



Servicios médicos/de otros proveedores médicos/quirúrgicos
Citas médicas no rutinarias, centro de atención de urgencia, visitas a domicilio: Incluye cirugía en el consultorio, terapia, pruebas de alergia, inyecciones de pruebas de laboratorio, suero, inyecciones terapéuticas, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, y parto en casa.*
Servicios/exámenes de salud preventivos/de rutina: Incluye exámenes ginecológicos, Papanicolaou, mamografía, cuidados prenatales y posparto, prueba ocular periódica para el glaucoma, examen de heces, examen de colon, otras pruebas de rutina según se necesiten, vacunas para adultos y niños, educación en salud, consejería nutricional, y servicios nutricionales para mujeres embarazadas y niños. Exámenes: presión arterial, colesterol, diabetes, obesidad, niveles de plomo en sangre; tuberculosis, rubéola, discapacidad de la vista/audición, problemas con la bebida y el abuso de drogas, exámenes prenatales, exámenes para el recién nacido.
Servicios de planificación y consejería familiar: Cuidados fuera de la red prestados sin autorización previa.
Servicios de tratamiento para la diabetes
Visitas a clínicas de salud rurales y visitas a centros de salud con acreditación federal
Centro de laboratorio o radiografías independiente o autónomo
Atención médica de emergencia y posterior a la estabilización: Cuidados fuera de la red prestados sin autorización previa. Los servicios deben ser por una emergencia potencialmente mortal según lo define el <i>Manual del miembro</i> , o talvez usted tenga que pagar por el uso de la sala de emergencias. Si tiene alguna duda, llame SIN CARGO a la línea telefónica de enfermeras 24/7 Nurseline, al 1-800-973-6329 , las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Servicios clínicos de salud en la escuela: Evaluación de EPSDT (por las siglas en inglés de exámenes, diagnóstico y tratamiento precoces y periódicos), consejería en educación de salud y terapia.
Servicios para pacientes hospitalizados* (cuidados médicos/quirúrgicos y de maternidad): Incluye habitación y alimentación, apoyo para los cuidados, servicios y suministros, pruebas diagnósticas, anestésicos, oxígeno, servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados, radioterapia, terapia de inhalación, administración de sangre completa, plasma sanguíneo y componentes. Las habitaciones privadas no están cubiertas a menos que sean médicamente necesarias.
Servicios hospitalarios para pacientes externos/Centro de cirugía ambulatoria: Incluye cirugía* y servicios profesionales relacionados (cirujano, asistente, anestesiólogo), suministros y medicinas, cuidados preventivos y laboratorio y radiografías de rutina, laboratorio y radiografías no rutinarios, y rehabilitación pulmonar*.
Radioterapia, quimioterapia, imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografía por emisión de positrones (TEP)*, tomografía computarizada (TC)*, rehabilitación cardiovascular*, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla*, y diálisis.
Medicinas recetadas, suministros para diabéticos, nutrición enteral, anticonceptivos, otras medicinas: Por lo general, se limita a suministros para 30 días o 120 unidades al mes, lo que sea inferior, para las medicinas compradas a través de farmacias minoristas. (Primero, los miembros deben obtener suministros para 30 días antes de que se permita un suministro para 90 días en una farmacia minorista o en una farmacia de pedido por correo). Algunas medicinas deben ser compradas a través de un proveedor contratado de farmacia especializada. Los suministros para diabéticos y la alimentación enteral* también están cubiertos con el beneficio de farmacia. Los medicamentos de venta libre sólo están cubiertos cuando su médico se los receta. Todas las medicinas deben estar en la <i>Lista de medicinas farmacéuticas</i> para ser cubiertas, a menos que <i>BCBSNM</i> provea autorización previa.
Servicios de cuidados de salud en el hogar*, servicios de hospicio para enfermos terminales*
Equipo médico duradero*, suministros médicos, ortótica*, aparatos, prótesis de rehabilitación: Incluye la compra, envío, mantenimiento y reparación del equipo; protectores para fluidos corporales/pañales desechables*, oxígeno y equipo para oxígeno, etc. Las prótesis o suministros que cuesten \$1,000 o más requieren una autorización previa*.
Transporte no urgente: Estos servicios deben ser coordinados por <i>Logisticare</i> *.
Salud mental y abuso de sustancias: Prestados por <i>OptumHealth New Mexico</i> .* Con la excepción de los servicios recibidos en la <i>Sala de Emergencias Psiquiátricas del Hospital de la UNM</i> , el plan médico/quirúrgico de <i>BCBSNM</i> paga por los servicios de emergencia , y la mayoría de servicios de laboratorio y radiografías relacionados con la salud mental y el abuso de sustancias. Todos los demás servicios deben ser coordinados y/o aprobados por <i>OptumHealth New Mexico</i> .
Cuidado de la vista: Administrado por <i>Davis Vision</i> . Todos los servicios están limitados en cuanto al número y tipo que un miembro puede recibir durante un periodo determinado. Las limitaciones pueden basarse en la edad del miembro o en el problema de vista específico del miembro. Para los detalles, por favor consulte el <i>Manual del miembro</i> .

Examen de la vista y exámenes médicos de rutina.
Lentes correctivos, incluyendo bifocales, lentes de colores para ciertas afecciones, lentes compensadores, lentes de contacto*, prismas, atemperado de lentes en lentes nuevos, bordeado de lentes, reparaciones menores en gafas, tarifas del establecimiento.
Gafas o lentes de contacto de reemplazo para los miembros menores de 21 años bajo ciertas condiciones.
Servicios dentales: Administrados por <i>DentaQuest</i> . Todos los servicios están limitados en cuanto al número y tipo que un miembro puede recibir durante un período determinado. Las limitaciones pueden basarse en la edad del miembro. Para los detalles, por favor consulte el <i>Manual del miembro</i> .
Examen y radiografías orales de diagnóstico, tratamiento del dolor de emergencia, limpiezas dentales, tratamientos con flúor, sellantes molares, mantenedores de espacio, empastes, coronas, extracción dental sencilla y quirúrgica, reimplante de dientes, incisión y drenado de abscesos*.
Pulpotomía terapéutica, servicios periodontales, ajustes y reparaciones de dentaduras postizas, recementación de puente fijo.*
Servicio de ortodoncia para tratar las maloclusiones que causen discapacidad para miembros menores de 21 años.*
Servicios de exámenes, diagnóstico y tratamiento precoces y periódicos (EPSDT): Cuidados personales para miembros menores de 21 años y enfermeras privadas, en el hogar o en la escuela; revisiones de salud de la infancia a la adolescencia (consulte el <i>Manual del miembro</i>).
Trasplantes: Sólo incluye trasplantes de corazón, de pulmón, de hígado, de riñón, de médula ósea autóloga o alogénica, y de córnea. Se requiere autorización previa.*
Indios americanos: Pueden visitar cualquier centro del Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service, IHS), proveedor indígena urbano, o centro tribal 638, ya sea dentro o fuera de la red. No se aplican copagos a los servicios recibidos por los indios americanos si están cubiertos por cualquier programa de BlueSalud, incluyendo WDI o CHIP.
Trabajadores discapacitados calificados (WDI): Los copagos son: \$5 por receta (para un suministro de 30 días o 120 unidades, lo que sea inferior); \$7 por visita al consultorio, centro de atención de urgencia o de paciente externo; \$20 por visita a la sala de emergencias; y \$30 por admisión como paciente interno. Sin copagos para cuidados preventivos, cuidado prenatal o administración de anticonceptivos. Las cantidades máximas de copago que se pagan en un año se basan en los ingresos, y son determinadas anualmente por ISD. Los miembros son responsables de dar seguimiento a sus propios copagos y de informar a ISD cuando se llegue al límite anual. Los indios americanos con WDI no tienen copagos.
Programa de seguro médico para los niños (CHIP): Los copagos son: \$2 por receta (para un suministro de 30 días o 120 unidades, lo que sea inferior); \$5 por visita al consultorio, centro de atención de urgencia o de paciente externo; \$15 por visita a la sala de emergencias; y \$25 por admisión como paciente interno. Sin copagos para cuidados preventivos, cuidado prenatal o administración de anticonceptivos. Las cantidades máximas de copago familiar que se pagan en un año se basan en los ingresos de la familia, y son determinadas cada año por ISD. Los miembros son responsables de dar seguimiento a sus propios copagos y de informar a ISD cuando se llegue al límite anual. Los indios americanos con CHIP no tienen copagos.

COBERTURA EXCLUSIVA DENTRO DE LA RED: Excepto en una emergencia y otras situaciones limitadas, los miembros de BlueSalud deben visitar a los proveedores de la red de BlueSalud (o en caso de salud mental y abuso de sustancias, a un proveedor de la red de *OptumHealth New Mexico*). Cada miembro debe también elegir a un médico de cabecera (PCP), para que este coordine sus cuidados cuando resulte adecuado.

***AUTORIZACIÓN PREVIA:** Algunos servicios cubiertos por el programa de BlueSalud requieren autorización previa de parte de *BCBSNM* (o de *OptumHealth New Mexico*). Para los servicios médicos/quirúrgicos, los servicios dentales, los cuidados de la vista y las medicinas recetadas que requieran autorización previa, incluyendo productos de nutrición enteral y pañales desechables, llame a *BCBSNM* al **1-866-689-1523**.

Para los detalles, por favor consulte el *Manual del miembro*. La autorización previa no garantiza que los servicios serán cubiertos, o que el miembro es elegible para cobertura de BlueSalud.

Para servicios de salud mental/abuso de sustancias, llame a *OptumHealth New Mexico* al **1-866-660-7185**. (Este programa no está afiliado a *BCBSNM*).

Para programar servicios de transporte no urgente, llame a la línea de reservas de *Logisticare* al **1-866-913-4342**.

ELEGIBILIDAD: Para las preguntas sobre elegibilidad, llame a la *línea directa de Medicaid* al **1-888-997-2583**.

Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos; NO menciona las exclusiones de beneficios ni los límites del programa BlueSalud. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios, no ser experimentales ni estar sin comprobar, contar con autorización previa cuando así se requiera, haber sido recibidos de un proveedor de servicios de cuidados de salud elegible, y no ser pagaderos bajo ningún otro programa o agencia gubernamental, ni un tercero.

Servicios prestados en parte bajo contrato del estado de Nuevo México.

Para el Servicio al cliente, llame al 1-866-689-1523.

BCBSNM es una división de Health Care Service Corporation, una compañía Mutual Legal Reserve, licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.