualquier persona para o con respecto a quien se le prestaron dichos servicios o se hicieron dichos pagos, cualquier compañía de seguros, cualquier plan de seguros médico u otra organización.

El derecho a recuperar pertenece solo a NMHC. Lo utiliza NMHC solo según su criterio. 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 estos beneficios, le pedimos que colabore con nosotros para asegurar los derechos a la recuperación.

Restablecimiento

NMHC puede reestablecer esta póliza de seguro después de que se haya terminado. Esto se puede hacer sin tener que ejecutar una solicitud nueva, expedir una tarjeta de identificación 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:

- La persona no ha pagado las primas de seguro ni las contribuciones conforme a los términos de la póliza de seguro, o NMHC no ha recibido a tiempo los pagos de las primas de seguro; o
- La persona ha 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
- La persona ya no vive ni trabaja en la zona de servicio del plan; o
- La persona ya no es asegurado del grupo o la asociación a que se ofreció la cobertura de seguro.

Los derechos de los padres que no tienen la custodia de los niños

Cuando un menor tiene la cobertura de seguro del papá o de la mamá que no tienen la custodia principal de los menores, NMHC le aportará la información al papá o la mamá que tienen 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 presenten los reclamos de pago por los servicios cubiertos sin la aprobación del papá o de la mamá que no tienen la custodia; y hará los pagos de los reclamos 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*.

Los derechos de los padres que no tienen la custodia de los menores

NMHC reconoce los derechos de los padres que no tienen la custodia de los menores quienes están cubiertos por la póliza de seguro del papá o de la mamá que tienen 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 NMHC para conseguir o aportar la información necesaria incluso, entre otra, la información de los proveedores de servicios médicos, la información de los reclamos, los pagos de los reclamos y la información sobre los beneficios o servicios del menor.

Reembolsos al asegurado de los reclamos de pago

Para que le reembolsemos lo que haya pagado, tendrá que presentar un formulario de reembolso para los asegurados junto con una declaración detallada con el diagnóstico, el tratamiento que recibió y una explicación de los servicios, los cobros por el tratamiento y los datos de identificación del asegurado según se encuentran en su tarjeta de identificación 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; y
- La fecha, el tipo de servicio, el diagnóstico y la tarifa por cada servicio por separado.

Los cheques anulados, los estados de los saldos debidos, los comprobantes de las cajas registradoras o las facturas que usted mismo prepare no son aceptables. 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 reclamo de pago a fin de que se provean todos los beneficios que están a su disposición conforme a esta póliza.

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 para los asegurados en nuestro sitio web en la dirección www.mynmhc.org o puede llamar al Centro de Atención al Cliente al 855-7MY-NMHC (855-769-6642).

Los reclamos de pago por los servicios que preste un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red se tienen que entregar a NMHC en un año (365 días), a partir de la fecha en que se prestó el servicio. Si su proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red no presentara el reclamo de pago en su nombre, usted tendrá la responsabilidad de presentar el reclamo de pago antes de la fecha límite de un año. Los reclamos de pago que se presenten después de la fecha límite ya no serán elegibles para el reembolso. Si se le devolviera un reclamo porque necesitamos más información, usted tendrá que entregarlo de nuevo, con la información que se pidió, en los siguientes noventa (90) días, a partir de la fecha en que se haya recibido la solicitud. Favor de enviar los formularios de reclamos y las facturas detalladas al:

Claims Department
New Mexico Health Connections
P.O. Box 3828
Corpus Christi, TX 78463

Una vez que se reciba, se repase y se apruebe, NMHC le reembolsará por 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 por los servicios que NMHC no cubra específicamente en los siguientes cuarenta y cinco (45) días.

Límites de tiempo que rigen ciertas defensas

A partir de la fecha en que se expide 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 un reclamo de las pérdidas que se sufrió o de incapacidad (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, NMHC 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.

AVISO DE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD (CONFORME A LA LEY HIPAA)

NMHC 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 la información protegida sobre su salud [*Protected Health Información, PHI*], tenemos la obligación de cumplir los términos de este aviso.

Cómo protegemos su privacidad

No divulgaremos la información protegida sobre su salud 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 la información protegida sobre su salud, cumpliremos las normas que se describen en este aviso a fin de proteger su privacidad.

NMHC protege la información protegida sobre su salud 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 la información protegida sobre su salud a los empleados del plan quienes necesiten saber esa información a fin de llevar a cabo las diligencias del plan. 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 la información protegida sobre su salud ni la divulgaremos a otras entidades sin su autorización, a menos que sea por los fines que se enumeran a continuación:

- **Tratamientos.** Podemos divulgar la información protegida sobre su salud a su proveedor de servicios médicos a fin de que le proporcione los servicios de atención médica y otros servicios correspondientes o para que coordine o administre los mismos;
- **Pagos.** Podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud para fines de conseguir el pago de las primas de su cobertura de seguro y para determinar y cumplir nuestra responsabilidad 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 la información protegida sobre su salud a otro asegurador médico o a un proveedor de servicios médicos para fines de sus diligencias de cobros;
- **Actividades del cuidado de salud.** Podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud para las actividades del cuidado de salud. Podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud 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 la información protegida sobre su salud para enviar notas para recordarle sus citas o para enviarle información sobre las opciones de tratamientos u otros beneficios y servicios correspondientes a la salud. Se le dará la opción de pedir que no se le envíen este tipo de comunicaciones en el futuro;
- **Divulgación a los vendedores del plan y a las organizaciones de acreditación.** Podemos divulgar la información protegida sobre su salud a las compañías que contratamos, si las mismas la necesitaran para llevar a cabo los servicios que nos prestan. Además, podemos divulgar la información protegida sobre su salud 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 estos tipos de acuerdos, obtenemos un acuerdo escrito a fin de salvaguardar la información protegida sobre su salud;

- **Actividades de salud pública.** Podemos utilizar o divulgar la información protegida sobre su salud para llevar a cabo las actividades de salud pública según autorice la ley; por ejemplo, para la prevención y el control de las enfermedades, para avisar a las autoridades gubernamentales del maltrato o negligencia de los menores de edad y los adultos. Podemos divulgar la información protegida sobre su salud a sus familiares o amigos íntimos quienes le estén ayudando a pagar por 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 la información protegida sobre su salud a una agencia gubernamental que tenga la responsabilidad legal de supervisar el sistema de cuidado de salud o de asegurar que se cumplan los reglamentos de los programas de prestaciones gubernamentales, como 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 la información protegida sobre su salud para fines de investigaciones, conforme a las restricciones legales estrictas;
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud según exija la ley;
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar la información protegida sobre su salud por una orden judicial o administrativa y, bajo ciertas circunstancias, una citación, una orden judicial, una solicitud de descubrimiento de pruebas u otros procesos lícitos;
- **Funcionarios del orden público.** Podemos divulgar la información protegida sobre su salud a la policía o a otros funcionarios del 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 otro 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 la información protegida sobre su salud 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 la información protegida sobre su salud cuando sea necesario para cumplir las leyes de indemnización laboral;
- **Leyes estatales.** Las leyes estatales pudieran restringir más las maneras en que se permite que utilicemos o divulguemos su 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 la información protegida sobre su salud 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 la información protegida sobre su salud seguirá siendo válida, pero nunca por más de veinticuatro (24) meses.

Sus derechos individuales a la privacidad

- **El derecho a solicitar restricciones adicionales.** Usted puede pedir que se restrinja la forma en que utilizamos y divulgamos la información protegida sobre su salud 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 las comunicaciones.** Usted puede pedir que se comunique la información protegida sobre su salud 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 la información protegida sobre su salud.** Usted puede pedir que se le permita consultar o conseguir copia de la información protegida sobre su salud que consta en ciertos archivos que guardamos. Bajo 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 usted pidiera una 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 la información protegida sobre su salud 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 usted lo solicitara, puede conseguir una lista de las divulgaciones de la información protegida sobre su salud 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 años antes de la fecha de su solicitud y ciertas otras divulgaciones que están exentas conforme a la ley. Si usted 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 una copia impresa de este aviso.** Usted se puede comunicar con el Centro de Atención a los Clientes al número teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación para conseguir copia impresa de este aviso.

Si usted desea presentar una de las solicitudes que se explican más arriba en la sección de “Sus derechos individuales a la privacidad”, tiene que avisar a NMHC por escrito.

Si usted desea recibir más información o si desea presentar quejas

Si usted desea recibir más información sobre sus derechos a la privacidad, o si usted no entiende sus derechos a la privacidad, o si le preocupa que NMHC haya infringido sus derechos a la privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado tocante al acceso a la información protegida sobre su salud, usted se puede comunicar con nuestro encargado de la privacidad. Si descubriéramos una contravención de la información protegida sobre su salud por no estar protegida, le avisaremos de la contravención en una carta o por otro medio de comunicación según permita la ley. Además, usted puede presentar quejas escritas al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (www.hhs.gov/ocr/privacy). Sírvase comunicarse con nuestro encargado de la 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.

Encargado de la privacidad

Usted se puede comunicar con nuestro encargado de la privacidad en:

New Mexico Health Connections

P.O. Box 36719

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 cualquier información protegida sobre su salud que guardamos, incluso para toda la información que hayamos producido o recibido antes de expedir el nuevo aviso.

CÓMO SE PROTEGE SU CONFIDENCIALIDAD (LEY DE GRAHAM, 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 quienes solicitan la cobertura de seguro; presentan un reclamo; 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 una lista de 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 agrada que no identifica a una 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 actividades comerciales del plan;
- Exigimos que las compañías y/u organizaciones a las cuales aportamos 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 la información confidencial de los menores o de los adulto 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.

¿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 NMHC. Podemos divulgar la información sobre los reclamos de pago y el proceso de reclamos a:

- Los proveedores de servicios médicos, los patrocinadores del plan y los aseguradores médicos que ofrecen asegurar 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 emplazan con una citación judicial;
- Los nuevos aseguradores médicos o administradores de reclamos quienes aceptan la responsabilidad de administrar el plan beneficios;
- Las compañías que nos ayudan a recuperar los sobrepagos;
- Las compañías que pagan los reclamos o que llevan a cabo servicios de determinación de tratamientos para nosotros;
- Las compañías que nos ayudan recuperar los beneficios que pagamos por los reclamos que se contrajeron por la negligencia de un tercero; y
- Las compañías que no estén afiliadas a NMHC y que llevan a cabo otros tipos de servicios para nosotros.

¿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 para asegurar que la información que guardamos es correcta y completa. Si un asegurado 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

Hay una ley estatal que protege la información confidencial del asegurado si ha sufrido maltrato intrafamiliar. Al procesar su solicitud de seguro o un reclamo de los beneficios de seguro, tal vez recibamos información confidencial sobre el maltrato intrafamiliar de fuentes aparte 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 para denegar, 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, usted tiene derecho a tener acceso y corregir toda la información confidencial sobre el maltrato intrafamiliar que tengamos sobre usted. Bajo solicitud, se le proporcionará a usted un aviso y una explicación más completa o más 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 su deseo de que se le designe como persona protegida. Como persona protegida, su 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 usted desea que le designemos como persona protegida, sírvase comunicarse con NMHC al (505) 633-8020 o al 1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642).

GLOSARIO

Cuando se utilizan en esta Evidencia de la 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 NMHC y el inscrito o el grupo del empleador para proveer la cobertura de seguro médico.

La **Administración de Medicamentos y Alimentos** de los Estados Unidos [*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 cualquier año.

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 a partir de ahí, específicamente del 1° de enero al 31° de diciembre.

Una **apelación de una determinación adversa** es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de seguro para los servicios médicos o los medicamentos con receta o denegar los pagos por servicios o medicamentos que usted ya recibió. Además puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que usted está recibiendo actualmente. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagáramos por un medicamento, un artículo o un servicio que usted cree que debería recibir.

La **aprobación previa** es la aprobación de NMHC que se concede antes de recibir ciertos servicios o medicamentos que se encuentran en nuestra lista de medicamentos o no se encuentran en la lista. Algunos servicios y medicamentos solo los cubre el plan si su médico u otro proveedor de servicios médicos de la red consiguen la aprobación previa de NMHC.

Un **asegurado** es cualquier persona inscrita o dependiente que elige el plan de cobertura de seguro y para quien NMHC haya recibido la prima de seguro obligatoria. Un asegurado tiene que cumplir todos los requisitos de inscripción y de elegibilidad según se definen.

Un **asegurador médico** es el proveedor del seguro. El proveedor del seguro tiene que tener un certificado válido de autoridad bien considerado conforme al código de seguros.

La **atención médica administrada** es un sistema o técnica que utilizan 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 la atención médica administrada incluyen (1) las revisiones previas, concurrentes y con efectos retrospectivos de la necesidad médica y de lo apropiado de los servicios o del sitio donde se prestan los servicios; (2) los contratos con los proveedores de servicios médicos seleccionados; (3) los incentivos económicos o disuasivas para las personas cubiertas a fin de que reciban los servicios de proveedores de servicios médicos específicos o que utilicen los servicios, los medicamentos con receta o los sitios donde se prestan los servicios médicos específicos; (4) el acceso controlado y la coordinación de servicios por un administrador de casos médicos; y/o 5) los esfuerzos del pagador para identificar las 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 servicios cubiertos que presta un proveedor de servicios médicos quien está calificado para prestar servicios médicos de emergencia. Se necesitan los servicios para evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.

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 tratar un problema médico que no es de emergencia; pero es una enfermedad, una lesión o un problema médico imprevistos que necesitan atención médica enseguida cuando la red de proveedores de servicios médicos de NMHC no está disponible o accesible.

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 telefónica directa de ayuda a los clientes) que incluya respuestas a las preguntas y proporcionar ayuda para presentar los reclamos de pago y las 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 muy 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; y
- 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 esta norma del diez por ciento (10%), según lo haya determinado el Departamento de Salud y Servicios Humanos, se puede encontrar en: <http://ccio.cms.gov/resources/factsheets/clas-data.html> y cada año el Departamento de Salud y Servicios Humanos actualiza y publica esta lista con todos los cambios necesarios.

El **beneficio tradicional de indemnización de tarifa por servicio** quiere decir un beneficio de indemnización de tarifa por servicio que no está asociado con ningún incentivo económico que motiva a los reclamantes para que consulten a los proveedores que favorece el plan, que sigan las reglas de autorización previa, que utilicen los medicamentos que se encuentran en la lista del plan u otros procedimientos de ahorro para conseguir los medicamentos con receta 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 los **servicios cubiertos** son los términos generales que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios médicos que cubre esta póliza de seguro.

Los **beneficios esenciales** se refiere a la cobertura de seguro para los servicios que se presentan a los pacientes ambulatorios; los servicios de emergencia; las hospitalizaciones; los servicios de maternidad y para los recién nacidos; los servicios de la salud del comportamiento o para tratar el abuso de sustancias adictivas; los medicamentos con receta; 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 control de las enfermedades crónicas; y los servicios pediátricos, incluso dentales y de

la vista. No se permite que NMHC establezca límites máximos para estos tipos de beneficios según se regulan por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de la Protección de los Pacientes.

Un **centro clínico** es un sitio donde se prestan servicios médicos. Eso pudiera incluir un hospital u otro centro clínico certificado para pacientes internados, un centro quirúrgico o de tratamientos para los pacientes ambulatorios, un centro de enfermería especializada, una agencia de atención médica en casa, un centro diagnóstico, un laboratorio o un centro de toma de imágenes y un centro de rehabilitación u otro centro terapéutico para la salud.

Un **centro clínico de atención médica terciaria** es un hospital que ofrece atención médica especializada para los pacientes de alto riesgo. El centro clínico ofrece y coordina los traslados, la comunicación, la instrucción y los sistemas de análisis de datos para la zona geográfica que atiende. Los pacientes de estos centros clínicos necesitan atención médica perinatal de alto riesgo y atención médica intraparto intensiva.

La **certificación** quiere decir una decisión que toma un asegurador médico con respecto a un servicio médico que haya solicitado un proveedor de servicios médicos o un reclamante que se ha repasado y conforme a la información disponible, cumple los requisitos del asegurador médico para la cobertura de seguro y la necesidad médica y, por lo tanto, se aprueba el servicio médico que se solicita.

Una **cláusula adicional de seguro** es una adición que se agrega a la póliza de seguro que se refiere a los beneficios que no se indican en el Resumen de Beneficios y Cobertura. Forma parte de la póliza y está sujeta a las mismas condiciones generales de la póliza regular. No es una póliza de seguro separada. Contiene la información acerca de los beneficios además de los que se indican en el Resumen de Beneficios y Cobertura. Finalmente, se paga con un pago que se agrega a la prima básica de seguro.

Una **comadrona certificada que no sea experta médica** es cualquier persona que ejerce como comadrona que no es experta y está matriculada como comadrona certificada que no sea experta por el Departamento de Salud de Nuevo México.

Una **comadrona certificada que sea 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 comadrona certificada que sea enfermera.

Un **copago [copayment]** es una cantidad fija en dólares que es la porción de la tarifa que el asegurado tiene que pagar por los servicios cubiertos, según se describe en el Resumen de Beneficios y Cobertura o en la Cláusula Adicional de Seguro, si corresponde, que se paga cuando se le presta el servicio.

El **coseguro** es un porcentaje de los cobros permisibles que usted tiene que pagar por los servicios cubiertos, una vez que se haya pagado en su totalidad el deducible. Se aplicará el coseguro a los cobros permisibles totales por el servicio. Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura para averiguar los porcentajes de coseguro que le corresponde pagar.

El **deducible** es la cantidad que el asegurado tiene que pagar por los servicios cubiertos antes de que NMHC pague los beneficios. También se refiere a eso como un “deducible anual.”

El **deducible anual** es la cantidad que el asegurado tiene que pagar por los servicios cubiertos antes que NMHC pague los beneficios médicos. También se denomina “deducible.”

Un **dependiente** es el cónyuge, pareja, o hijo biológico, hijastro, hijo adoptado o en adopción temporal del inscrito del plan.

Una **determinación adversa** pudiera significar cualquiera de los siguientes: cualquier rescisión de la cobertura de seguro (aparte de si la rescisión tiene un efecto adverso con respecto a un beneficio particular en ese momento); una denegación, reducción o terminación 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 terminación 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 el plan e incluso con respecto a los planes grupales de seguro médico; a una denegación, reducción, o terminación 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 determinación de tratamientos, así como si no se cubriera un artículo o servicio, que por lo demás se proporcionan los beneficios, ya que se ha determinado que son experimentales o de investigación o que no son médicamente necesarios o apropiados.

La **determinación de tratamientos o la revisión o el manejo de cómo se utilizan** es el proceso de revisar y manejar los problemas médicos del asegurado a fin de que el asegurado reciba la atención médica debida, que le preste el proveedor de servicios médicos apropiado, en el momento indicado. Este proceso aprovecha al máximo los beneficios del plan y asegura que la atención médica sea de alta calidad.

Un **director médico** es un médico de NMHC que se encarga de administrar la prestación de servicios médicos a los asegurados del plan.

Un **doctor de medicina oriental [Doctor of Oriental Medicine, DOM]** está certificado y aprobado 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 la necesidad médica y la cobertura de seguro que surgen en las audiencias de revisión externa.

Una **enfermedad urgente** es una enfermedad que no pone en peligro su vida pero que necesita atención médica rápidamente. Unos ejemplos de las situaciones urgentes son las torceduras, las distensiones, los vómitos, los calambres, la diarrea, los chicones, los moretones, los resfríos, la fiebre, las laceraciones pequeñas y las quemaduras ligeras.

Un(a) **enfermero(a) de práctica avanzada certificado(a)** es un(a) enfermero(a) certificado(a) y endosado(a) por el colegio de enfermería para ejercer de forma amplificada como enfermero(a) de práctica avanzada certificado(a). Se ingresa el nombre y la información pertinente del(de la) enfermero(a) de práctica avanzada certificado(a) en la lista de enfermeros(as) de práctica avanzada certificados(as) que guarda el Colegio de Enfermería de Nuevo México.

Un **especialista** es un médico que está certificado para prestar servicios de un tipo de medicina específica.

Experimental, de investigación o no comprobado quiere decir todo tratamiento, procedimiento, centro clínico, equipo, medicamento, aparato o suministro que no se acepta 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:

- Una tecnología tiene que tener la aprobación final de los cuerpos gubernamentales reguladores apropiados;
- 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 todas las alternativas establecidas; y
- El mejoramiento tiene que lograrse fuera de los ámbitos de investigación.

La **fecha de terminación** es la medianoche de la fecha en que 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 los servicios cubiertos. Se aplicarán las cantidades máximas, las exclusiones y las limitaciones de este plan. También se refiere a esto como el “gasto máximo del bolsillo.”

El **grupo del empleador**, si es pertinente, es el empleador o el titular del acuerdo.

La **Guía de la Evidencia de la Cobertura [Evidence of Coverage]** se refiere a este mismo documento, junto con todas las cláusulas adicionales de seguro u otra cobertura de seguro opcional que se haya seleccionado; lo cual explica su cobertura de seguro, lo que tenemos que hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como asegurado del plan.

Un **inscrito** es una persona que cubre el plan y que recibe los beneficios médicos conforme a esta póliza de seguro.

Un **inscrito** es la persona a quien se le expide la póliza. Un inscrito tiene que cumplir los requisitos elegibilidad establecidos y tiene derecho a inscribirse en el plan en su propio nombre, y no como el dependiente de otra persona.

Un **inscrito prospectivo** es una persona elegible para la inscripción; o una persona que haya expresado su interés en comprar la cobertura de seguro y es elegible para la cobertura de seguro mediante NMHC.

El **Intercambio de Seguros Médicos** es un mercado de seguros transparente y competitivo en el cual las personas individuales y las pequeñas empresas pueden comprar a precio económico planes de beneficios médicos calificados. El Intercambio ofrece opciones en los planes de seguro médico que cumplen ciertas normas en cuanto a los beneficios y los costos.

La **lista de medicamentos que favorece el plan** es una lista de productos medicinales aprobados. Estos medicamentos se han aprobado conforme a los parámetros que ha establecido NMHC. La lista está sujeta a revisiones periódicas y se enmienda según sea necesario.

Una **mamografía con fines de detección** es un examen radiológico que se hay elaborado para detectar el cáncer mamario en las primeras etapas en una persona que no manifiesta ningún síntoma. 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.

Los **medicamentos con receta** son medicamentos para los cuales se exige una orden de un médico para su venta o surtido legal.

Un **médico** es un doctor certificado en medicina y/o cirugía o un profesional de la medicina alternativa.

Un **médico asistente** es una persona que se ha graduado de un programa de médicos asistentes o de cirujanos asistentes reconocido a nivel nacional; o que está certificado actualmente por la Comisión Nacional de Médicos Asistentes. Un médico asistente tiene que estar certificado por el estado de Nuevo México para ejercer la medicina bajo la supervisión de un médico certificado.

El **médico de cabecera** [*Primary Care Physician, PCP*] es un médico u otra persona a quien usted consulta primero para la mayoría de problemas de salud. El médico de cabecera coordina, supervisa, proporciona y mantiene la continuidad de la atención médica.

El **mejoramiento continuo de la calidad** es el esfuerzo de medir, evaluar y mejorar los procesos del plan de atención médica administrada. El fin del esfuerzo es mejorar continuamente la calidad de los servicios médicos que se prestan a los asegurados del plan.

Los términos de **necesidad médica o medicamento necesarios** se refieren a los servicios de atención médica que un proveedor de servicios médicos determine, con el asesoramiento del asegurador médico, que son apropiados o necesarios conforme a las prácticas y los principios de buena atención médica que son pertinentes y comúnmente aceptados o las directrices de ejercer que ha desarrollado el gobierno federal, las sociedades, las juntas o las asociaciones médicas profesionales o nacionales; o cualquier protocolo clínico pertinente o directrices de ejercer que haya desarrollado el asegurador médico consistente con las directrices de ejercer federales, nacionales y profesionales para el diagnóstico o la atención médica directa y el tratamiento de una enfermedad, una lesión o un problema físico, mental o del 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 ha desarrollado el gobierno federal o las sociedades, las juntas o las asociaciones médicas profesionales o nacionales; y cualquier norma, directrices de ejercer, protocolos o criterios 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 100 libras que el peso ideal del cuerpo de una persona.

Un **obstetra/ginecólogo** [*OB/GYN*] es un médico que está certificado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos o por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos Osteopáticos o que es elegible para recibir dicha certificación.

Una **orden de manutención médica de menores que le califica** es una orden de una agencia o un tribunal estatal o federal que exige que la persona proporcione la cobertura de seguro médico para unos dependientes específicos.

Una **organización de revisión independiente cualificada** [*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 NMHC como a la Oficina del Superintendente de Seguros [*Office of Superintendente de Seguros, OSI*]. La revisión ayuda a NMHC mejorar y realzar sus operaciones y mejorar la calidad de la atención médica que ofrece.

Una **Organización para el Mantenimiento de la Salud** [*Health Maintenance Organización, HMO*] es una persona o una compañía que prestan o hacen los arreglos para que se presten los servicios médicos a sus asegurados, lo cual se paga con antelación, salvo por las personas cubiertas que tengan la responsabilidad de hacer los copagos, o pagar el coseguro o los deducibles.

OSI se refiere a la **Oficina del Superintendente de Seguros** [*Office of Superintendente de Seguros*].

Otro centro clínico de la red es cualquier centro clínico, aparte de un hospital médico que forma parte de la red, que opera NMHC o que tiene un acuerdo con NMHC para prestar servicios a nuestros asegurados.

Una **persona cubierta** es una persona que tiene derecho a recibir los beneficios médicos que ofrece el plan de beneficios médicos.

El **plan** es el plan de seguro médico que está a su disposición de NMHC y que el inscrito ha seleccionado para prestar los beneficios y servicios cubiertos tanto al inscrito como a sus dependientes elegibles.

El **plan beneficios médicos** es un contrato, certificado, acuerdo o póliza de seguro médico que ofrece o expide un asegurador médico o el administrador del plan para el fin de proporcionar, prestar, hacer arreglos para, pagar por o reembolsar los costos de los servicios de atención médica, incluso un plan de beneficios médicos tradicional de tarifa por servicio.

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 por 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 los viajes cortos, solo los accidentes, los beneficios limitados, una indemnización, un plan dental de organización de proveedores que favorece el plan [*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.

Plan de seguro médico de deducible alto calificado [*High Deductible Health Plan, HDHP*] salvo por la atención médica de prevención, se tiene que pagar el deducible anual antes que se paguen los beneficios del plan. La agencia tributaria del país ha establecido sumas mínimas para los deducibles y límites que rigen los gastos del bolsillo máximos para que se considere que el plan es calificado. Los planes calificados de seguro médico de deducible alto [*HDHP*] se pueden utilizar junto con las cuentas de ahorros de gastos médicos [*HSA*]. Sírvase comunicarse con su institución financiera o el administrador de su cuenta de ahorros de gastos médicos para conseguir más información sobre la elegibilidad/inscripción y la contribución para una cuenta de ahorros de gastos médicos.

El programa del **plan de seguro médico dedicado al consumidor y operado por el mismo (una organización cooperativa)** se estableció conforme a la Ley Federal de Cuidado de Salud a Bajo Precio

[*Affordable Care Act*]. El programa de organización cooperativa se ha elaborado para ayudar a establecer planes de seguro médico sin fines de lucro controlados por los asegurados que ofrecen pólizas de seguro que cumplen los requisitos de la Ley Federal de Cuidado de Salud a Bajo Precio en los mercados individuales y de las pequeñas empresas.

Una **póliza** es un contrato (por lo general, un contrato en forma estándar) entre el asegurador y el inscrito, que se conoce como el titular de la póliza, que determina los reclamos 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 conforme a *Federal Employees' Compensation Act* [la Ley de Indemnización para los Empleados Federales] y *Longshoreman's and Harbor Workers' Compensation Act* [la Ley de Indemnización para los Estibadores y los Trabajadores de los Puertos]; y otra indemnización laboral federal, estatal, de los condados o de los municipios; las leyes de las enfermedades ocupacionales y otras leyes de responsabilidad de los empleadores; u otra legislación de propósitos y metas parecidas.

Una **preocupación o queja** se presenta cuando un asegurado llama al Centro de Atención 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 inscrito paga a NMHC 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 órgano, sistema o proceso de la enfermedad.

Un **problema médico de emergencia** es cuando una persona prudente, que no sea experta, con conocimiento ordinario 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 médico** es una persona que está certificada o que está autorizada de otro modo por el estado para prestar servicios de atención médica en el ámbito de su certificado.

El **profesional médico de cabecera** [*Primary Care Practitioner, PCP*] es un médico u otra persona a quien usted consulta primero para la mayoría de problemas de salud. El médico de cabecera coordina, supervisa, proporciona y mantiene la continuidad de la atención médica.

El **Programa Medicaid** es una subvención que se le da el estado para que ofrezca programas de prestaciones médicas.

El **Programa Medicare** es el programa federal de seguro médico para las personas de 65 años de edad en adelante; para algunas personas incapacitadas que tengan menos de 65 años de edad en adelante; y para las personas que padecen la enfermedad renal en su etapa final.

Un **proveedor de servicios médicos** o un **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.

Utilizamos el término de **proveedor de servicios médicos de la red** para los médicos, otros profesionales médicos, hospitales y centros clínicos que están acreditados o certificados para prestar servicios médicos. Les damos el nombre de “proveedores de servicios médicos de la red” si tienen un acuerdo con NMHC 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. NMHC le paga a los proveedores de servicios médicos de la red conforme a los acuerdos que tenemos con los mismos o si los proveedores aceptan prestarle los servicios que cubre el plan.

Un **proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red** es un médico u otro profesional médico o un centro clínico que no tiene contrato con NMHC para prestar servicios a los asegurados del plan por un costo que se establece de antemano.

Las **pruebas 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 usted hace 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.

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 beneficios médicos que no trate de una solicitud de servicios de atención médica incluso, entre otros:

1. Las prácticas administrativas del asegurador médico que afectan la disponibilidad, la prestación o la calidad de los servicios de atención médica;
2. El pago de los reclamos, el manejo o el reembolso por los servicios de atención médica; y
3. Las terminaciones 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 la 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
- Una persona 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** son los médicos, las farmacias, los centros clínicos y otros proveedores de servicios médicos y profesionales médicos que tienen contrato con NMHC.

El **Resumen de Beneficios y Cobertura** es un documento que describe los beneficios del plan por ejemplo, las cantidades de los copagos, el coseguro y el deducible. El Resumen de Beneficios y Cobertura es un documento suplementario de esta Evidencia de la Cobertura.

Los **servicios ambulatorios** son los servicios médicos que se prestan en el consultorio del médico, en una clínica, en un centro médico o en un centro clínico para pacientes ambulatorios en los cuales la estancia del paciente no es de más de 24 horas.

Los **servicios de atención médica** incluyen los servicios, los suministros, los procedimientos para diagnósticos, los tratamientos de prevención, las curas o el alivio de un problema médico, una lesión o una enfermedad; e incluye, hasta el punto que los ofrezca el plan de beneficios médicos, los servicios de salud física y mental, incluso los servicios de salud mental basados en la comunidad y los servicios para las discapacidades del desarrollo o los retrasos del desarrollo.

Los **servicios de atención médica primaria** son los servicios que presta el médico de cabecera o un proveedor de servicios médicos primarios.

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 dicho personal o bajo la supervisión del mismo directamente 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 para recuperar las habilidades** son los servicios médicos que ayudan a una persona 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.

SHOP quiere decir el Programa de Opciones de Salud de Pequeñas Empresas [*Small Business Health Options Program, SHOP*] que opera un Intercambio mediante el cual un empleador calificado puede ofrecerle a sus empleados y sus dependientes acceso a un plan o más de seguro médico calificado [*Qualified Health Plan, QHP*].

Las **sustancias biológicas** son compuestos médicos que se preparan de organismos vivos y/o sus productos.

Una **tarifa permisible** es la cantidad que NMHC 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 la tarifa permisible.

Las **tarifas habituales y razonables** es la cantidad que NMHC pagará por la atención médica que los asegurados reciban de los proveedores de servicios médicos que no forman parte 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 los 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 tener la aprobación final de los cuerpos gubernamentales reguladores apropiados y para la cual las pruebas 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 todas las alternativas establecidas. El mejoramiento tiene que lograrse fuera de los ámbitos donde se llevó a cabo la investigación de la tecnología.

La **terminación 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 terminación voluntaria por el reclamante ni la terminación del plan de beneficios médicos que no tenga una estipulación de renovación.

El **titular de la póliza** es el inscrito 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 los Trastornos Mentales], cuarta edición, texto actualizado, que también se conoce como *DSM-IV-TR*, que publica la Asociación Psiquiátrica Americana, incluso el trastorno autista, el síndrome de Asperger, un trastorno del desarrollo generalizado que no se especifique, el trastorno de Rett y el trastorno infantil de desintegración.

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