

Manual para miembros



GUÍA ÚTIL PARA OBTENER SERVICIOS

AÑO DE BENEFICIOS 2023 *(revisado el 1 de octubre de 2022)*

Arizona Complete Health-Complete Care Plan

y Regional Behavioral Health Authority (ACC-RBHA)

Atención a los miembros con designación de enfermedad mental grave (SMI)



Los servicios cubiertos están financiados mediante un contrato con el AHCCCS.

CAD_99432S_State Approved 09222022

© 2022 Arizona Complete Health-Complete Care Plan. All rights reserved.

AZ3CADMHB20790S_0423



Índice

- Información útil 7**
 - Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan 7
 - Números de teléfono de la línea de crisis 7
 - Dirección 7
 - Sitio web 7
- Programa para el Mejoramiento de la Calidad 8**
- Pautas de práctica clínica 8**
- Información personal y de contacto 8**
- Ayuda en otro idioma y para personas con discapacidad: ¿cómo puedo obtener ayuda? 9**
- La Discriminación es un Delito 11**
- Le damos la bienvenida a Arizona Complete Health-Complete Care Plan 13**
 - Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan 13
 - Administración de la atención integrada/coordinación de la atención 14
 - Línea Nurse Advice Line 14
- Atención de emergencia/atención de urgencia (cuidado fuera del horario de atención) 15**
 - ¿Debo acudir a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia? 15
 - Atención de urgencia (cuidado fuera del horario de atención) 15
- Servicios de telesalud 15**
- Servicios móviles de atención de urgencia 15**
- Sala de emergencias 16**
- Cómo obtener servicios para crisis de salud del comportamiento 16**
 - Servicios para crisis disponibles para usted 17
- Cómo obtener servicios de emergencia cuando está fuera del área de servicios 17**
- Cómo encontrar servicios para los trastornos por uso de sustancias e información sobre los opiáceos 18**
- Cómo garantizar una atención competente desde el punto de vista cultural 18**
- Información impresa para miembros 19**
- Servicios de interpretación 19**
- Intérpretes de lengua de señas, y ayuda y servicios auxiliares 19**
- ¿Qué idiomas hablan los proveedores? 19**
- Ayuda en otro idioma y para personas con discapacidad: ¿cómo puedo obtener ayuda? 19**
- El equipo de Servicios al Miembro está aquí para ayudar 20**
- Si acude a un proveedor fuera de nuestra red 20**
- Cómo obtener una copia impresa del Directorio de proveedores 21**



Dónde se prestan los servicios	21
Su tarjeta de identificación (ID) de miembro	22
Obligaciones de los miembros	22
Qué hacer cuando cambia el tamaño de su familia o su información de miembro.....	23
Infórmenos si se muda.....	23
Voz y toma de decisiones en familia	24
Política de transición de la atención	24
¿Cómo utilizo bien la sala de emergencias?	25
¿Debo acudir a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia?	25
Qué hacer en caso de emergencia	26
¿Qué ocurre si necesita atención de emergencia fuera de nuestra área de servicios?.....	26
Transporte: ¿cómo puedo conseguir transporte para citas médicas?.....	26
Transporte de emergencia	26
Transporte que no es de emergencia	26
Silla de ruedas o camilla.....	27
Cancelación de traslados a sus citas	27
¿Qué está cubierto?	27
Miembros con la designación de enfermedad mental grave (SMI) que están inscritos en Medicaid.....	28
Miembros con doble elegibilidad de Medicaid/Medicare	28
Adultos con designación de SMI no inscritos en Medicaid.....	28
Programas financiados con subvenciones para los ciudadanos de Arizona sin seguro o con seguro limitado	28
Servicios de salud física cubiertos por Medicaid	29
Nuevas tecnologías.....	32
Administración de enfermedades	32
Atención ortopédica.....	32
Servicios adicionales cubiertos para miembros adultos con designación de SMI de entre 18 y 21 años	32
Servicios médicos adicionales cubiertos para jóvenes menores de 21 años inscritos en Medicaid	33
Servicios de salud del comportamiento cubiertos.....	34
Servicios no cubiertos: ¿qué no cubre el AHCCCS?	40
Cuadro de exclusiones y limitaciones	41
Consentimiento para el tratamiento.....	43
Servicios financiados con subvenciones disponibles para los ciudadanos de Arizona inscritos en Medicaid y sin seguro o con seguro limitado	44



Tipos de subvenciones.....44

- Subvenciones federales en bloque 44
- Subvenciones estatales y federales para trastornos por uso de opiáceos 44
- Otras subvenciones federales y estatales..... 45

Acceso a servicios no contemplados en los títulos XIX y XXI coordinados a través del plan de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y Regional Behavioral Health Authority (ACC-RBHA) 45

Servicios de vivienda.....46

Recursos de apoyo a las familias y entre pares 49

Atención de salud para pacientes terminales 49

Servicios especializados y remisiones.....51

- Rechazo de solicitudes de servicios especializados..... 52

Miembros indígenas estadounidenses 52

Su proveedor de atención primaria (PCP) 52

- Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria (PCP) 53
- ¿Cómo pueden las consultas al médico brindarle ayuda para mantenerse saludable?..... 53
- Cómo programar, modificar o cancelar citas..... 53
- Disponibilidad de citas: ¿cuánto tiempo se tarda en atenderse con un proveedor?..... 54

Consultas de bienestar 55

- ¿Qué es una consulta preventiva o de bienestar? 55

Bienestar infantil/Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)* 56

- Cantidad, duración y alcance 56

Atención preventiva y de bienestar 58

Llamadas para programar citas..... 59

Planificación familiar..... 59

Atención por maternidad 60

- Identificación de embarazos 60
- Atención prenatal 61
- Pruebas de VIH/sida..... 62
- Embarazos de alto riesgo 62
- Atención durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento..... 63
- Atención posparto 63
- Interrupciones de embarazos médicamente necesarias..... 64

Atención dental 64

- Miembros menores de 21 años 64
- Miembros de 21 años o más..... 65



Servicios de farmacia	65
Reemplazos por medicamentos genéricos	66
Terapia escalonada	66
¿Qué es la autorización previa?	66
¿Qué pasa si un medicamento no está en la Lista de medicamentos preferidos (PDL)/Formulario?... ..	67
¿Qué pasa si se rechaza mi solicitud?	67
Cómo surtir medicamentos con receta	67
Lo que debe saber sobre sus nuevos medicamentos con receta	68
Cómo volver a surtir medicamentos	68
¿Qué debo hacer si la farmacia no puede surtir mi medicamento con receta?	68
Farmacias exclusivas	68
Cómo acceder a los servicios de salud del comportamiento de Arizona Complete Health-Complete Care Plan	69
Cómo recibir servicios de salud del comportamiento si tiene la designación de enfermedad mental grave	69
Elegibilidad para los servicios de salud del comportamiento	70
Cómo acceder a los servicios de salud del comportamiento	70
La visión de Arizona para la prestación de servicios de salud del comportamiento	70
Los doce principios para la prestación de servicios infantiles:	71
Nueve principios rectores para los servicios y sistemas de salud del comportamiento orientados a la recuperación para adultos	73
Clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades	74
Proveedores de Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS): clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades	74
Cómo programar, modificar o cancelar citas con clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades (MSIC)	76
Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS)	77
¿Qué son los CRS?	77
¿Quién es elegible para obtener una designación de CRS?	77
Condiciones cubiertas por el programa de CRS	78
Servicios para la primera infancia*	78
Head Start	78
Herramientas de exámenes de desarrollo	78
Ayuda especial	78
Consejo de Defensa de Miembros	79
Proceso de aprobación y rechazo	80
Remisiones del médico dentro de la red y libertad de elección de proveedores	81
Copagos para los miembros no incluidos en los títulos XIX/XXI	81



Pago de los servicios cubiertos.....81

Pago de los servicios no cubiertos..... 82

Coordinación de beneficios (COB) 82

Información especial para nuestros miembros con cobertura de Medicare 83

 Información importante para los miembros del AHCCCS con cobertura de Medicare Parte D (miembros con doble elegibilidad) 83

 Plazos para la autorización de servicios y medicamentos 83

 Plazos de decisión de autorización de servicios para medicamentos 84

Reclamos: cómo presentar un reclamo si está disconforme 84

 Quejas y apelaciones..... 84

 ¿Está disconforme con su atención de salud?..... 85

 ¿Está disconforme con una decisión? 87

 ¿Cómo presento una apelación?..... 87

 ¿Qué puedo apelar? 88

 ¿Qué ocurre después de presentar una apelación?..... 88

 ¿Cómo se resuelve mi apelación? 88

 ¿Qué puedo hacer si estoy disconforme con los resultados de mi apelación? 89

 ¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado?..... 89

 ¿Cuál es el proceso de mi audiencia imparcial ante el estado? 89

 ¿Cómo se resuelve mi audiencia imparcial ante el estado? 89

 ¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación/audiencia imparcial ante el estado? 90

 ¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación? 92

 ¿Qué puedo hacer si estoy disconforme con los resultados de mi apelación? 93

Cómo cambiar de plan de servicios de salud física para miembros con designación de SMI..... 93

Derechos de los miembros 94

Excepciones a la confidencialidad..... 97

¿Qué es fraude, desperdicio y abuso? 97

 Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso..... 98

Prevención y educación sobre el consumo de tabaco..... 98

Recursos de la comunidad 99

 Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) de Arizona..... 99

 Head Start de Arizona 99

 Arizona Early Intervention Program (AzEIP) 99

 Arizona at Work 100

 Vocational Rehabilitation..... 100

 Area Agency on Aging..... 100

 Alzheimer’s Association 100



AZ Suicide Prevention Coalition.....	100
National Suicide Prevention Lifeline	101
Teen Lifeline	101
Power Me A2Z	101
Arizona Department of Health Services (ADHS) Pregnancy and Breastfeeding Hotline	101
Fussy Baby/Birth to Five Helpline	102
Control de intoxicaciones.....	102
Raising Special Kids	102
Strong Families AZ	102
Postpartum Support International	103
Opioid Assistance and Referral Line	103
Community Information and Referral	103
Dump the Drugs AZ, del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (AzDHS)	103
Health-e-Arizona Plus	104
Arizona Disability Benefits 101 (DB101)	104
AzLinks.gov	104
Healthy Families Arizona.....	104
Pima Council on Aging	105
Pinal-Gila Council For Senior Citizens	105
Area Agency on Aging, de Southeastern Arizona Governments Organization (SEAGO)	105
National Alliance on Mental Illness (NAMI) de Arizona	106
Mentally Ill Kids in Distress (MIKID).....	106
Child & Family Resources	106
Proveedores de atención de salud de bajo costo/con una escala de tarifas variable	107
Información sobre defensa.....	107
Ayuda especial para miembros con designación de SMI	109
Definiciones y terminología de la atención administrada	110
Definiciones del servicio de atención por maternidad.....	114
Nuevas opciones para administrar sus expedientes médicos digitales.....	116
Aviso de prácticas de privacidad	117



Información útil



Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

1-888-788-4408 (TTY/TDD: **711**): estamos a su disposición las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.



Números de teléfono de la línea de crisis

1-844-534-4673 o **1-844-534-HOPE**, TTY/TDD: **711** (en todo el estado)

1-844-423-8759 (Tohono O'Odham Nation)

1-800-259-3449 (comunidades indígenas Gila River y Ak-Chin)

1-480-850-9230 (comunidad indígena Pima-Maricopa de Salt River)

1-855-728-8630 (Tribal Warm Line)



Dirección

1850 W. Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281



Sitio web

azcompletehealth.com/completecare



Programa para el Mejoramiento de la Calidad

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con un programa integral para el mejoramiento de la calidad a fin de garantizar que usted reciba atención y servicios de calidad. Nos complace compartir información con usted. Para obtener más información sobre el Programa para el Mejoramiento de la Calidad o si quiere obtener una copia, póngase en contacto con Servicios al Miembro llamando al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) o ingresando en el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en <https://www.azcompletehealth.com/members/medicaid/resources/quality-improvement.html>.

Pautas de práctica clínica

Arizona Complete Health-Complete Care Plan usa pautas de práctica clínica para ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre la atención adecuada de salud para condiciones clínicas y del comportamiento específicas. Arizona Complete Health-Complete Care Plan adopta pautas de práctica que tienen en cuenta las necesidades de sus asegurados, que pueden incluir directrices relacionadas con cualquier condición aguda o crónica que corresponda, cuestiones relacionadas con la salud del comportamiento y pautas preventivas o no preventivas. Para solicitar un ejemplar de las pautas de práctica clínica, póngase en contacto con Servicios al Miembro llamando al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) y obtenga más información. También puede visitar el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan ingresando en <https://www.azcompletehealth.com/providers/resources/practice-guidelines.html>.

Información personal y de contacto

Mi n.º de identificación de miembro (ID) del AHCCCS: _____

	Nombre	Número de teléfono
Mi proveedor de atención primaria (PCP):		
Hospital:		
Farmacia:		
Administrador de casos:		
Mi psiquiatra o enfermero:		



Ayuda en otro idioma y para personas con discapacidad: ¿cómo puedo obtener ayuda?

El Manual del miembro y el Directorio de proveedores se proporcionan sin costo alguno para usted. Si necesita este manual, un directorio de proveedores u otra información de salud en otro idioma o en un formato alternativo como letra grande, audio o PDF accesible, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**). También puede visitarnos en línea, en **azcompletehealth.com/complecare**.

Si necesita un intérprete, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**), al menos cinco (5) días antes de su cita médica para obtener la asistencia lingüística. La asistencia lingüística es gratuita. No necesita recurrir a familiares o amigos para que actúen de intérpretes. De hecho, desaconsejamos esta práctica. Debe recurrir a nuestros intérpretes si tiene necesidades de asistencia lingüística.



Discrimination is Against the Law

Arizona Complete Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Arizona Complete Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Arizona Complete Health:

- Provides aids and services, at no cost, to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters
- Provides written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides language services, at no cost, to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages

If you need these services, contact Member Services at:

Arizona Complete Health: **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**)

If you believe that Arizona Complete Health failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Chief Compliance Officer. You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination.

Submit your grievance to:

Arizona Complete Health

Attn: Chief Compliance Officer

1850 W Rio Salado Parkway, Suite 211, Tempe, AZ 85281

Fax: **1-866-388-2247**

Email: **AzCHGrievanceAndAppeals@AZCompleteHealth.com**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail at U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TTY).

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



La Discriminación es un Delito

Arizona Complete Health cumple con las leyes de derechos civiles Federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Arizona Complete Health no excluye a personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Arizona Complete Health proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios sin costo alguno a las personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como intérpretes calificados de lengua de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al siguiente número:

Arizona Complete Health: **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**)

Si considera que Arizona Complete Health no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Oficial de Cumplimiento. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Su queja se debe realizar por escrito y se debe enviar en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja toma conocimiento de lo que se considera como discriminación.

Envíe su queja a la siguiente dirección:

Arizona Complete Health

Attn: Chief Compliance Officer

1850 W Rio Salado Parkway, Suite 211, Tempe, AZ 85281

Fax: **1-866-388-2247**

Correo electrónico: **AzCHGrievanceAndAppeals@AZCompleteHealth.com**

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, el cual se encuentra disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o bien por correo a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D. C. 20201. Asimismo, puede presentar dicha queja por teléfono llamando al **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TTY).

Los formularios de queja están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**



Le damos la bienvenida a Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Le damos la bienvenida al plan de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y Regional Behavioral Health Authority (ACC-RBHA). Gracias por confiar en nosotros. Esperamos poder ofrecerle asistencia.

En este manual, usamos “usted” y “su” para referirnos al “miembro del AHCCCS”. Utilizamos “nosotros”, “nos”, “nuestro” y “nuestro plan” para referirnos a “Arizona Complete Health-Complete Care Plan”. Solo el miembro puede obtener los beneficios mencionados en este manual. Los servicios cubiertos se financian mediante un contrato con el Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS). “Servicios cubiertos” hace referencia a los servicios de atención de salud que pagaremos.

Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Nuestro departamento Servicios al Miembro (Servicios al Miembro) cuenta con personal que habla varios idiomas, incluidos el inglés y el español. Servicios al Miembro también cuenta con un servicio de intérpretes telefónicos para los miembros que hablan un idioma que no está disponible en el departamento. Puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**). Si habla otro idioma que no sea inglés o español, llame a Servicios al Miembro y le brindaremos ayuda a fin de conseguir un intérprete para la llamada telefónica. Servicios al Miembro puede ponerlo en contacto con otros departamentos del plan de salud.

Cuando llame a Servicios al Miembro, tenga preparada la siguiente información:

- Tenga a mano su nombre, su número de identificación (ID) del AHCCCS, su fecha de nacimiento, y el número de teléfono y la dirección que aparecen en sus registros.
- También necesitará un bolígrafo y un papel para anotar la información importante que le daremos.

Las siguientes son algunas de las formas en que Servicios al Miembro puede brindarle ayuda:

- Respondemos preguntas sobre los servicios cubiertos, los beneficios y los copagos.
- Brindamos información sobre médicos, especialistas en enfermería clínica y asistentes médicos.
- Brindamos información sobre los programas disponibles a los miembros.
- Le brindamos ayuda para elegir o cambiar su PCP.
- Le brindamos ayuda para programar traslados para sus citas médicas.
- Le brindamos ayuda para programar, cambiar o cancelar sus citas médicas poniéndolo en contacto con su proveedor de atención de salud.
- Le brindamos información sobre dentistas o especialistas.
- Le brindamos ayuda si tiene un reclamo o un problema.
- Le brindamos ayuda con sus derechos como miembro.
- Le brindamos ayuda para programar servicios de interpretación de idiomas para sus citas médicas si no puede comunicarse con su médico. **Este servicio no tiene ningún costo para usted.**
- Le brindamos ayuda para cambiar su número de teléfono y dirección con el AHCCCS.
- Le brindamos las pautas de práctica clínica si las solicita.
- Si está recibiendo tratamiento para condiciones como la diabetes, el cáncer, el asma, la salud del comportamiento, el VIH/sida o cualquier otra discapacidad, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) de inmediato. Le haremos una remisión a un administrador de la atención integrada para asegurarnos de que reciba la atención que necesita.



Administración de la atención integrada/coordinación de la atención

La administración médica, la administración de la atención integrada y la coordinación de la atención son beneficios que ofrecemos a los miembros inscritos en Medicaid sin costo alguno para usted. Nuestro objetivo es brindarle ayuda para que esté saludable mediante información educativa y su propia planificación de atención de salud. Nuestro personal de enfermería, profesionales de la salud del comportamiento y coordinadores de atención le brindarán ayuda a usted o a un miembro de su familia para que logre lo siguiente:

- obtenga la atención que necesita;
- entienda cómo funcionan todos los medicamentos que esté tomando;
- obtenga los nombres y números de los recursos comunitarios;
- colabore con ellos y su PCP u hogar de salud del comportamiento para obtener cualquier otro servicio que necesite para mantenerse saludable.

Su administrador de atención también le brindará ayuda cuando salga del hospital o de otro entorno médico en el que haya estado por poco tiempo para garantizar que reciba los servicios que necesita cuando llegue a su hogar. Estos servicios pueden incluir visitas a domicilio o terapias.

Si desea tener un administrador de atención, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para una remisión del médico. Su PCP o su hogar de salud del comportamiento también pueden hacerle una remisión a Administración Médica/Coordinación de la Atención.

Los coordinadores de atención maternoinfantil (MCH) le brindarán ayuda con preguntas o problemas sobre su embarazo. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que la atienda durante el embarazo y el parto, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener una remisión del médico.

Si tiene necesidades graves de atención de salud o necesita pruebas, asesoramiento y tratamiento para el VIH, el personal de Administración de la Atención le brindará ayuda para encontrar el proveedor que necesita. Si desea tener un administrador de atención, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener una remisión del médico. Su PCP o su hogar de salud del comportamiento también pueden hacerle una remisión a estos servicios.

Línea Nurse Advice Line

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene una línea Nurse Advice Line disponible para miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana. El personal de enfermería le indicará si debe hacer lo siguiente:

- llamar a su PCP;
- ir a un centro de atención de urgencia;
- ir a la sala de emergencias.

Además, el personal de enfermería puede decirle cómo cuidarse en su hogar cuando no se sienta bien y responder preguntas sobre su salud.

Para hablar con un miembro del personal de enfermería, llame al **1-866-534-5963** (TTY/TDD: **711**).

En casos de emergencias que ponen en peligro la vida, llame siempre al **911**. No es necesario conseguir una autorización previa para los servicios de emergencia.

**Línea Nurse
Advice Line**

**1-866-534-5963
(TTY/TDD: 711)**



Atención de emergencia/atención de urgencia (cuidado fuera del horario de atención)

En casos de emergencias que ponen en peligro la vida, llame siempre al **911**. No es necesario conseguir una autorización previa para los servicios de emergencia.

¿Debo acudir a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia?

La atención de urgencia es necesaria cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro de las 24 a 72 horas. No se trata de casos en los que está en peligro su vida. Sin embargo, no puede esperar a tener una consulta con el PCP. La atención de urgencia *no* constituye atención de emergencia.

Si tiene un problema de salud repentino que no es una emergencia, llame a su PCP. Su PCP le indicará qué hacer. Cuando el consultorio del PCP esté cerrado, su llamada podría pasar a una máquina contestadora. Escuche con cuidado. Podrían pedirle que deje un mensaje para que su PCP le devuelva la llamada.

Si no se puede comunicar con su PCP, puede recibir atención en un centro de atención de urgencia. No necesita una cita para eso. Debe acudir a un centro de atención de urgencia que sea parte de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Para acceder a una lista de centros de atención de urgencia cerca de usted, visite azcompletehealth.com/completecure.

Atención de urgencia (cuidado fuera del horario de atención)

Un centro de atención de urgencia es un buen lugar para obtener ayuda, porque suelen tener un horario extendido (fuera del horario de atención) y médicos para tratar problemas habituales, y pueden atender pacientes con rapidez (normalmente, en menos de una hora). Los centros de atención de urgencia pueden brindarle ayuda con infecciones de oído, dolor de garganta, infecciones del tracto urinario, cortes y quemaduras leves, esguinces y otros problemas de salud habituales. La atención de urgencia puede aplicar a problemas con los que, habitualmente, le brindaría ayuda su médico. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener ayuda a la hora de encontrar un centro de atención de urgencia cerca de usted.

Servicios de telesalud

Los servicios de telesalud ayudan a prestar atención médica cuando no se puede ir al médico en persona. Consulte con su proveedor qué opciones de telesalud tiene. Los miembros pueden llamar a Teladoc las 24 horas del día, los siete días de la semana, y comunicarse con un proveedor de servicios de atención de salud en cuestión de minutos. Teladoc puede tratar diferentes problemas, como resfriados; gripe; fiebre; erupciones y condiciones de la piel; problemas con los senos nasales; alergias, e infecciones respiratorias. También puede recetar medicamentos para tratar esos problemas. Puede llamar a Teladoc al **1-800-835-2362** (TTY/TDD: **711**).

Servicios móviles de atención de urgencia

Arizona Complete Health-Complete Care Plan colabora con DispatchHealth para ofrecerle atención de salud cuando esté enfermo o lesionado. Este servicio de atención de salud está dentro de la red para los miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan de algunas zonas. La próxima vez que tenga una enfermedad o lesión urgente que no requiera acudir a la sala de emergencias, puede quedarse donde está y llamar a DispatchHealth. Se usan muchas de las mismas herramientas que en la sala de urgencias. Cada equipo médico cuenta con un asistente médico o un especialista en enfermería clínica y un técnico médico, junto con un médico de atención de urgencia que está disponible por teléfono. De hecho, ese es el mismo tipo de proveedores que vería en su sala de emergencias local.



DispatchHealth está disponible de 8 a. m. a 10 p. m., los siete días de la semana, los 365 días del año, incluidos los días festivos. Para obtener atención en Tucson, llame al **1-520-479-2552**. Para recibirla en Phoenix, llame al **1-602-661-9366**.

En casos de emergencia, inclusive si siente dolor en el pecho, presenta signos de derrame cerebral, o tiene reacciones alérgicas o lesiones graves, entre otros indicios, llame al **911**.

Sala de emergencias: ejemplos de síntomas	Atención de urgencia: ejemplos de síntomas
Falta de aire extrema	Vómitos durante más de 6 horas (si se trata de niños pequeños, llame al PCP)
Desmayos	Diarrea durante más de 6 horas (si se trata de niños pequeños, llame al PCP)
Sobredosis o intoxicación	Esguince de tobillo
Dolores en el pecho	Quemaduras y sarpullidos leves
Sangrado que no se puede detener	Una reacción alérgica leve
Convulsiones	Gripe, dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos

Sala de emergencias

Las salas de emergencias están destinadas al tratamiento de condiciones médicas de emergencia, como huesos rotos, dolor grave, posible sobredosis por ingesta de medicamentos o envenenamiento, pérdida del conocimiento, sangrado que no se puede controlar, convulsiones, dolores en el pecho o dificultad para respirar.

En casos de emergencias que ponen en peligro la vida, llame siempre al **911**. No es necesario conseguir una autorización previa para los servicios de emergencia.

Cómo obtener servicios para crisis de salud del comportamiento

Si teme que usted o alguien que conoce se lastime a sí mismo o a otros, llame al **911** de inmediato. No es necesario conseguir una autorización previa para los servicios de emergencia.

Si tiene un problema de salud del comportamiento, una crisis de salud mental o pensamientos suicidas, no está solo. Muchas personas pasan por lo mismo. Hay recursos a su disposición para brindarle ayuda. Durante una crisis, usted puede sentir que las cosas nunca cambiarán. Comunicarse con una línea de crisis de salud del comportamiento es un buen modo de comenzar a obtener ayuda.



Si tiene una crisis de salud del comportamiento, llame a la línea de crisis al:

1-844-534-4673 o **1-844-534-HOPE** (TTY/TDD: **711**) (en todo el estado)

1-844-423-8759 (Tohono O'Odham Nation)

1-800-259-3449 (comunidades indígenas Gila River y Ak-Chin)

1-480-850-9230 (comunidad indígena Pima-Maricopa de Salt River)

1-855-728-8630 (Tribal Warm Line)

La línea de crisis ofrece ayuda inmediata y confidencial las 24 horas al día, los siete días a la semana, los 365 días al año, a cualquier persona que tenga una crisis de salud del comportamiento. No importa qué seguro tenga o si no tiene seguro.

Servicios para crisis disponibles para usted

Usted puede obtener servicios para crisis, incluso si no es elegible bajo los títulos XIX y XXI (es decir, no es elegible para el AHCCCS/no está inscrito en Medicaid) o si no se determina que tiene una enfermedad mental grave. Los servicios para crisis disponibles para usted incluyen los siguientes:

- servicios telefónicos gratuitos para crisis, disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- servicios móviles para crisis, disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- servicios de supervisión/estabilización para crisis disponibles durante 23 horas, incluidos servicios de desintoxicación y, según la cantidad de fondos, hasta 72 horas adicionales de estabilización;
- servicios para crisis relacionados con el abuso de sustancias, incluidos servicios de seguimiento.

Cómo obtener servicios de emergencia cuando está fuera del área de servicios

Es posible que necesite servicios de emergencia cuando esté fuera de su hogar y del área de servicios de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Esto se llama “atención fuera del área”. Tiene derecho a acudir a cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia. Si necesita atención de emergencia fuera del área, haga lo siguiente:

- Acuda a un hospital o centro para crisis y pida ayuda.
- Pida al hospital o al centro para crisis que llame al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).
- El hospital o el centro para crisis se pondrá en contacto con Arizona Complete Health-Complete Care Plan para la aprobación de los servicios.
- En casos de emergencias que ponen en peligro la vida, llame siempre al **911**.

Si tiene una emergencia, puede recibir servicios de emergencia en cualquier hospital o sala de emergencias (dentro o fuera de la red). Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

Puede acudir a cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia. Sin embargo, hay ciertos servicios de emergencia dentro de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, como la atención de urgencia, la línea Nurse Advice Line o los servicios de telesalud, que pueden ser más fáciles de usar para usted.



Cómo encontrar servicios para los trastornos por uso de sustancias e información sobre los opiáceos

Los miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden recibir servicios de tratamiento para el uso de sustancias sin costo alguno. Si tiene preguntas sobre el tratamiento para el uso de sustancias/opiáceos y quiere acceder a esos servicios, puede llamar a su proveedor de atención primaria o Servicios al Miembro puede brindarle ayuda. Llame al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Hay financiación disponible a través de subvenciones estatales y federales para el tratamiento de trastornos por uso de opiáceos para los ciudadanos de Arizona que no tienen seguro o tienen un seguro limitado. Puede obtener más información sobre estos programas en nuestro sitio web o llamando a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

También puede obtener información sobre la herramienta del AHCCCS de localización de servicios para el uso de opiáceos en <https://opioidservicelocator.azahcccs.gov/>.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene subvenciones para ayudar con trastornos por uso de sustancias y opiáceos. Estas subvenciones permiten brindar ciertos tratamientos y apoyo durante un corto período de tiempo. Estas subvenciones incluyen el programa Servicios Estatales para Trastornos por Uso de Sustancias (SUDS), la Respuesta Estatal ante Opiáceos (SOR), la Respuesta Estatal ante Opiáceos II (SOR II), el Programa Estatal Piloto de Subvenciones para el Tratamiento de Mujeres Embarazadas y Puérperas (PPW-PLT), el Proyecto de Emergencia por la COVID-19 de Arizona y la subvención de respuesta de emergencia por la COVID-19 para la prevención del suicidio.

Algunos ejemplos de servicios financiados por estas subvenciones estatales son los siguientes:

- subvenciones para el tratamiento de trastornos por uso de opiáceos para personas sin seguro o con seguro limitado;
- actividades de divulgación y prevención;
- ayuda para la reincorporación a la comunidad tras salir de la cárcel o la prisión; o
- formación (escuelas, planes de salud y otros lugares).

Cómo garantizar una atención competente desde el punto de vista cultural

Apreciamos a los miembros como usted. Entendemos que, en Arizona, hay una gran diversidad de orígenes culturales y étnicos. Sabemos que su salud se ve afectada por sus creencias, cultura y valores.

Queremos brindarle ayuda para mantener un buen estado de salud y una buena relación con los médicos y otros proveedores que entienden sus necesidades. Si siente que hay algún problema, llámenos. Le brindaremos ayuda para encontrar un proveedor que entienda mejor sus necesidades personales.

Llámenos y díganos si hemos pasado por alto algo que sea importante para usted. Queremos brindarle ayuda. Queremos que se sienta cómodo con nuestros servicios. Si desea compartir información cultural que considere importante para su atención de salud o elegir a un proveedor en función de su conveniencia, ubicación, adaptaciones por discapacidad, idiomas o preferencias culturales, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Attention: If you speak a language other than English, oral and written translation services are available to you at no charge. Call **1-866-918-4450**, TTY/TDD: **711**.



Atención: Si habla un idioma distinto al inglés, tiene disponible sin cargo servicios de traducción oral y escrita. Llame al **1-866-918-4450**, TTY/TDD: **711**.

Información impresa para miembros

Si necesita que se traduzca cualquier material escrito para miembros, se lo brindaremos sin costo alguno. Si necesita materiales en formatos alternativos, como letra grande o braille, también podemos brindárselos sin costo alguno. Llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) o visite nuestro sitio web **azcompletehealth.com/completecure** para obtener materiales en formatos alternativos. Si necesita ayuda para leer o entender cualquier material para miembros, póngase en contacto con Servicios al Miembro.

Servicios de interpretación

Podemos ofrecerle asistencia lingüística, incluidos servicios de interpretación de lengua de señas, sin costo alguno. También podemos brindarle ayuda para encontrar un proveedor que hable su idioma. Si no puede comunicarse con su proveedor debido a una barrera lingüística, podemos conseguir un intérprete que brinde ayuda. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Intérpretes de lengua de señas, y ayuda y servicios auxiliares

Si usted es una persona sorda o con problemas de audición, puede pedir ayuda y servicios auxiliares. También puede solicitar un intérprete de lengua de señas. Su proveedor tiene que ofrecerle estos servicios sin costo alguno. Hay muchos tipos de ayuda y servicios auxiliares. Estos pueden brindarles ayuda a los miembros con pérdida de la audición para entender la información que se dice en voz alta.

Los intérpretes de lengua de señas prestan servicios de interpretación, habitualmente en lengua de señas estadounidense, a las personas sordas o con problemas de audición. Si usted o su proveedor necesitan una lista de intérpretes de lengua de señas o las leyes relacionadas con servicios de interpretación en el estado de Arizona, visite el sitio web de la Comisión de Arizona para Personas Sordas y con Problemas de Audición ingresando en **www.acdhh.org** o llame al **1-602-542-3323 (V); 1-602-364-0990 (TTY); 1-800-352-8161 (V/TTY), o 1-480-559-9441 (videoteléfono)**.

¿Qué idiomas hablan los proveedores?

Puede encontrar una lista de todos los proveedores, sus ubicaciones, sus números de teléfono y los idiomas que hablan en línea ingresando en **azcompletehealth.com/completecure**. Si desea elegir a un proveedor en función de su conveniencia, ubicación, adaptaciones por discapacidad, idiomas o preferencias culturales, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Ayuda en otro idioma y para personas con discapacidad: ¿cómo puedo obtener ayuda?

Si tiene una discapacidad física, los consultorios de nuestros proveedores de la red deben brindarle adaptaciones. Puede llamar a Servicios al Miembro para encontrar un proveedor que pueda cubrir sus necesidades al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) o busque uno en línea con nuestra herramienta Find a Provider (Encontrar un proveedor) en **azcompletehealth.com/completecure**.



El equipo de Servicios al Miembro está aquí para ayudar

Arizona Complete Health-Complete Care Plan le brindará ayuda para elegir a un proveedor de la red de proveedores. Si desea elegir a un proveedor en función de su conveniencia, ubicación, adaptaciones por discapacidad o preferencia cultural, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Si tiene necesidades graves de atención de salud o necesita pruebas, asesoramiento y tratamiento para el VIH, el personal de administración de la atención le brindará ayuda para entender la red de proveedores. Si desea tener un administrador de atención, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener una remisión del médico. Su PCP o su hogar de salud del comportamiento también pueden hacerle una remisión a servicios de administración médica o coordinación de la atención.

Deberá llamar a su proveedor para programar, cambiar o cancelar sus citas. También puede llamar a Arizona Complete Health-Complete Care Plan si desea recibir ayuda para programar, cambiar o cancelar sus citas.

Si no está satisfecho con su proveedor actual, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para conversar sobre otras opciones disponibles.

Si no tiene acceso a Internet en su casa, en las bibliotecas suele haber servicio de Internet sin costo. También puede obtener una copia impresa del Directorio de proveedores sin costo alguno llamando a Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) o visitando nuestro sitio web **azcompletehealth.com/completecare**.

Si acude a un proveedor fuera de nuestra red

Usted debe recibir los servicios a través de proveedores de la red contratados por Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede encontrar una lista de proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en nuestro sitio web **azcompletehealth.com/completecare**. Haga clic en el enlace "Find a Provider" (Encontrar un proveedor). También puede llamar a nuestra línea de Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para pedir ayuda.

La herramienta "Find a Provider" (Encontrar un proveedor) tendrá la información más actualizada sobre la red de proveedores, incluidos datos como el nombre, la dirección, los números de teléfono, si aceptan nuevos pacientes, las cualificaciones profesionales, los idiomas que hablan, su sexo, su especialidad y si han sido avalados por la junta de especialidades médicas.

Si acude a un proveedor fuera de nuestra red, es probable que los servicios que reciba no estén cubiertos. Es probable que usted tenga que pagar por estos servicios. Las excepciones incluyen servicios de emergencia y acuerdos de casos únicos fuera de la red aprobados y autorizados por el Departamento de Administración de la Utilización de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede obtener servicios de emergencia del centro de emergencias más cercano sin costo alguno para usted, incluso si ese centro no tiene contrato con Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Esto incluye centros de emergencias de otros estados cuando viaja fuera del estado.

Si no encuentra un proveedor contratado por Arizona Complete Health-Complete Care Plan que pueda cubrir sus necesidades de atención de salud, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para pedir ayuda. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no puede encontrar un proveedor de la red para satisfacer sus necesidades de atención de salud, nuestro equipo celebrará un acuerdo especial con un proveedor fuera de la red para usted.



Cómo obtener una copia impresa del Directorio de proveedores

El Directorio de proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está disponible sin costo alguno para usted. Para obtener una copia, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**), o puede encontrar una copia para imprimir en nuestro sitio web en **azcompletehealth.com/completecare**.

Dónde se prestan los servicios

El plan de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y Regional Behavioral Health Authority presta servicios a los miembros de los siguientes condados:

Área geográfica de servicios (GSA) y condados	Descripción de servicios
<p>GSA central: Condado de Gila Condado de Maricopa</p>	<p>Proveedor de atención primaria (PCP) Obstetras y ginecólogos (OB/GYN) Hospitales Farmacia Especialista Salud del comportamiento Servicios dentales Servicios de la vista Centros de salud aprobados por el Gobierno federal (FQHC) Centros de enfermería especializada (SNF) Transporte que no es de emergencia Servicios auxiliares</p>
<p>GSA del sur: Condado de Cochise Condado de Graham Condado de Greenlee Condado de La Paz Condado de Pima Condado de Santa Cruz Condado de Yuma Reserva San Carlos Tribal</p>	<p>Proveedor de atención primaria (PCP) Obstetras y ginecólogos (OB/GYN) Hospitales Farmacia Especialista Salud del comportamiento Servicios dentales Servicios de la vista Centros de salud aprobados por el Gobierno federal (FQHC) Centros de enfermería especializada (SNF) Transporte que no es de emergencia Servicios auxiliares</p>



Arizona Complete Health-Complete Care Plan es un plan de atención administrada. Un plan de atención administrada es un plan de salud que proporciona atención a sus miembros a través de un grupo selecto de médicos, hospitales y farmacias. Usted y su proveedor de atención primaria (PCP) cumplen un papel importante en su plan de atención administrada. Su PCP le ayuda a decidir qué servicios necesita y a organizar la mayoría de estas necesidades. Es su responsabilidad acudir a su PCP o a su hogar de salud del comportamiento y hablar con ellos sobre su salud.

EN OCASIONES, SU PCP NECESITARÁ PEDIR A ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMplete CARE PLAN QUE APRUEBE SUS TRATAMIENTOS O CONSULTAS CON OTRO PROVEEDOR ANTES DE QUE USTED RECIBA SUS SERVICIOS. ESTO SE LLAMA “AUTORIZACIÓN PREVIA”. ASEGÚRESE DE QUE EL PROVEEDOR SEPA QUE USTED ES UN MIEMBRO DE ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMplete CARE PLAN. RECUERDE LLEVAR SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) A LA CITA.

Su tarjeta de identificación (ID) de miembro

Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el estado, el AHCCCS utilizará su foto de la División de Vehículos Motorizados (MVD) del Departamento de Transporte de Arizona. La computadora del consultorio de su proveedor tendrá su foto (si está disponible) y los detalles de su cobertura.

Solo usted puede utilizar su tarjeta de ID de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Nunca preste, venda o permita que alguien utilice su tarjeta. Esto va en contra de la ley, y usted podría perder su elegibilidad para el AHCCCS. También se podrían tomar acciones legales contra usted.

Proteja siempre su tarjeta de ID. **Recuerde: Nunca preste, venda o permita que alguien utilice su tarjeta. Podría perder su elegibilidad para el AHCCCS. Es muy importante que guarde su tarjeta de ID en un lugar seguro y que no la tire.**

Obligaciones de los miembros

Como miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, usted tiene las siguientes responsabilidades:

- proporcionar toda la información posible para que sus proveedores puedan brindarle atención;
- seguir las instrucciones de sus proveedores;
- conocer el nombre de su PCP (proveedor de atención primaria) asignado;
- siempre que sea posible, pedir citas durante el horario de atención, en lugar de acudir a centros de atención de urgencia o salas de emergencias;
- llegar a tiempo a las citas;
- avisar al proveedor en caso de que sea necesario cancelar o modificar una cita;
- llevar los registros de vacunación a cada cita para jóvenes de 18 años o menos;
- compartir información.
 - Si no entiende su condición de salud o su plan de tratamiento, pídale a su médico que se lo explique.
 - Facilite a sus médicos, proveedores y administrador de atención todos los datos sobre sus problemas de salud, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos, vacunas y otras inquietudes de salud.



- Participe en la recuperación.
 - Conozca el nombre de sus médicos o administrador de atención.
 - Participe en la creación de su plan de servicios.
 - Siga las instrucciones acordadas entre usted y sus proveedores.

Qué hacer cuando cambia el tamaño de su familia o su información de miembro

Usted debe llamar al consultorio que lo hizo elegible para el AHCCCS para agregar un nuevo miembro o si algún familiar abandona el plan y se reduce el grupo familiar.

- Departamento de Seguridad Económica (DES) www.healtharizonaplus.gov o **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**
- KidsCare www.healtharizonaplus.gov o **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)/Solamente Asistencia Médica o **1-602-417-5010/1-800-528-0142** fuera del condado de Maricopa
- Administración del Seguro Social <https://www.ssa.gov/> o **1-800-772-1213**
- Sistemas de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALPCS) <https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/Categories/nursinghome.html> o **1-888-621-6880**

Recuerde que es importante informar de un nuevo bebé inmediatamente después del nacimiento para que pueda recibir servicios.

Si alguno de sus datos cambia, como su número de teléfono o su dirección, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**). Podemos brindarle ayuda para hacer cambios.

Infórmenos si se muda

Como miembro de nuestro plan, su área de servicios es el sur y el centro de Arizona. Si se muda fuera de los Estados Unidos, del estado de Arizona, o fuera del sur o del centro de Arizona, no puede permanecer en su plan actual. Antes de mudarse, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para actualizar su dirección. A menudo, podemos actualizar su dirección con la Oficina de Elegibilidad del AHCCCS.

No se cubren los servicios fuera de los Estados Unidos.

Como miembro de nuestro plan de salud, si se enferma en otro estado, Arizona Complete Health-Complete Care Plan solo pagará por los servicios de emergencia. Puede encontrar una lista de estos servicios en la sección denominada “¿Qué está cubierto?”.

Si tiene una emergencia mientras está fuera del estado, acuda a la sala de emergencias más cercana. Muestre su tarjeta de miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en el hospital. Pida al hospital que facture a Arizona Complete Health-Complete Care Plan.



La atención de seguimiento y de rutina que no esté relacionada con una emergencia no está cubierta mientras usted esté fuera del estado. Esto incluye los medicamentos recetados. Debe recibir atención de seguimiento de su PCP. Arizona Complete Health-Complete Care Plan podría aprobar servicios de atención de salud que solo estén disponibles fuera de su lugar de residencia. Si esto ocurre, podríamos pagar sus gastos de transporte, alojamiento y comida. Arizona Complete Health-Complete Care Plan solo pagará por estos servicios si Arizona Complete Health-Complete Care Plan los aprueba. Llame a Servicios al Miembro antes de su viaje para que podamos brindarle ayuda para hacer los preparativos al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Puede perder su atención con el AHCCCS si no informa cuando se muda.

Debe avisar a estos otros lugares:

- Su PCP.
- La Oficina de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), si recibe beneficios de SSI.
- El Departamento de Seguridad Económica (DES), si recibe TANF, cupones de alimentos.
- Los miembros de KidsCare (Título XXI) deben llamar al AHCCCS al **1-602-417-5437** o al número gratuito del estado al **1-877-764-5437**.

Llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) si tiene preguntas sobre su inscripción, o llame al AHCCCS al **1-800-523-0231** o al **1-602-417-4000**.

Voz y toma de decisiones en familia

Se espera que nuestros profesionales de atención de salud incluyan a los familiares responsables y a otras personas autorizadas como responsables de la toma de decisiones en el proceso de planificación del tratamiento. Es importante que los familiares responsables y otras personas autorizadas participen en la mayor cantidad de conversaciones posibles sobre la planificación de tratamientos para el miembro. De esa manera, quien toma las decisiones podrá tomar decisiones más informadas sobre la atención del miembro.

Si siente que no se tiene en cuenta su opinión, escriba a nuestro equipo de defensa a **AzCHAdvocates@azcompletehealth.com**. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) y solicitar hablar con alguien del equipo de defensa.

Política de transición de la atención

Si se está mudando y tiene un nuevo plan del AHCCCS, queremos brindarle ayuda. Podemos ayudarle con la transición de su atención a su nuevo plan de salud y proveedores.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan siempre ayudará con la coordinación de la atención a todos nuestros miembros durante las transiciones de la atención. Entre los ejemplos de estas transiciones se incluyen transiciones entre Arizona Complete Health-Complete Care Plan y otras organizaciones de atención administrada, cambios en las áreas de servicios y cambios en los proveedores de atención de salud. También ayudamos a los miembros a coordinar la atención para las transiciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan a planes de Tarifa-por-Servicio o de planes de Tarifa-por-Servicio a Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Algunos miembros podrían necesitar más ayuda durante un período de transición. Si tiene preguntas sobre la coordinación de la atención cuando realiza cambios, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).



Arizona Complete Health-Complete Care Plan obtendrá información de su anterior plan de salud o se pondrá en contacto con su nuevo plan de salud para ayudar a coordinar su atención y garantizar que continúe sin interrupciones. Si tiene dudas sobre una posible transición de su atención, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

¿Cómo utilizo bien la sala de emergencias?

Si su vida corre peligro inminente, llame al **911**. Si necesita ver a un médico de inmediato, llame a su PCP para recibir recomendaciones o programar una cita. Si su médico no puede atenderle o el consultorio no está abierto, considere la posibilidad de acudir al centro de atención de urgencia más cercano. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener ayuda a la hora de encontrar un centro de atención de urgencia cerca de usted.

¿Debo acudir a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia?

En una emergencia, usted puede ir o recurrir a una sala de emergencias (dentro o fuera de la red) para recibir atención de emergencia. Cuando reciba atención médica, muestre su tarjeta de ID y avise que es miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Usted no necesita una remisión del médico o una autorización previa del plan. Llame a su PCP o a la línea Nurse Advice Line de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-866-534-5963** (TTY/TDD: **711**) si no se está seguro de tener una emergencia. Si tiene un problema que debe verse con urgencia pero no es potencialmente mortal, puede acudir a un centro de atención de urgencia o al consultorio de su médico. A continuación, se enumeran algunos ejemplos de la diferencia entre una emergencia y algo que es posible que se deba ver con urgencia.

Sala de emergencias: ejemplos de síntomas	Atención de urgencia: ejemplos de síntomas
Falta de aire extrema	Vómitos durante más de 6 horas (si se trata de niños pequeños, llame al PCP)
Desmayos	Diarrea durante más de 6 horas (si se trata de niños pequeños, llame al PCP)
Sobredosis o intoxicación	Esguince de tobillo
Dolores en el pecho	Quemaduras y sarpullidos leves
Sangrado que no se puede detener	Una reacción alérgica leve
Convulsiones	Gripe, dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos



Qué hacer en caso de emergencia

Las emergencias médicas son situaciones de vida o muerte. Pueden conducir a una discapacidad o a la muerte si no se tratan lo antes posible. **La autorización previa no es necesaria para la atención de emergencia.**

Si cree que sus síntomas son una emergencia, llame al 911 o acuda al Departamento de Emergencias más cercano. Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a solicitar servicios de emergencia en cualquier hospital u otro centro con sala de emergencias (dentro o fuera de la red). Avise al personal del Departamento de Emergencias que usted es miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y muestre su tarjeta de ID. Si no puede hacerlo, pida a un familiar o amigo que informe al personal del Departamento de Emergencias que usted es miembro de nuestro plan.

¿Qué ocurre si necesita atención de emergencia fuera de nuestra área de servicios?

Nuestro plan pagará la atención de emergencia mientras usted esté fuera del condado o del estado. Si necesita atención de emergencia, muestre su tarjeta de ID de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para que los médicos puedan avisarnos.

En casos de emergencia (situaciones que ponen en riesgo la vida), llame al 911.

Transporte: ¿Cómo puedo conseguir transporte para citas médicas?

Transporte de emergencia

El transporte de emergencia es un beneficio cubierto. No es necesario conseguir una autorización previa para el transporte de emergencia.

En situaciones de crisis, Arizona Complete Health-Complete Care Plan dispone de recursos para el transporte. Llame a nuestra línea de crisis al **1-866-495-6735** (TTY/TDD: **711**).

Transporte que no es de emergencia

Los miembros pueden conseguir transporte para citas médicas de varias maneras. La forma más fácil es organizar el traslado con un familiar o amigo. Si eso no es posible y usted tiene un hogar de salud del comportamiento, su hogar de salud debe brindarle ayuda con el transporte.

Si no tiene un hogar de salud del comportamiento o este no puede cubrir sus necesidades de transporte, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**). Le brindaremos ayuda para conseguir transporte para sus citas médicas. Llámenos tres días antes de la cita.

Puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) los fines de semana y los días festivos para conseguir transporte a centros de atención de urgencia cuando esté enfermo.

Recuerde siempre llamar al **911** en una verdadera emergencia médica.



Si llama para que lo lleven a una cita médica, tenga preparada esta información:

- Su nombre, número de ID del AHCCCS, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono (para fines de verificación).
- La fecha, hora y dirección de su cita médica.
- Si necesita un traslado solo de ida, de ida y vuelta, o solo de vuelta.
- Sus necesidades de desplazamiento (silla de ruedas, camilla u otros).
- Las necesidades especiales que tenga (oxígeno, suero, acompañante, silla de ruedas ancha o eléctrica, un vehículo de techo alto, etc.).
- Los niños menores de 5 años necesitan un asiento para el automóvil. Los niños de entre 5 y 7 años y que midan menos de 4 pies y 9 pulgadas necesitan un asiento de seguridad elevado. Usted debe proporcionar el asiento de automóvil para el traslado de su hijo.

Silla de ruedas o camilla

Si necesita una silla de ruedas o una camilla para ir a una consulta rutinaria al médico, puede usar a las camionetas de los servicios de transporte de pacientes para el traslado de ida y vuelta. Debe llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para programar los traslados al menos tres o cuatro días laborables antes de la fecha de la cita.

Cancelación de traslados a sus citas

Si cancela su cita al médico o al dentista, debe llamar también a Servicios al Miembro para cancelar el transporte a la consulta. Llámenos al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

¿Qué está cubierto?

¿Qué tipo de atención de salud puedo recibir de Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP)?

Para que pueda recibir un servicio de atención de salud a través de nuestro plan, el servicio debe reunir estos requisitos:

- Debe ser un beneficio cubierto según la cobertura del AHCCCS.
- Debe ser médicamente necesario.

Un “beneficio cubierto” implica que usted puede obtener este servicio a través del AHCCCS y Arizona Complete Health-Complete Care Plan. “Médicamente necesario” significa que es un servicio cubierto prestado por un médico u otro profesional autorizado de las artes de la salud dentro del ámbito de la práctica según la ley estatal para prevenir enfermedades, discapacidades u otras condiciones adversas o su progresión, o para prolongar la vida.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre a los miembros de muchos grupos. Visite el siguiente sitio web para averiguar qué servicios están cubiertos para usted.



Miembros con la designación de enfermedad mental grave (SMI) que están inscritos en Medicaid

Si usted es un adulto inscrito en Medicaid y en el Arizona Complete Health-Complete Care Plan que tiene la designación de enfermedad mental grave, puede obtener tanto su atención de salud física como su atención de salud del comportamiento a través de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Miembros con doble elegibilidad de Medicaid/Medicare

Si usted es un miembro “con doble elegibilidad” (inscrito en Medicare y Medicaid), podría tener beneficios adicionales que podrían no estar cubiertos por el AHCCCS. Es importante que nos avise de sus otras coberturas tan pronto como pueda. Saber que tiene otro seguro nos ayuda a coordinar la atención de salud que recibe con el otro plan.

Si tiene cobertura de Medicare y acude a un médico que no está en nuestra red, es probable que los gastos no estén cubiertos. Si decide hacerlo sin nuestra aprobación, es probable que no paguemos por esos servicios, debido a que los prestó un médico que no está en nuestro plan. Es importante que usted acuda a su PCP, a su hogar de salud o proveedor de salud del comportamiento para que le hagan una remisión a los médicos indicados (este requisito no incluye los servicios de emergencia, ya que no es necesaria la aprobación para recibirlos). No cubriremos los copagos o deducibles por servicios fuera de la red contratada por Arizona Complete Health-Complete Care Plan sin autorización previa.

Adultos con designación de SMI no inscritos en Medicaid

Si está inscrito en Arizona Complete Health-Complete Care Plan como adulto con designación de enfermedad mental grave (SMI) sin Medicaid, solo es elegible para un beneficio limitado de salud del comportamiento (consulte la tabla de beneficios de salud del comportamiento para obtener más información).

Programas financiados con subvenciones para ciudadanos de Arizona sin seguro o con seguro limitado

Si usted vive en los condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz o Yuma y está experimentando un trastorno por uso de sustancias (SUD) o un trastorno por uso de opiáceos (OUD), podría ser elegible para recibir los servicios de tratamiento de SUD a través de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener más información y aclaraciones sobre la cobertura.



Servicios de salud física cubiertos por Medicaid

Los siguientes servicios están disponibles para los miembros de Medicaid. Consulte a continuación para obtener más información. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) o hable con su PCP o su hogar de salud para obtener más información sobre estos servicios.

- Ambulancia para atención de emergencia.
- Servicios de audiología para evaluar la pérdida de audición tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados.
- Salud del comportamiento.
- Atención durante el embarazo.
- Administración de casos.
- Controles para niños*, personas embarazadas y beneficiarios calificados de Medicare (QMB).
- Servicios para niños, incluida la atención dental rutinaria.
- Los servicios quiroprácticos están cubiertos para miembros QMB con doble elegibilidad, más allá de la edad, con la aprobación de Medicare.
- Servicios médicos y quirúrgicos de emergencia relacionados con la atención dental (oral).
- Beneficios dentales de emergencia para adultos de hasta \$1,000 por año de contrato (del 1 de octubre al 30 de septiembre) si los presta un médico o dentista autorizado. Los servicios dentales de emergencia para adultos cubren atención dental de emergencia y extracciones que son médicamente necesarias para los miembros que tengan un problema dental grave que causen dolor intenso o infección. Este beneficio dental de emergencia de \$1,000 no se aplica a los miembros que padezcan cáncer de mandíbula, cuello o cabeza; a los miembros que se sometan a trasplantes; ni a los miembros hospitalizados o que estén conectados a un respirador. Llame a su administrador de atención para que le brinde ayuda para coordinar su atención.
- Diálisis.
- Administración de enfermedades.
- Consultas médicas.
- Tratamiento médico de atención de urgencia o de emergencia.
- Gafas o lentes de contacto para niños, o para adultos, solo después de la eliminación de cataratas.
- Planificación familiar/control de la natalidad.
- Servicios de atención del pie y tobillo para adultos, incluidos el cuidado de heridas, tratamiento de úlceras por presión, atención de fracturas, cirugías reconstructivas y servicios limitados de bunionectomía.
- Servicios de atención de salud, incluyendo exámenes, diagnósticos y tratamientos médicamente necesarios.
- Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS).
- Atención hospitalaria: Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre servicios de hospitalización. Si necesita servicios de hospitalización que no son de emergencia, su médico o especialista organizará su atención para que lo internen en un hospital de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y hará el seguimiento de su atención incluso si usted necesita otros médicos durante su hospitalización. Arizona Complete Health-Complete Care Plan debe aprobar todos los servicios. Para averiguar si un hospital está en la red o si usted tiene alguna otra pregunta sobre los servicios de hospitalización, llame a Servicios



al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) o ingrese al directorio de proveedores en el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en **<https://findaprovider.azcompletehealth.com/location>**. Si tiene una emergencia y requiere una hospitalización, usted o un familiar o amigo deben informárselo a su médico lo antes posible, a más tardar a las 24 horas de la hospitalización.

- Sangre y plasma sanguíneo.
 - Administración de cuidados intensivos.
 - Servicios de laboratorio, radiografía e imágenes.
 - Medicamentos.
 - Cuidado de enfermería.
 - Quirófano y atención hospitalaria.
 - Servicios de médicos, cirujanos, especialistas.
- Inmunizaciones (vacunas).
 - Bombas de insulina.
 - Análisis de laboratorio y radiografías.
 - Alimentos médicos para los miembros diagnosticados con una de las siguientes condiciones metabólicas hereditarias:
 - fenilcetonuria;
 - homocistinuria;
 - enfermedad de la orina de jarabe de arce;
 - galactosemia (requiere fórmula de soja);
 - deficiencia de beta cetotilasa;
 - citrulinemia;
 - deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD);
 - deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD);
 - acidemia glutárica de tipo I;
 - deficiencia de 3 metilcrotonil CoA carboxilasa;
 - acidemia isovalérica;
 - acidemia metilmalónica;
 - acidemia propiónica;
 - acidemia arginosuccínica;
 - tirosinemia de tipo I;
 - deficiencia de HMG CoA liasa;
 - deficiencias de cobalamina A, B y C.
 - Estudios médicos.
 - Servicios de podología médicamente necesarios. El AHCCCS cubre los servicios de podología médicamente necesarios prestados por un podólogo autorizado y ordenados por un proveedor de atención primaria o un médico de atención primaria.
 - Medicamentos de la lista de medicamentos aprobada por Arizona Complete Health-Complete Care Plan (Lista de medicamentos).
 - Centro de enfermería.
 - Terapia ocupacional.
 - Los servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios son un beneficio cubierto de Arizona Complete Health-Complete Care Plan como se especifica a continuación:
 - Los servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios están cubiertos para los miembros menores de 21 años.
 - Los servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios están cubiertos para los miembros de 21 años y más, como se indica a continuación:
 - » 15 consultas de terapia ocupacional por año de beneficio con el propósito de recuperar una habilidad o nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez recuperada;



- » 15 consultas de terapia ocupacional por año de beneficio con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez adquiridos.
- Fisioterapia:
 - Los servicios de fisioterapia para pacientes hospitalizados están cubiertos para todos los miembros que reciban atención en un hospital, un centro de enfermería o un centro de asistencia.
 - Los servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios están cubiertos para los miembros menores de 21 años.
 - Los servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios están cubiertos para los miembros adultos de 21 años o más de la siguiente manera:
 - » 15 consultas de fisioterapia por año de beneficio con el propósito de recuperar una habilidad o nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez recuperada;
 - » 15 consultas de fisioterapia por año de beneficio con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener ese nivel de función una vez adquirido.
- Terapia del habla:
 - Los servicios de terapia del habla se prestan a todos los miembros que reciban atención en un hospital, un centro de enfermería o un centro de asistencia cuando los ordenan el PCP del miembro o el médico tratante.
 - La terapia del habla para pacientes ambulatorios solo está cubierta para los miembros menores de 21 años.
- Consultas con el PCP para niños*, QMB, o cuando un adulto tiene un síntoma o enfermedad.
- Exámenes físicos.
- Atención durante el embarazo.
- Interrupción del embarazo (incluida la mifepristona [Mifeprex o RU-486]).
- Medicamentos recetados (no están cubiertos si usted tiene Medicare).
- Servicios de podología prestados por un podólogo.
- Servicios posteriores a la estabilización.
- Terapia respiratoria.
- Traslados a las consultas médicas.
- Atención de un especialista.
- Suministros y equipos, incluidos los equipos y suministros para las pruebas de diabetes de la Lista de medicamentos.
- Servicios quirúrgicos.
- Controles de bienestar infantil que incluyen atención dental, auditiva, de la visión, audífonos y vacunas para miembros menores de 21 años*, y servicios de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para miembros menores de 21 años elegibles para Medicaid.

Solo cubrimos los servicios de la red (a menos que se trate de un servicio de emergencia). Si acude a un proveedor fuera de la red sin aprobación previa, usted será responsable de todos los costos asociados a esos servicios. Asegúrese de que sus proveedores estén dentro de la red utilizando la herramienta de búsqueda de proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en <https://findaprovider.azcompletehealth.com/location> o comuníquese con Servicios al Miembro llamando al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).



Nuevas tecnologías

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con un comité de médicos que revisa los nuevos tratamientos para personas con determinadas enfermedades. Ellos revisan la información de otros médicos y agencias científicas y los nuevos tratamientos que se comparten con los proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Los médicos deciden si el nuevo tratamiento es el mejor para los miembros.

Administración de enfermedades

La administración de enfermedades es un servicio que se ofrece sin costo alguno a los miembros que reciben atención de salud a través de nuestro plan integrado. Si tiene un problema de salud como ansiedad, dolor crónico, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), insuficiencia cardíaca o enfermedades coronarias, nuestros administradores de atención pueden brindarle ayuda. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) si desea que le hagan una remisión para recibir asistencia para la administración de enfermedades o para obtener más información.

Atención ortopédica

Los dispositivos ortopédicos **para miembros menores de 21 años** se proveen si están recetados por el proveedor de atención primaria del miembro, médico a cargo o tratante.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre los dispositivos ortopédicos para **miembros que tienen 21 años o más** en estas circunstancias:

- el uso de ortopedia es médicamente necesario como la opción preferida de tratamiento según las pautas de Medicare; Y
- el uso de ortopedia cuesta menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma condición; Y
- un médico (doctor) o un profesional de atención primaria (especialista en enfermería clínica o asistente médico) ordenaron el uso de ortopedia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

El equipo médico se puede arrendar o comprar solo si no hay otras fuentes que ofrezcan elementos sin costo alguno. El costo total de los arrendamientos no debe exceder el precio de compra de los artículos. Los ajustes o las reparaciones razonables de equipos comprados tienen cobertura para todos los miembros para hacer que el equipo funcione de manera correcta o cuando el costo de reparación sea menor que arrendar o comprar otra unidad. Se pueden sustituir partes si se aporta información que demuestre que no funcionan correctamente cuando se solicita la autorización.

Servicios adicionales cubiertos para miembros adultos con designación de SMI de entre 18 y 21 años

- Identificación, evaluación y rehabilitación de la pérdida de audición.
- Cuidado personal médicamente necesario. Se puede incluir ayuda para bañarse, ir al baño, caminar y otras actividades que el miembro no sea capaz de hacer por motivos médicos.



- Servicios dentales preventivos de rutina, como exámenes de salud bucal, limpiezas, educación sobre salud bucodental, radiografías, empastes, extracciones y otros procedimientos terapéuticos y médicamente necesarios.
- Servicios de la vista, incluidos exámenes y anteojos (se cubre una selección limitada de lentes y marcos).
- Fisioterapia y terapias del habla y ocupacional para pacientes ambulatorios.
- Sedación consciente.
- Servicios de rehabilitación infantil (CRS) (se aplican limitaciones).
- Servicios adicionales para beneficiarios calificados de Medicare (QMB).
- Servicios de relevo.
- Servicios quiroprácticos.
- Cualquier otro servicio cubierto por Medicare, pero no por el AHCCCS.
- Servicios de salud del comportamiento.

Servicios médicos adicionales cubiertos para jóvenes menores de 21 años inscritos en Medicaid

Los siguientes servicios también están disponibles para miembros que sean menores de 21 años y estén inscritos en Medicaid:

- identificación, evaluación y rehabilitación de la pérdida de audición;
- cuidado personal médicamente necesario; (esto puede incluir ayuda para bañarse, ir al baño, caminar y otras actividades que el miembro no sea capaz de hacer por motivos médicos);
- servicios dentales preventivos de rutina, como exámenes de salud bucal, limpiezas, educación sobre salud bucodental, radiografías, empastes, extracciones y otros procedimientos terapéuticos y médicamente necesarios;
- servicios de la vista, incluidos exámenes y anteojos recetados (se cubre una selección limitada de lentes y marcos);
- fisioterapia y terapias del habla y ocupacional para pacientes ambulatorios;
- sedación consciente;
- servicios adicionales para beneficiarios calificados de Medicare (QMB);
- servicios de relevo;
- servicios quiroprácticos;
- cualquier otro servicio cubierto por Medicare, pero no por el AHCCCS.



Servicios de salud del comportamiento cubiertos

Todos los miembros de Medicaid inscritos en Arizona Complete Health-Complete Care Plan son elegibles para recibir los siguientes servicios de salud del comportamiento financiados por el AHCCCS. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) o hable con su PCP o su hogar de salud para obtener más información sobre estos servicios:

- servicios de administración de casos;
- terapia conductual (capacitación en cuidados en el hogar, servicios de autoayuda o apoyo entre pares para salud del comportamiento);
- psicofármacos;
- ajuste de dosis y control de psicofármacos;
- servicios de enfermería para salud del comportamiento;
- servicios de emergencia o para casos de crisis;
- transporte médicamente necesario para casos de emergencia o que no sean de emergencia;
- examen, evaluación previa y evaluación posterior;
- asesoramiento y terapia individual, grupal y familiar;
- servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados;
- instituto para enfermedades mentales (con límites);
- servicios de laboratorio, radiología y obtención de imágenes médicas para diagnóstico y regulación de psicofármacos;
- tratamientos con agonistas opiáceos;
- servicios en un centro de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados;
- asesoramiento por uso de sustancias (opioides, drogas y alcohol);
- atención de relevo (con limitaciones);
- capacitación en habilidades y desarrollo;
- rehabilitación psicosocial (capacitación en herramientas para la vida, promoción de la salud y servicios de apoyo para el empleo);
- servicios de atención de salud del comportamiento (consulte la tabla a continuación).



Servicios cubiertos de salud del comportamiento disponibles			
Servicios		Todos los niños y adultos contemplados en los títulos XIX Y XXI	Personas a quienes se les determinó una enfermedad mental grave (SMI), no incluidas en los títulos XIX Y XXI
Servicios de tratamiento			
Salud del comportamiento: Asesoramiento y terapia	Individual	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
	Grupal	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
	Familiar	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Exámenes de salud del comportamiento, evaluaciones de salud mental y pruebas especializadas	Exámenes de salud del comportamiento	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
	Evaluaciones de salud mental	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
	Pruebas especializadas	Disponibles	Se prestan servicios según los fondos estatales disponibles



Servicios cubiertos de salud del comportamiento disponibles			
Servicios		Todos los niños y adultos contemplados en los títulos XIX Y XXI	Personas a quienes se les determinó una enfermedad mental grave (SMI), no incluidas en los títulos XIX Y XXI
Servicios de tratamiento			
Otro profesional	Prácticas curativas ancestrales	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles
	Auriculoterapia	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles
	Tratamientos intensivos para pacientes ambulatorios	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles (solo para servicios de trastorno por uso de sustancias, SUD)
	Terapias multisistémicas para jóvenes	Disponibles	No disponibles
Servicios de rehabilitación			
Capacitación en habilidades y desarrollo, rehabilitación psicosocial (capacitación en herramientas para la vida, promoción de la salud, servicios de apoyo para el empleo)	Individual	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
	Grupal	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Tratamientos de rehabilitación cognitiva		Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles



Servicios cubiertos de salud del comportamiento disponibles		
Servicios	Todos los niños y adultos contemplados en los títulos XIX Y XXI	Personas a quienes se les determinó una enfermedad mental grave (SMI), no incluidas en los títulos XIX Y XXI
Servicios de rehabilitación		
Educación para la promoción y sobre la prevención en salud del comportamiento	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Servicios psicoeducativos y de apoyo continuo para mantener el empleo	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Servicios médicos de salud del comportamiento		
Servicios de medicamentos para la salud del comportamiento	Disponibles	Se prestan tratamientos asistidos con medicamentos según las subvenciones estatales y federales disponibles (limitaciones de subsidios). Consulte los medicamentos cubiertos en la Lista de medicamentos de salud del comportamiento
Servicios de laboratorio, radiología y diagnóstico médico por imágenes	Disponibles	Se prestan servicios de laboratorio relacionados con tratamientos asistidos con medicamentos según las subvenciones estatales y federales disponibles (limitaciones de subsidios)
Administración de atención de salud relacionada con la salud del comportamiento	Disponibles	Se prestan servicios de laboratorio relacionados con tratamientos asistidos con medicamentos según las subvenciones estatales y federales disponibles (limitaciones de subsidios)
Terapia electroconvulsiva	Disponibles	No disponibles



Servicios cubiertos de salud del comportamiento disponibles

Servicios	Todos los niños y adultos contemplados en los títulos XIX Y XXI	Personas a quienes se les determinó una enfermedad mental grave (SMI), no incluidas en los títulos XIX Y XXI
Servicios de apoyo		
Administración de casos	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Cuidado personal	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Capacitación en cuidados en el hogar (familia)	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Servicios de autoayuda o apoyo entre pares	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Capacitación en cuidados en el hogar a hogares de cuidado clientes (HCTC)	Disponibles	No disponibles
Atención de relevo (consulte la sección Limitaciones para obtener información detallada sobre los límites de la cobertura)	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Asistencia en viviendas	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Servicios de lengua de señas e interpretación oral	Se ofrecen sin cargo para miembros	Se ofrecen sin cargo para miembros
Transporte de emergencias para salud del comportamiento	Disponibles	Se prestan servicios según los fondos estatales disponibles
Transporte que no es de emergencia para salud del comportamiento	Disponibles	Limitados a transportes relacionados con servicios en casos de crisis
Intervención en casos de crisis: Servicios móviles comunitarios	Disponibles	Disponibles



Servicios cubiertos de salud del comportamiento disponibles		
Servicios	Todos los niños y adultos contemplados en los títulos XIX Y XXI	Personas a quienes se les determinó una enfermedad mental grave (SMI), no incluidas en los títulos XIX Y XXI
Servicios de apoyo		
Intervención en casos de crisis: Servicios telefónicos	Disponibles	Disponibles
Servicios para casos de crisis: Estabilización hasta durante 23 horas en un centro	Disponibles	Disponibles
Servicios para pacientes hospitalizados		
Centro de salud del comportamiento para la desintoxicación de pacientes hospitalizados (trastornos por uso de sustancias)	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles
Centro de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados (trastornos de salud mental)	Disponibles	Límite de tres días por admisión en centros de atención subaguda; solo según los fondos estatales disponibles
Servicios residenciales		
Centro residencial de salud del comportamiento (tratamiento de salud mental)	Disponibles	No disponibles
Centro residencial de salud del comportamiento (tratamiento de trastornos por uso de sustancias)	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Habitación y comida	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Programas diurnos de salud del comportamiento		
Atención parcial: Programa diurno supervisado	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles
Atención parcial: Programa diurno terapéutico	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles



Servicios cubiertos de salud del comportamiento disponibles

Servicios	Todos los niños y adultos contemplados en los títulos XIX Y XXI	Personas a quienes se les determinó una enfermedad mental grave (SMI), no incluidas en los títulos XIX Y XXI
Atención parcial: Programa diurno médico	Disponibles	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles

Servicios no cubiertos: ¿Qué no está cubierto por el AHCCCS?

- servicios de salud física que no sean de emergencia y no tengan la aprobación previa de su PCP;
- ningún servicio de atención, tratamiento o cirugía que no sea médicamente necesario;
- servicios para la infertilidad que incluyan pruebas y tratamientos;
- servicios para revertir una esterilización electiva;
- operaciones de afirmación de género;
- exámenes para determinar la necesidad de audífonos, anteojos o lentes de contacto para miembros que tienen 21 años o más, excepto después de una cirugía de cataratas;
- Audífonos, anteojos o lentes de contacto para miembros que tienen 21 años o más, excepto después de una cirugía de cataratas;
- servicios o artículos con fines cosméticos;
- artículos personales o para su comodidad (solo se cubren por indicación médica para servicios de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, es decir, EPSDT);
- medicamentos o suministros de venta libre;
- servicios prestados en una institución para tratar la tuberculosis (TB);
- servicios médicos prestados a personas en prisión o personas en custodia en una institución de salud mental estatal;
- terapias ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios: miembros que tienen 21 años o más (importante: solo se cubre la terapia del habla para pacientes ambulatorios a miembros que reciban servicios de EPSDT y miembros de KidsCare, es decir, elegibles con el título XXI);
- articulación controlada mediante microprocesador u ortopédica de una extremidad inferior para miembros que tienen 21 años o más;
- ningún servicio que se considere experimental o de investigación, o bien, que se realice principalmente con fines de investigación o no haya sido aprobado por las agencias de regulación (los miembros del AHCCCS que estén inscritos en un plan pueden participar en tratamientos experimentales, pero el AHCCCS no hará reembolsos por este tipo de tratamientos);



- **trasplantes, por ejemplo:** trasplante de páncreas solamente (total, parcial o de células de los islotes) ni ningún otro trasplante que no figure como cubierto por el AHCCCS;
- examen médico para fines no médicos (por ejemplo, exámenes para el trabajo, la escuela o el seguro);
- asesoramiento para abortos ni abortos (a menos que se considere médicamente necesario según las políticas médicas del AHCCCS);
- ningún servicio médico prestado fuera del país;
- circuncisiones de rutina o a recién nacidos;
- atención de salud de rutina (fuera del área).

Cantidad, duración y alcance: La Ley de Medicaid define los servicios de EPSDT como aquellos que incluyen exámenes de detección; servicios de la vista, dentales y de la audición; así como los “otros servicios necesarios de atención de salud, diagnóstico y tratamiento, y las demás medidas descritas en la ley federal 42 U.S.C., subsección 1396d(a) para corregir o mejorar los defectos y las condiciones de salud física y mental que se hayan encontrado en los exámenes de detección, independientemente de que estos servicios estén o no cubiertos por el plan estatal (el AHCCCS)”.

Cuadro de exclusiones y limitaciones

Los siguientes servicios no tienen cobertura o son servicios limitados para adultos de 21 años o más. Si usted es un beneficiario calificado de Medicare (QMB), continuaremos pagando su deducible de Medicare y su coseguro para estos servicios:

Beneficio/servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido de pago
Audífonos anclados al hueso	Un audífono que se coloca en el hueso de una persona cerca del oído mediante cirugía. Esto sirve para transportar el sonido.	El AHCCCS no paga por audífonos anclados al hueso (BAHA). Se pagarán los materiales, el mantenimiento de equipo (cuidado del audífono) y la reparación de todas las partes.
Implantes cocleares	Un pequeño dispositivo que se coloca en el oído de una persona mediante cirugía para ayudarla a que escuche mejor.	El AHCCCS no paga los implantes cocleares. Se pagarán los materiales, el mantenimiento de equipo (cuidado del implante) y la reparación de todas las partes.
Prótesis/articulación controlada por microprocesador de la extremidad inferior	Un dispositivo que reemplaza una parte faltante del cuerpo y usa una computadora para ayudar con el movimiento de la articulación.	El AHCCCS no pagará la prótesis de la extremidad inferior (pierna, rodilla o pie) que incluya un microprocesador (chip de computadora) que controle la articulación.



Los siguientes servicios no tienen cobertura o son servicios limitados para adultos de 21 años o más. Si usted es un beneficiario calificado de Medicare (QMB), continuaremos pagando su deducible de Medicare y su coseguro para estos servicios:

Beneficio/servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido de pago
Aparatos ortopédicos	Un soporte ortopédico para articulaciones o músculos débiles. Los aparatos ortopédicos también pueden servir de apoyo para una parte del cuerpo deformada. El término “aparatos ortopédicos” hace referencia a artículos como muñequeras, férulas y soportes ortopédicos para las piernas y el cuello.	Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre los dispositivos ortopédicos para miembros que tienen 21 años o más en estas circunstancias: <ul style="list-style-type: none">• el uso de ortopedia es médicamente necesario como la opción preferida de tratamiento según las pautas de Medicare; Y• el uso de ortopedia cuesta menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma condición; Y• un médico (doctor) o un profesional de atención primaria (especialista en enfermería clínica o asistente médico) ordenaron el uso de ortopedia.
Atención de relevo	Servicios continuos o a corto plazo que se ofrecen como un descanso temporario para los cuidadores y miembros, a fin de que se tomen un tiempo para ellos mismos.	El número de horas de relevo disponible para adultos y niños bajo los beneficios de ALTCS o servicios de salud del comportamiento se está reduciendo de 720 horas a 600 dentro de un período de 12 meses. Los 12 meses van desde el 1 de octubre al 30 de septiembre del próximo año.
Servicios de podología	Cualquier servicio prestado por un médico que trate problemas de los pies y tobillos.	El AHCCCS cubre los servicios de podología médicamente necesarios prestados por un podólogo autorizado y ordenados por un proveedor de atención primaria o un médico de atención primaria.
Trasplantes	Un trasplante es cuando un órgano o células se trasladan de una persona a otra.	La aprobación depende de la necesidad médica y de si el trasplante está en la lista de servicios “cubiertos”. Solo se pagarán los trasplantes que el AHCCCS designe como cubiertos.



Los siguientes servicios no tienen cobertura o son servicios limitados para adultos de 21 años o más. Si usted es un beneficiario calificado de Medicare (QMB), continuaremos pagando su deducible de Medicare y su coseguro para estos servicios:

Beneficio/servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido de pago
Fisioterapia	Ejercicios que enseña o presta un fisioterapeuta para hacerlo más fuerte o para ayudar a mejorar el movimiento.	Las consultas de fisioterapia ambulatoria para recuperar un nivel funcional se limitan a 30 consultas por año de contrato (del 1 de octubre al 30 de septiembre del año siguiente). Los miembros que tienen Medicare debe comunicarse con el plan de salud para recibir ayuda y determinar cuántas consultas se contarán.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan no se hará responsable del pago de ningún servicio no cubierto que usted quiera obtener. En algunos casos especiales, es probable que pueda recibir servicios fuera de su área de servicios. Llame a Servicios al Miembro al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711) si quiere obtener más información al respecto.

Consentimiento para el tratamiento

Usted tiene derecho a aceptar o rechazar los servicios de salud del comportamiento que le ofrezcan. Si quiere recibir los servicios de salud del comportamiento recomendados, usted o su tutor legal deben firmar un formulario de “Consentimiento para el tratamiento”. De este modo, usted o su tutor legal dan permiso para que usted obtenga estos servicios. Con su firma en el formulario de “Consentimiento para el tratamiento”, también autoriza al Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) a acceder a sus registros.

Para prestarle determinados servicios, el proveedor deberá obtener su autorización. Es posible que el proveedor le pida que firme un formulario o que le dé permiso de manera verbal para obtener un servicio específico. Le brindará la información sobre el servicio para que usted pueda decidir si quiere recibirlo o no. Esto se llama “consentimiento informado”. El consentimiento informado significa lo siguiente:

- Se informa al paciente sobre el tratamiento, procedimiento quirúrgico, psicofármaco o procedimiento de diagnóstico propuestos.
- Se informa al paciente las opciones que tiene disponibles.
- Se informa al paciente los riesgos y las complicaciones posibles.
- Se obtiene autorización del paciente o del representante del paciente.

Un caso de ejemplo sería si su proveedor le receta un medicamento. El proveedor le explicará los beneficios y riesgos de tomar el medicamento. También le informará sobre otras opciones de tratamiento. El proveedor le pedirá que dé su consentimiento para tomar el medicamento, ya sea por escrito o de forma verbal. Hágale las preguntas que necesite o informe al proveedor si no entiende la información que le brindó. Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. El proveedor le explicará lo que pasará si quiere retirar el consentimiento.



Servicios financiados con subvenciones disponibles para los ciudadanos de Arizona inscritos en Medicaid y sin seguro o con seguro limitado

Es posible que las personas inscritas en Medicaid y sin seguro o con seguro limitado puedan obtener algunos servicios a través de subsidios. Existen muchos tipos de subvenciones. Para todos hay pautas respecto a quiénes pueden recibir estos fondos y para qué servicios se pueden usar. Por ejemplo, los subsidios podrían ofrecer servicios a personas que no estén cubiertas por el AHCCCS, que no tengan seguro o que tengan un seguro limitado. Para obtener más información sobre las subvenciones, llame a su proveedor de atención de salud, al hogar de salud del comportamiento o a Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Tipos de subvenciones

Subvenciones federales en bloque

Se incluyen las siguientes: subvención en bloque para abuso de sustancias (SABG), subvención en bloque para salud mental (MHBG) y la subvención para proyectos de asistencia transitoria para personas sin hogar (PATH).

- 1** Los subsidios de la SABG se usan para tratamientos y servicios de apoyo a largo plazo para la recuperación de las siguientes personas, en este orden de prioridad:
 - embarazadas y adolescentes que usan drogas inyectables;
 - embarazadas y adolescentes que consumen sustancias;
 - otras personas que usan drogas inyectables;
 - mujeres que consumen sustancias con hijos dependientes y sus familias, incluidas las mujeres que intentan recuperar la custodia de sus hijos;
 - otras personas con trastorno por uso de sustancias, independientemente del sexo y las formas de consumir, y conforme a la disponibilidad de fondos.
- 2** Las subvenciones en bloque para salud mental (MHBG) se usan para establecer o expandir servicios comunitarios a fin de brindar servicios de salud mental no contemplados en los títulos XIX y XXI a niños con trastornos emocionales graves (SED) y adultos con enfermedades mentales graves (SMI).

Subvenciones estatales y federales para trastornos por uso de opiáceos

Hay financiación disponible a través de subvenciones estatales y federales para el tratamiento de trastornos por uso de opiáceos para los ciudadanos de Arizona que no tienen seguro o tienen un seguro limitado. Para obtener más información sobre estos programas, visite nuestro sitio web en azcompletehealth.com/completecure o llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).



Otras subvenciones federales y estatales

A veces, Arizona Complete Health-Complete Care Plan ofrece subsidios especiales, por ejemplo:

- subsidios para miembros con determinadas condiciones;
- subsidios para ayudar a las personas con trastorno por uso de opiáceos sin seguro y con seguro limitado;
- subsidios para ayudar con actividades de prevención y divulgación de salud;
- subsidios para combatir la epidemia de opiáceos;
- subsidios para ayudar a personas que salen de la cárcel o prisión;
- subsidios para capacitar proveedores, escuelas, planes de salud y otras organizaciones;
- subsidios a corto plazo con un objetivo único y que terminan después de una actividad o un período específicos.

Acceso a servicios no contemplados en los títulos XIX y XXI coordinados a través del plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan y Regional Behavioral Health Authority (ACC-RBHA)

El AHCCCS cubre servicios de salud del comportamiento no contemplados en los títulos XIX y XXI tanto para los miembros incluidos como los no incluidos en los títulos XIX y XXI, dentro de ciertos límites, y siempre que sean médicamente necesarios. Se pueden incluir servicios como los siguientes: auriculoterapia, cuidado de niños (solo para SUD), prácticas curativas ancestrales, asistencia en viviendas, y habitación y comida (cuando se prestan dentro del entorno de un centro residencial de salud del comportamiento).

Además, hay algunos servicios disponibles a través de las autoridades regionales de salud del comportamiento para miembros que no sean elegibles para Medicaid (no contemplados en los títulos XIX y XXI). En los subsidios y programas financiados por el estado se incluyen estas actividades:

- Prevenir y tratar trastornos por uso de sustancias y de opiáceos.
- Prestar servicios para el VIH y la tuberculosis.
- Brindar servicios de salud mental para adultos con enfermedades mentales graves (SMI) y niños con trastornos emocionales graves (SED).

Estos servicios son limitados y se brindan si hay fondos disponibles.

Los subsidios se pueden usar para cubrir copagos, y depende de que haya fondos disponibles y se cumplan los criterios de elegibilidad. Consulte la sección *Copagos* para obtener información al respecto. Estos fondos provienen de las siguientes subvenciones: Servicios Estatales para Trastornos por Uso de Sustancias (SUDS), fondos para servicios de salud del comportamiento para niños (CBHSF), Proyecto de Emergencia por la COVID-19 de Arizona, Ley de Asignaciones Suplementarias en Respuesta y Alivio al Coronavirus (CRRSAA), Respuesta de Emergencia para la Prevención del Suicidio durante la COVID-19, subvención en bloque para salud mental (MHBG), Respuesta Estatal ante Opiáceos II (SOR II), Respuesta Estatal ante Opiáceos (SOR), Programa Estatal Piloto de Subvenciones para el Tratamiento de Mujeres Embarazadas y Puérperas (PPW-PLT), subvención en bloque para la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias (SABG).

Para obtener más información sobre estos programas, visite nuestro sitio web en **azcompletehealth.com/completecure** o llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).



Servicios de vivienda

La asistencia en viviendas es un servicio de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para ayudar a sus miembros a conseguir viviendas seguras y estables, así pueden llevar una vida independiente dentro de la comunidad que elijan. La asistencia en viviendas está disponible a través del administrador de viviendas del AHCCCS. Un proveedor del miembro o el plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden completar las solicitudes de vivienda.

La asistencia y los servicios de vivienda se ofrecen sobre la base de las evidencias prácticas en continuidad de asistencia en viviendas de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Autoridades regionales en salud del comportamiento trabajan con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU., el Departamento de Vivienda de Arizona, con las autoridades locales en vivienda y los comités locales de continuidad de asistencia en viviendas. La cantidad de miembros que pueden obtener viviendas en un año determinado depende de los niveles de financiación.

Si necesita ayuda para encontrar un lugar donde vivir o pagar su vivienda, Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarle a contactar los recursos comunitarios y de vivienda en su área.

Si es necesario, Arizona Complete Health-Complete Care Plan le dará una remisión al administrador de viviendas del AHCCCS para los servicios no contemplados en los títulos XIX y XXI y los proveedores comunitarios locales de servicios de vivienda. Para comunicarse con el administrador de viviendas de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) y solicite hablar con el especialista o el administrador de viviendas. También puede enviar un correo electrónico a **AzCHHousing@azcompletehealth.com**.

En la tabla siguiente figuran las organizaciones que pueden hablar con usted sobre recursos y otras opciones de vivienda:

Nombre	Condado/ lugar	A quiénes o en qué pueden ayudar	Información de contacto
Brian Garcia Welcome Center	Maricopa	Adultos solteros	206 S. 12th Ave Phoenix, AZ 85007 Horario para ingresar: De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. 1-602-229-5155
UMOM Diane and Bruce Halle Women's Center	Maricopa	Solo mujeres	Para solicitar refugio y servicios, llame al 1-602-362-5833
East Valley Men's Center	Maricopa	Solo hombres	Para solicitar refugio y servicios, llame al 1-480-610-6722



Nombre	Condado/ lugar	A quiénes o en qué pueden ayudar	Información de contacto
Community Resource Referral Center (CRRC) del VA	Maricopa	Personas en el servicio militar de EE. UU. y veteranos	1500 E. Thomas Rd Phoenix, AZ 85014 Horario para ingresar: De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4 p. m. 1-602-248-6040
HOPE Outreach	Maricopa: Tempe	Los equipos de divulgación conectan a personas que viven en la calle con los servicios	Tempe: 1-480-350-8950
Community Bridges Inc. Equipo de divulgación del PATH	Maricopa: Tempe	Los equipos de divulgación conectan a personas que viven en la calle con los servicios	1-844-691-5948
Tumbleweed	Maricopa	Línea directa para crisis las 24 horas para jóvenes sin hogar	1-602-841-5799
one-n-ten	Maricopa	Personas LGBTQ jóvenes sin hogar	1101 N Central Ave #202 Phoenix, AZ 85004 De lunes a viernes, de 3 p. m. a 7 p. m. 1-602-279-0894
Homebase Youth Services (Native American Connections)	Maricopa	Jóvenes sin hogar	1-602-263-7773
Family Housing Hub	Maricopa	Familias con hijos menores dependientes	1-602-595-8700 www.fhhub.org/ 3307 E. Van Buren St Phoenix, AZ 85008
Pat Gilbert Center	Maricopa: East Valley	Familias con hijos menores dependientes	635 East Broadway Road Mesa, AZ 85204 Solo los martes de 8 a. m. a 4 p. m.



Nombre	Condado/ lugar	A quiénes o en qué pueden ayudar	Información de contacto
Save the Family Foundation	Maricopa: East Valley	Familias con hijos menores dependientes	125 East University Drive Mesa, AZ 85201 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
Pendergast Community Center y Family Resource Center	Maricopa: West Valley	Familias con hijos menores dependientes	10550 West Mariposa Street Phoenix, AZ 85037 Lunes, miércoles y jueves: de 7 a. m. a 4 p. m. Martes: de 8 a. m. a 6 p. m. Sábado: de 8 a. m. a 11 a. m.
Sonora House	Pima	Punto de acceso a los programas de continuidad de asistencia del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)	1367 W Miracle Mile Tucson, AZ 85705 de 6 a. m. a 11 p. m. Teléfono: 1-520-624-5518
La Frontera RAPP	Pima	Punto de acceso a los programas de continuidad de asistencia del HUD	1082 E Ajo Way, # 100 Tucson, AZ 85713 Teléfono preferido: 1-520-882-8422 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.
City of Tucson	Pima	Punto de acceso a los programas de continuidad de asistencia del HUD	Solo por teléfono 1-520-791-4171 Teléfono de la oficina central: 1-520-791-4739 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.
Primavera	Pima	Punto de acceso a los programas de continuidad de asistencia del HUD	En persona: 811 S. 6th Ave Tucson, AZ 85701 Por teléfono: 1-520-623-5111 Lunes, miércoles, jueves y viernes: de 8 a. m. a 5 p. m.
Our Family Services	Pima	Punto de acceso a los programas de continuidad de asistencia del HUD	Por teléfono: 1-520-323-1708 2590 N Alvernon Way Tucson, AZ 85712 De lunes a jueves, de 9 a. m. a 5 p. m. Viernes, de 9 a. m. a 4 p. m.
WACOG	Yuma	Punto de acceso a los programas de continuidad de asistencia del HUD	www.wacog.com/rapid-rehousing/



Nombre	Condado/ lugar	A quiénes o en qué pueden ayudar	Información de contacto
CAHRA	Pinal	Punto de acceso a los programas de continuidad de asistencia del HUD	cahra.org/
Good Neighbor Alliance	Cochise	Refugio	Julie Wilson, directora del equipo del PATH jwilson@goodneighboralliance.com Shelter 420 N 7 Street, Sierra Vista, AZ 85635

Recursos de apoyo a las familias y entre pares

Los servicios de apoyo entre pares y a las familias son servicios de salud del comportamiento disponibles para nuestros miembros. Los dueños de las organizaciones entre pares, así como el personal que las dirige e integra, son personas que han recibido servicios de salud mental en el pasado. Comprenden por lo que usted está pasando. Estas organizaciones prestan una amplia gama de servicios para miembros adultos, entre otros:

- apoyo entre pares;
- herramientas para la vida;
- capacitación laboral;
- apoyo después de salir de prisión;
- apoyo para veteranos;
- y otros.

A los servicios de apoyo a las familias los llevan adelante miembros de la familia de niños con problemas de salud mental. Estas organizaciones prestan servicios a familias cuyos hijos tienen problemas del comportamiento, emocionales y de salud mental. Pueden ofrecer, entre otros, estos servicios:

- apoyo a las familias;
- servicios de relevo;
- servicios de bienestar y herramientas para la vida;
- apoyo a jóvenes;
- capacitación laboral para familias con niños que reciban servicios de salud del comportamiento.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Atención de salud para pacientes terminales

La atención de salud para el final de la vida es un enfoque centrado en el miembro cuyo objetivo es preservar los derechos y la dignidad del miembro y, a la vez, garantizarle que reciba todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid. La atención de salud para pacientes terminales incluye brindarles información a los miembros y las familias sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento para que los miembros se mantengan saludables, y ofrecerles más herramientas para decidir su tratamiento si se enfrentan a una enfermedad terminal, independientemente de la edad del miembro y del estadio de su enfermedad. La atención de salud para el final de la vida también permite a los miembros obtener un plan de atención por anticipado, cuidados paliativos, atención de apoyo y servicios en centros para pacientes terminales; además, suele incluir la redacción de instrucciones anticipadas.



A veces, las personas no pueden tomar sus propias decisiones de atención de salud. Antes de que eso ocurra, usted puede tomar estas dos medidas:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle el derecho a otra persona a tomar decisiones de atención de salud por usted.
- Brindarles instrucciones por escrito a sus médicos para indicarles cómo quiere que manejen su atención de salud si usted perdiera la capacidad de tomar sus propias decisiones.

El documento legal que puede usar para dejar sus instrucciones se llama “instrucción anticipada”. Estos documentos son una manera en la que puede indicarle sus deseos a sus familiares, amigos y proveedores de atención de salud. Le permiten expresar por escrito lo que quiere para su atención de salud en caso de que se enferme de gravedad o sufra una lesión y no pueda decirles a los demás lo que desea.

Existen dos tipos de instrucciones anticipadas en Arizona.

- **Testamento vital:** Documento que le indica a su proveedor de atención de salud si debe seguir brindándole el tratamiento cuando esté cerca de morir o en un estado de inconsciencia permanente y no haya esperanzas de que se recupere. Testamento vital: Estatutos revisados de Arizona, secciones 36-3261 y ss.
- **Poder notarial duradero de cuidado de salud:** Un documento en el que usted nombra a alguien para que tome decisiones de atención de salud, incluidas las decisiones relacionadas con el soporte vital, si usted ya no puede expresarse por su cuenta. Esta persona será su “agente” para la atención de salud, y posiblemente también se encargue de cumplir los deseos que usted indicó en el “testamento vital”.
- **Poder notarial duradero para la atención médica:** Estatutos revisados de Arizona, secciones 36-3221 y ss. Poder notarial duradero para la atención de salud mental: Estatutos revisados de Arizona, secciones 36-3281 y ss.

Si quiere crear una instrucción anticipada:

- Pídale el formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social.
- Complete el formulario y fírmelo. Recuerde que es un documento legal. Es recomendable que un abogado le ayude a completar el formulario.
- Dele una copia a las personas que necesiten tener esta información, incluidos su médico y la persona a quien designó como su agente. Es posible que quiera que sus amigos cercanos o los miembros de la familia tengan también una copia.
- Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

Si ingresa al hospital, lleve una copia con usted. En el hospital le preguntarán si tiene firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo trajo. Si no tiene una instrucción anticipada firmada, en el hospital tendrán formularios disponibles, y es posible que le pregunten si quiere firmar un formulario con las instrucciones.

El plan de salud no puede negarse a brindarle atención ni discriminarle de ninguna otra manera porque tenga una instrucción anticipada o porque no la haya redactado. También puede presentar una queja si cree que el plan de salud o un proveedor no han seguido los requisitos establecidos en su instrucción anticipada. Para presentar una queja, puede comunicarse con el Departamento de Quejas y Apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o directamente con el AHCCCS y la División de Servicios de Licencias del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS).

Si quiere obtener más información para usted o un ser querido sobre la atención de salud para pacientes terminales y las instrucciones anticipadas, o si quiere presentar una queja, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).



Servicios especializados y remisiones

Cuando su administrador de atención de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, PCP u hogar de salud del comportamiento le indican que vaya a un especialista para recibir un servicio específico, eso se denomina “remisión del médico”. Es posible que su administrador de atención, PCP u hogar de salud del comportamiento quieran que vea a un especialista o reciba servicios especiales. Si cree que necesita una remisión del médico para obtener atención especializada, puede llamar a Arizona Complete Health-Complete Care Plan, al hogar de salud del comportamiento o a su PCP. Una remisión del médico puede ser para ir a un proveedor especializado, al hospital o para realizarse análisis de laboratorio. Su PCP u hogar de salud del comportamiento coordinarán los servicios especializados que se enumeran a continuación. Es posible que algunos de estos servicios especializados requieran autorización previa.

- evaluación nutricional para miembros a partir de los 21 años;
- visitas de atención de salud en el hogar;
- trasplante de órganos;
- atención de enfermería especializada en el hogar;
- servicios de rehabilitación, como fisioterapia y terapias ocupacional y del habla;
- atención de un especialista;
- cirugías;
- determinadas radiografías, diagnósticos por imágenes o estudios médicos;
- equipo médico duradero, como sillas de ruedas u oxígeno.

No necesita una remisión del médico para estos servicios especializados:

- servicios de emergencia, incluidas salas de emergencia fuera de la red que no tengan contrato;
- servicios de atención de urgencia;
- la mayoría de los servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios (consulte la sección Servicios de salud del comportamiento para obtener más información);
- servicios de obstetricia y ginecología;
- servicios dentales para menores de 21 años.

Nota importante: Las personas pueden realizarse un examen de Papanicolaou o una mamografía (*después de los 40 años y a cualquier edad si se considera médicamente necesario*) una vez al año sin necesidad de obtener una remisión de su PCP. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener más información sobre exámenes de Papanicolaou y mamografías.

Es posible que necesitemos revisar y aprobar algunas remisiones del médico y servicios especiales antes de que usted pueda recibirlos. Algunos servicios médicos y de especialistas requieren nuestra aprobación previa. En esos casos, su administrador de atención, PCP u hogar de salud del comportamiento se encargará de obtener la autorización previa para los servicios. Debemos revisar estas solicitudes. Su administrador de atención de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, PCP, proveedor especializado u hogar de salud del comportamiento le avisarán si la solicitud de autorización previa es aprobada. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para consultar el estado de su solicitud.



Rechazo de solicitudes de servicios especializados

Si se rechaza la solicitud de su proveedor especializado, se lo informaremos por correo. La carta también tendrá instrucciones para apelar nuestra resolución si no está conforme con la decisión. Si tiene preguntas sobre el rechazo, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDY: **711**). Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación por el rechazo de una autorización, consulte la sección titulada *Reclamos: ¿Qué debo hacer si estoy disconforme?* de este manual.

Si recibe servicios por uso de sustancias financiados por la subvención en bloque para abuso de sustancias (SABG), tiene derecho a obtener servicios de un proveedor con cuyos valores religiosos y morales usted no tenga objeciones. Si objeta los valores religiosos o morales del proveedor que le brinda tratamiento de trastornos por uso de sustancias, usted puede solicitar una remisión para otro proveedor que trate el consumo de sustancias. Obtendrá una cita con el nuevo proveedor dentro de los siete días de su solicitud de remisión, o antes si es necesario. El nuevo proveedor debe estar disponible para usted y brindarle servicios por uso de sustancias que sean similares a los que recibía del proveedor anterior.

Si tiene problemas para recibir servicios debido a objeciones morales o religiosas de un proveedor, llame a Servicios al Miembro al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711). Podemos brindarle ayuda para encontrar un proveedor que satisfaga sus necesidades.

Miembros indígenas estadounidenses

Los miembros que sean indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención de salud de cualquier proveedor de servicios de salud indígena o centro de propiedad o gestión tribal en cualquier momento.

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria (PCP) u hogar de salud del comportamiento se encargan de gran parte de sus servicios de atención de salud. Puede recibir servicios médicos de su PCP o del hogar de salud del comportamiento. Su PCP o su hogar de salud del comportamiento también pueden hacer planes para que usted obtenga estos servicios de otro proveedor (a veces, llamado “especialista”). **Siempre debe llamar a su PCP o a su hogar de salud del comportamiento antes de acudir a cualquier otro proveedor o de intentar obtener servicios externos.**

No tiene que ver a su PCP ni acudir al hogar de salud del comportamiento para lo siguiente:

- servicios de emergencia;
- servicios de atención de urgencia;
- servicios para crisis;
- servicios de salud del comportamiento;
- servicios para trastornos por uso de sustancias;
- servicios de obstetricia y ginecología;
- servicios dentales.

Nota importante: Los miembros pueden someterse a un examen de Papanicolaou o a una mamografía (después de los 40 años y a cualquier edad si se considera médicamente necesario) una vez al año sin necesidad de remisiones del PCP. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener más información sobre exámenes de Papanicolau y mamografías.



Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria (PCP)

Cuando se convierte en miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) o le asignaremos uno. Su PCP será el médico principal que dirigirá y defenderá su atención. Tiene la libertad de elegir cualquier PCP de nuestra red. Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes tipos de proveedor:

- médico general de familia;
- internista;
- obstetra o ginecólogo;
- especialista que realiza funciones de PCP;
- enfermero practicante.

Es importante que elija un PCP que le haga sentir cómodo. Cuando tenga un PCP que le guste, este podrá ayudarle mejor con su atención de salud. Esta relación es muy importante para proporcionarle la atención que necesita. Para encontrar una lista de nuestros médicos, visite nuestro sitio web, azcompletehealth.com/completecare, o llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para pedir ayuda. Podemos cambiar su PCP el mismo día que solicite el cambio. Sin embargo, le pedimos que intente no cambiar de PCP más de dos veces al año.

¿Cómo pueden las consultas al médico ayudarle a mantenerse saludable?

- Asegúrese de que los menores de 21 años se hagan exámenes de bienestar y se vacunen todos los años. Una consulta/chequeo de bienestar es lo mismo que una consulta de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT).
- Los adultos de 21 años o más deben someterse a exámenes anuales de bienestar y visitar a su PCP cuando se enfermen o para tratar una condición crónica.
- Programe exámenes preventivos como la prueba de Papanicolaou, la mamografía (*después de los 40 años y a cualquier edad si se considera médicamente necesario*) y los exámenes de detección de cáncer una vez al año. Hable con su médico sobre otros exámenes importantes de detección y prevención, como colonoscopias, exámenes de próstata, pruebas de diabetes y colesterol, una revisión de las vacunas necesarias (inmunizaciones), asesoramiento sobre el estilo de vida y cualquier otra remisión necesaria.
- Acuda a las citas para las pruebas que su médico le haya ordenado.
- Sepa por qué es importante que se haga pruebas y qué puede ocurrir si no lo hace.
- Pídale a su médico que le ayude a aprender a cuidarse mejor.

Cómo programar, modificar o cancelar citas

Cómo programar una cita:

- Llame a su PCP, dentista o especialista para programar su cita.
- Cuando se comunique con el consultorio del proveedor, indique su nombre, su número de identificación (ID) del AHCCCS (este aparece en el frente de su tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan), el nombre de su médico y por qué necesita consultar a este médico.



Cómo cambiar una cita:

- Llame al consultorio de su médico con al menos 24 horas de antelación.
- Cuando se comunique con el consultorio del médico, indique su nombre, su número de identificación (ID) del AHCCCS, la fecha de su cita y pida que se fije una nueva fecha para ver al médico.

Cómo cancelar su cita:

- Llame al consultorio de su médico con 24 horas de antelación.
- Cuando se comunique con el consultorio del médico, explique que quiere cancelar su cita, e indique su nombre, su número de identificación (ID) del AHCCCS y la fecha de su cita.
- Si ya solicitó transporte o servicios de interpretación, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para cancelarlos cuando ya no los necesite.

Si no puede comunicarse con el consultorio de su médico y necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711).

Disponibilidad de citas: ¿cuánto tiempo se tarda en atenderse con un proveedor?

Cuando llame a su proveedor para programar una cita u obtener una remisión para una cita, debe esperar ver a ese proveedor dentro de los plazos indicados a continuación:

- Consulta de urgencia con el PCP: Tan pronto como sea posible, a más tardar en un plazo de dos días laborables.
- Consulta de rutina con el PCP: En un plazo de 21 días calendario.
- Consulta de urgencia con un especialista: Tan pronto como sea posible, a más tardar en un plazo de dos días laborables.
- Consulta de rutina con un especialista: En un plazo de 45 días calendario.
- Atención dental de urgencia: Tan pronto como sea posible, a más tardar en un plazo de tres días laborables.
- Atención dental de rutina: En un plazo de 45 días calendario.
- Atención por maternidad, primer trimestre: En un plazo de 14 días calendario.
- Atención por maternidad, segundo trimestre: En un plazo de 7 días calendario.
- Atención por maternidad, tercer trimestre: En un plazo de 3 días laborables.
- Atención por maternidad en situación de riesgo: Tan pronto como sea posible, a más tardar en un plazo de tres días laborables. De inmediato si existe una emergencia.
- Atención urgente para la salud del comportamiento: Tan pronto como sea posible, a más tardar en un plazo de 24 horas.
- Evaluación inicial de rutina de salud del comportamiento: En un plazo de 7 días calendario.
- Primer servicio de rutina de salud del comportamiento (a partir de los 18 años): Tan pronto como sea posible, a más tardar en un plazo de 23 días calendario a partir de la evaluación inicial.
- Primer servicio de rutina de salud del comportamiento (menores de 18 años): Tan pronto como sea posible, a más tardar en un plazo de 21 días calendario a partir de la evaluación inicial.
- Servicios posteriores de rutina de salud del comportamiento: Tan pronto como sea posible, a más tardar en un plazo de 45 días a partir de la identificación de la necesidad.



- Remisión para medicamentos psicotrópicos:
 - Evaluación inmediata de la urgencia de la necesidad.
 - Con un proveedor que pueda recetar medicamentos psicotrópicos en un plazo que garantice que el miembro: a) no se quede sin los medicamentos necesarios; o b) no empeore su estado de salud del comportamiento antes de empezar a tomar el medicamento, pero no más tarde de 30 días calendario.

Para las personas bajo la custodia legal del Departamento de Seguridad Infantil y los niños adoptados de acuerdo con A.R.S. §8-512.01, las normas de las citas de salud del comportamiento son las siguientes:

- Respuesta rápida: 72 horas.
- Evaluación inicial de respuesta rápida: siete días calendario.
- Cita inicial de respuesta rápida: 21 días calendario.
- Servicios posteriores de respuesta rápida: 21 días calendario.

Si no puede conseguir una cita dentro de los plazos indicados, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Consultas de bienestar

Las consultas de bienestar (exámenes de bienestar) están cubiertas para los miembros. La mayoría de las consultas de bienestar (también llamadas “chequeos” o “exámenes físicos”) incluyen antecedentes clínicos, un examen físico, exámenes de salud, asesoramiento de salud y vacunas médicamente necesarias. Se considera que las consultas de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para los miembros menores de 21 años son lo mismo que las consultas de bienestar.

¿Qué es una consulta preventiva o de bienestar?

La atención preventiva puede ayudarle a mantenerse sano y evitar que enferme. Una consulta anual de prevención es un beneficio cubierto que usted obtiene como miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. No hay copagos ni otros cargos para esta consulta de atención preventiva anual. Obtendrá servicios como los siguientes:

- Examen físico (examen de bienestar) para su salud general.
- Examen clínico de los senos.
- Examen pélvico, según sea necesario.
- Vacunas (inyecciones) y pruebas basadas en su edad y cualquier factor de riesgo.
- Exámenes, asesoramiento y remisiones según sea necesario con un enfoque en cómo vivir un estilo de vida saludable y reducir sus riesgos de salud, entre ellos:
 - Nutrición adecuada.
 - Actividad física.
 - Índice de masa corporal (IMC) elevado, lo que indica obesidad.
 - Consumo, abuso o dependencia de tabaco o sustancias.
 - Exámenes de detección de depresión.



- Exámenes de violencia interpersonal y doméstica, que incluyen exámenes/asesoramiento (incluso para adolescentes) de una manera comprensiva y que tiene en cuenta las particularidades culturales para abordar las inquietudes de seguridad y salud.
- Infecciones de transmisión sexual (STI).
- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Servicios y suministros de asesoramiento de planificación familiar.
- Asesoramiento previo a la concepción (no incluye pruebas genéticas).
- Historial reproductivo y prácticas sexuales.
- Peso saludable, incluidas la dieta y la nutrición, así como el uso de suplementos nutricionales y el uso de ácido fólico.
- Actividad física o ejercicios.
- Atención de la salud bucal.
- Manejo de enfermedades crónicas.
- Bienestar emocional.
- Consumo de tabaco y sustancias (cafeína, alcohol, marihuana y otras drogas), incluido el uso de medicamentos con receta.
- Intervalos recomendados entre embarazos.
- Cualquier remisión necesaria como resultado del examen.

Bienestar infantil/Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)*

El programa de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) es un programa integral de salud infantil de prevención y tratamiento, corrección y mejora de condiciones de salud del comportamiento y física para miembros del AHCCCS menores de 21 años.

El objetivo del EPSDT es asegurar la disponibilidad y el acceso a recursos de atención de salud, además de asistir a beneficiarios de Medicaid para usar estos recursos de manera eficaz.

Los servicios del EPSDT brindan atención de salud integral a través de la prevención primaria, la intervención temprana, el diagnóstico, el tratamiento médicamente necesario y atención de seguimiento de problemas de salud física y conductual para miembros del AHCCCS menores de 21 años.

Cantidad, duración y alcance

La Ley de Medicaid define los servicios de EPSDT como aquellos que incluyen exámenes de detección, servicios de la vista, sustitución y reparación de anteojos, servicios dentales, servicios de la audición; así como los otros servicios necesarios de atención de salud, diagnóstico y tratamiento, y las demás medidas descritas en la ley federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar los defectos y las condiciones de salud física y mental que se hayan encontrado en los exámenes de detección, independientemente de que estos servicios estén o no cubiertos por el plan estatal del AHCCCS. Las limitaciones y exclusiones no aplican a los servicios de EPSDT, excepto el requisito de que los servicios sean médicamente necesarios y rentables.



Una consulta de control de bienestar para niños equivale a una consulta de EPSDT e incluye todos los exámenes y servicios descritos en el EPSDT del AHCCCS y los cronogramas de periodicidad dental.

Esto significa que los servicios de EPSDT cubiertos incluyen aquellos que corrigen o mejoran la salud física y conductual, condiciones y enfermedades descubiertas por el proceso de diagnóstico cuando estos servicios están dentro de una de las categorías optativas y obligatorias de “asistencia médica” tal como se define en la ley Medicaid. Los servicios cubiertos bajo el EPSDT incluyen las 29 categorías de servicios en la ley federal, incluso cuando no están enumeradas como servicios cubiertos en el plan del estado AHCCCS, los estatutos, reglas o políticas del AHCCCS siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios y tengan una buena relación costo beneficio.

EPSDT incluye, por ejemplo, cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios y para pacientes hospitalizados, servicios de laboratorio y radiografías, servicios médicos, servicios naturopáticos, servicios de enfermeros practicantes, medicamentos, servicios dentales, servicios de terapia, servicios de salud del comportamiento, equipos, aparatos y suministros médicos, aparatos ortopédicos, prótesis, exámenes oculares periódicos, exámenes de la vista, anteojos graduados, reparación o sustitución de anteojos rotos o perdidos, sustitución de anteojos por cambio de graduación, transporte y servicios de planificación familiar. EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, exámenes de detección y estudios preventivos y de rehabilitación. Sin embargo, los servicios de EPSDT no incluyen servicios que sean experimentales, que tengan solamente un fin cosmético, o que no sean rentables cuando se los compara con otras intervenciones.

El programa de bienestar* incluye los siguientes procedimientos y pruebas que se realizarán según lo recomendado por el AHCCCS o en cualquier momento si está médicamente indicado:

- Evaluación de los antecedentes médicos.
- Medidas de altura y peso, incluido el IMC para los miembros de 24 meses o más.
- Perímetro de la cabeza desde el nacimiento hasta los 24 meses.
- Medición de la presión arterial: la necesidad de medir la presión arterial de los niños desde el nacimiento hasta los 24 meses debe ser evaluada por el PCP.
- Evaluación nutricional.
- Evaluaciones periódicas.
- Evaluación de la audición y el habla.
- Evaluación del desarrollo y del comportamiento.
- Examen físico.
- Vacunas.
- Prueba de tuberculina (tuberculosis) para miembros de riesgo entre los 12 meses y los 20 años.
- Análisis de hemoglobina y hematocritos.
- Análisis de orina.
- Exámenes de detección de plomo/pruebas verbales.
- Prueba de detección de plomo y análisis de plomo en sangre a los 12 y 24 meses de edad y a los 36 y 72 meses si no se ha realizado anteriormente.
- Orientación anticipada.
- Exámenes de dislipidemia.



- Pruebas de dislipidemia (una sola vez entre los 18 y los 20 años).
- Exámenes de infecciones de transmisión sexual (STI) (evaluación del riesgo para las personas de 11 a 20 años).
- Exámenes de displasia cervical (evaluación del riesgo para las personas de 11 a 20 años).
- Evaluaciones de salud bucal cada 6 meses.
- El barniz con flúor puede ser aplicado por el PCP durante estas consultas desde los 6 meses de edad con al menos un diente y puede repetirse cada tres meses hasta la edad de 2 años.
- Remisión al dentista. Se recomienda que el primer examen comience a los 6 meses de edad. Repetir las visitas al dentista cada 6 meses o según indique el estado de riesgo del niño. Para más información sobre la cobertura de atención dental, consulte el apartado “Atención dental” de este manual.

La atención al niño sano también le dará ideas sobre cómo hacerlo:

- Mantenga saludable a su hijo.
- Proteja a su hijo para que no se haga daño.
- Detecte a tiempo los problemas de salud.
- Solicite servicios como WIC, Head Start, Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS) y Arizona Early Intervention Program (AzEIP).

Todos los niños deben acudir al médico para las consultas de bienestar* con regularidad. Los controles de bienestar deben hacerse a las siguientes edades o en cualquier otro momento, según las recomendaciones de su proveedor:

- | | | | | |
|------------------|-----------|------------|------------|------------------|
| • apenas se nace | • 2 meses | • 9 meses | • 18 meses | • una vez al año |
| • de 3 a 5 días | • 4 meses | • 12 meses | • 24 meses | desde los |
| • 1 mes | • 6 meses | • 15 meses | • 30 meses | 3 hasta los |
| | | | | 20 años |

Le enviaremos un recordatorio sobre los controles de bienestar. Pida una cita con su PCP. Es importante que su hijo acuda a todos los controles de bienestar.

**Una consulta/control de bienestar es lo mismo que un EPSDT.*

Atención preventiva y de bienestar

Las mujeres miembro, o miembros designadas mujeres al nacer, tienen acceso directo a servicios de atención preventiva y de bienestar de un ginecólogo o a otro proveedor de atención de maternidad dentro de la red del contratista sin remisión por parte de un proveedor de atención primaria. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener más información sobre las pruebas de Papanicolaou (para detectar el cáncer de cuello uterino), las mamografías (para detectar el cáncer de seno) y las colonoscopias (para detectar el cáncer de colon).

Nuestros miembros pueden acudir directamente a un médico de obstetricia/ginecología de la red para recibir servicios de atención de salud preventivos y de rutina. No es necesaria una remisión de su PCP.



Llamadas para programar citas

Es importante que se reúna con su proveedor de atención primaria (PCP). Si necesita ayuda para encontrar un médico o para que le lleven a su cita, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Planificación familiar

La planificación familiar le ayudará a decidir cuándo tener hijos. Nuestros proveedores pueden ayudarle a elegir los métodos anticonceptivos que más le convengan. Los servicios y suministros de planificación familiar están disponibles sin costo alguno para todos los miembros en edad reproductiva. También puede obtener servicios y suministros de planificación familiar de su PCP o ginecólogo. No es necesaria una remisión de su PCP.

Los siguientes servicios y suministros de planificación familiar incluyen:

- asesoramiento sobre el control de la natalidad;
- pruebas de embarazo, exámenes médicos y análisis de laboratorio, incluidas ecografías relacionadas con la planificación familiar;
- detección y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI).

Los siguientes métodos de control de la natalidad:

- Píldoras anticonceptivas.
- Inyecciones de Depo-Provera.
- Anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) y anticonceptivos reversibles de larga duración para el período inmediato de posparto (IPLARC), entre ellos:
 - anticonceptivos implantables
 - diafragmas
 - DIU (dispositivos intrauterinos)
 - espumas
 - preservativos
 - supositorios
- Tratamiento de complicaciones por el uso de anticonceptivos, incluido el tratamiento de emergencia.
- Educación sobre la planificación familiar natural o remisión a proveedores de salud calificados.
- Anticonceptivo oral de emergencia poscoital (también conocida como “píldora del día después”) dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección.
- Esterilización para mujeres y hombres (vasectomías y ligaduras de trompas). Los miembros deben tener como mínimo 21 años.

Los siguientes servicios *no* son beneficios cubiertos de planificación familiar:

- Servicios de infertilidad, incluidas las pruebas, el tratamiento o la reversión de una ligadura de trompas o una vasectomía.
- Asesoramiento sobre la interrupción del embarazo.
- Interrupción del embarazo, a menos que cumpla las condiciones descritas en la sección “*Interrupción del embarazo médicamente necesaria*”.
- Histerectomías, si se realizan solo para la planificación familiar.



Los servicios de asesoramiento previo a la concepción, como parte de una consulta anual, se proporcionan cuando son médicamente necesarios. Este asesoramiento se centra en la detección precoz y la administración de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye esfuerzos para influir en los comportamientos que pueden afectar al feto (incluso antes de que se confirme la concepción), así como la atención de salud periódica. El objetivo del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que la persona esté sana antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción no incluye las pruebas genéticas.

También queremos que pueda obtener atención de salud si pierde su elegibilidad para el AHCCCS. Este manual contiene una lista de clínicas que ofrecen atención médica a bajo costo o gratuita. Llame a las clínicas para informarse sobre los servicios y los costos. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Si pierde la elegibilidad para los servicios del AHCCCS, Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarle a encontrar servicios y suministros de planificación familiar de bajo costo o gratuitos, o puede llamar a la línea directa del Departamento de Servicios de Salud de Arizona al **1-800-833-4642**.

Atención por maternidad

Cuando quede embarazada, queremos que tenga un embarazo y un bebé sanos. Contamos con programas especiales que pueden ayudarla durante todo el embarazo y después del nacimiento de su bebé, e incluso podemos ofrecerle incentivos para que asista a sus citas. Si se entera de que está embarazada, llámenos para que podamos contarle más sobre lo que podemos ofrecerle y cómo podemos trabajar con usted para tener los mejores resultados en su embarazo. Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen a continuación. La atención por maternidad incluye la identificación de la atención prenatal durante el embarazo, los servicios de trabajo de parto y del parto, y la atención y los servicios posparto que incluyen los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en el período posparto inmediato. Es importante que programe citas con su médico durante el embarazo y acuda a ellas. Un coordinador de atención materno-infantil (MCH) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan le proporcionará apoyo durante su embarazo y cuando este termine. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que la atienda durante el embarazo y el parto, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

La **coordinación de la atención por maternidad** consiste en las siguientes actividades relacionadas con la atención a la maternidad: hablar con usted sobre sus necesidades médicas o sociales; desarrollar un plan de atención diseñado para abordar esas necesidades; brindar ayuda para las remisiones a los proveedores adecuados y a los recursos de la comunidad, según sea necesario; hacer un seguimiento de las remisiones para asegurarse de que se reciben los servicios; y revisar el plan de atención, según sea necesario.

La **lactancia materna** y la alimentación con leche materna son regalos maravillosos que puede hacerle a su bebé. Las primeras semanas pueden ser agotadoras y difíciles, ya que tanto usted como el bebé están aprendiendo sobre la lactancia. Las primeras semanas son importantes para establecer la producción de leche y pueden ser un momento en el que muchas madres dejan de amamantar. Es importante obtener ayuda a tiempo antes de que las pequeñas inquietudes se conviertan en grandes problemas. Para obtener ayuda las 24 horas del día con cualquier inquietud o problema relacionado con la lactancia materna, llame a la **línea directa de embarazo y lactancia disponible las 24 horas al 1-800-833-4642**. También podemos ayudarla a conseguir un sacaleches si decide amamantar.

Identificación de embarazos

En cuanto crea que está embarazada, llame a su PCP para que le haga una prueba de embarazo. Una vez que sepa que está embarazada, es importante elegir un proveedor de atención prenatal. Nota importante:



Su proveedor de atención prenatal también puede ser su proveedor de atención primaria. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para elegir un proveedor de atención prenatal adecuado para usted. A continuación, llame al proveedor para programar su primera cita. No necesitará una remisión para ver a un proveedor de atención prenatal. Hay diferentes tipos de proveedores de atención prenatal entre los que puede elegir. Puede elegir un médico especializado en el embarazo (también conocido como “obstetra”), un enfermero partero certificado, un partero licenciado (si es mayor de 18 años y no es paciente de alto riesgo), un enfermero practicante o un asistente médico.

Atención prenatal

La atención prenatal es la atención de salud que se presta durante el embarazo. Tiene tres partes:

- 1 evaluación de riesgos temprana y continua;
- 2 educación y promoción de la salud;
- 3 supervisión, intervención y seguimiento médico.

Llame y consiga su cita tan pronto como sepa que está embarazada. Nota importante: Es muy importante que acuda a todas las citas prenatales programadas por su proveedor. Durante sus consultas de atención prenatal, su proveedor puede brindarle los siguientes servicios:

- controles (como el control de su presión arterial y peso, y el control de los movimientos, el crecimiento y los latidos del corazón del bebé);
- pruebas que puede necesitar, como análisis de sangre y de orina para comprobar que está bien;
- pruebas para detectar infecciones, incluidas las de transmisión sexual y el VIH/sida. NOTE: La prueba prenatal voluntaria del VIH/sida es muy importante y está disponible para usted y su bebé, así como los servicios de asesoramiento y tratamiento si la prueba es positiva. Si tiene preguntas o necesita más información sobre las pruebas o los servicios disponibles, llame a Servicios al Miembro **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).
- Recetas de vitaminas prenatales u otros medicamentos que le indique el médico.

Cuando descubra que está embarazada, su proveedor debe verla:

- a los catorce días si está en el primer trimestre,
- a los siete días si está en el segundo trimestre,
- a los tres días si está en el tercer trimestre,
- a los tres días si su embarazo es de alto riesgo o inmediatamente si es una emergencia.

Si no puede conseguir una cita dentro de estos plazos, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para ayudarla a conseguir una cita a tiempo. Llame a Servicios al Miembro si necesita que la lleven a sus citas de atención prenatal.

Durante sus consultas de atención prenatal, su proveedor hablará con usted sobre cómo mantenerse saludable durante su embarazo. Su proveedor puede hablar de:

- Alimentación saludable.
- Ejercitación durante el embarazo.
- Recomendaciones sobre tabaquismo, uso de alcohol y uso de otras drogas durante el embarazo.
- Violencia de pareja.
- Medicamentos durante el embarazo.



- Exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual o hepatitis.
- Pruebas de VIH/sida, asesoramiento y tratamiento si las pruebas son positivas.
- Peligros de la exposición al plomo para la embarazada y el bebé.
- Cambios normales del embarazo que sufrirá su cuerpo.
- Cuándo llamar a su proveedor de inmediato por cambios en la salud.
- Depresión posparto y otros cambios de humor.
- Plan de cuidados seguros y sueño del bebé tras el parto.
- Lactancia materna.
- Seguimiento posparto.
- Servicios y suministros de planificación familiar, como anticonceptivos reversibles de acción prolongada para el posparto inmediato, píldoras anticonceptivas, inyecciones Depo-Provera, preservativos, diafragmas, espumas y supositorios.

Los servicios relacionados con el embarazo son gratuitos. En su primera visita, el proveedor también realizará una evaluación de riesgos para identificar sus necesidades médicas, conductuales o sociales. Sus preguntas y necesidades le indicarán al médico qué necesitará durante el embarazo. En este momento, su médico la remitirá a las oficinas de servicios comunitarios y se podrán coordinar los recursos.

Algunos ejemplos de oficinas de servicios comunitarios son la oficina de Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y otros programas estatales de asistencia como el Departamento de Seguridad Económica (DES). El DES proporciona ayuda financiera a los residentes de Arizona que califican en el momento de la solicitud.

Su plan de atención al embarazo puede modificarse según sea necesario. Si necesita ayuda durante su embarazo, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para que podamos ayudarla. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con administradores de atención para ayudar a nuestros proveedores a coordinar la atención por maternidad. Puede cambiar de proveedor o de plan durante su embarazo. Si necesitas ayuda, los administradores de atención pueden ayudarte. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) si necesita ayuda por alguno de estos motivos.

Pruebas de VIH/sida

Los miembros nacidos y por nacer disponen de servicios voluntarios y confidenciales de análisis del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida). También se ofrece información sobre la disponibilidad de asesoramiento y tratamiento médico, así como sobre los beneficios del tratamiento para los miembros y sus bebés que tengan un resultado positivo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudar. Llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener información sobre las pruebas confidenciales o los servicios de asesoramiento.

Embarazo de alto riesgo

El embarazo de alto riesgo se refiere a un embarazo en el que la madre, el feto o el recién nacido corren, o se cree que corren, un mayor riesgo de muerte o enfermedad grave antes o después del parto. El alto riesgo se determina mediante el uso de herramientas médicas de la Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Estos formularios son completados por su médico obstetra cuando acude a su consulta.

Su embarazo puede ser de alto riesgo si usted o su bebé tienen una condición médica o de otro tipo que podría hacer que usted o su bebé enfermen durante el embarazo o después del parto. Arizona Complete



Health-Complete Care Plan tiene administradores de atención que pueden ayudarle con su embarazo de alto riesgo sin costo para usted. Nuestros administradores de atención pueden responder a sus preguntas y ayudarle con sus citas o remisiones. Si desea hablar con uno de nuestros administradores de atención, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Atención durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento

Cuando su bebé esté a punto de nacer (el embarazo suele durar 40 semanas hasta el parto), el proveedor atenderá su parto en un hospital o centro de partos. Los hospitales aparecen en el Directorio de Proveedores. Si su embarazo no es de alto riesgo, el bebé puede nacer en su casa con un médico con licencia, practicante o un partero licenciado.

- El término “practicante” se refiere a los enfermeros practicantes certificados especializados en obstetricia, a los asistentes médicos y a otros enfermeros practicantes.
- Un partero licenciado es una persona autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona para proporcionar cuidados de maternidad de acuerdo con los Estatutos revisados de Arizona (A.R.S.), título 36, capítulo 6, artículo 7; y el Código Administrativo de Arizona, título 9, capítulo 16. (Este tipo de proveedor no incluye a los enfermeros parteros certificados a los que la Junta de Enfermería les otorgó una licencia de enfermero practicante especializado en partería ni a los asistentes médicos con licencia de la Junta Médica de Arizona).
- Un enfermero partero certificado (CNM) está certificado por el American College of Nursing Midwives (ACNM) y tiene licencia de la Junta de Enfermería del Estado para ejercer en Arizona. Los CNM practican la administración independiente del cuidado de las embarazadas y los recién nacidos, mediante atención antes, durante y después del parto, atención ginecológica y de recién nacidos, dentro de un sistema de atención de salud que proporciona consultas médicas, administración colaborativa o remisiones del médico.

Atención posparto

La atención posparto es la atención de salud que comienza el último día del embarazo y continúa hasta 84 días después del parto. Esto se llama “consulta posparto”. Esta parte final de los cuidados de maternidad es muy importante y debe llevarse a cabo aunque el parto haya salido bien. Su proveedor la examinará para ver si tiene necesidades médicas y de salud del comportamiento después de que haya nacido su bebé.

Tras el nacimiento del bebé, muchas personas pueden sentirse tristes o deprimidas o tener otros cambios de humor. Dígame a su proveedor si tiene estos sentimientos. La depresión se puede tratar. Es importante informar a alguien si se siente deprimido. Los servicios de planificación familiar están incluidos si los brinda un médico o un practicante. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para programar una cita o si necesita que la lleven a sus citas de atención posparto.

También queremos que pueda obtener atención de salud si pierde su elegibilidad para el AHCCCS. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarle a encontrar servicios y suministros de planificación familiar de bajo costo o gratuitos. Este manual contiene una lista de clínicas que ofrecen atención médica de bajo costo o gratuita. Llame a las clínicas para informarse sobre los servicios y los costos. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**). También puede llamar a la línea directa del Departamento de Servicios de Salud de Arizona al **1-800-833-4642**.

Tiene la libertad de elegir los servicios y suministros de planificación familiar de cualquier PCP o ginecólogo de la red o fuera de la red. No es necesario que su PCP le derive para los servicios de planificación familiar y ginecología y obstetricia. Los servicios de planificación familiar no requieren ningún copago y se ofrecen sin costo para usted.



Interrupciones del embarazo médicamente necesarias

Las interrupciones del embarazo son un servicio cubierto por el AHCCCS solo en situaciones especiales. El AHCCCS cubre la interrupción del embarazo si se da uno de los siguientes criterios:

- 1 La mujer embarazada sufre de un trastorno, lesión o enfermedad física, incluidas las condiciones físicas que ponen en peligro la vida causadas por el embarazo mismo o que surgen durante su transcurso, y esos problemas podrían poner en riesgo su vida, a menos que se interrumpa el embarazo, según lo determinado por un médico.
- 2 El embarazo es resultado de incesto.
- 3 El embarazo es resultado de una violación.
- 4 La interrupción del embarazo es médicamente necesaria según el juicio médico de un médico certificado, que atestigua que la continuación del embarazo podría implicar, razonablemente, un problema físico o del comportamiento grave para la mujer embarazada, debido a lo siguiente:
 - a. Surge un problema grave de salud física o del comportamiento para la mujer miembro que está embarazada.
 - b. Sus funciones corporales presentan un deterioro grave.
 - c. Un órgano del cuerpo o una parte del cuerpo presenta disfunciones.
 - d. Se agrava un problema de salud de la embarazada.
 - e. Surgen impedimentos a la hora de recibir tratamiento para un problema de salud.

Atención dental

Miembros menores de 21 años

Todos los controles, limpiezas y tratamientos dentales están cubiertos para los miembros menores de 21 años. No se necesita una remisión del médico para atenderse con un dentista. Se cubren dos consultas dentales de rutina y preventivas al año para los miembros menores de 21 años. Es importante llevar a sus hijos al dentista dos veces al año para mantener los dientes en buen estado. Se recomienda que los niños tengan su primera consulta con el dentista a los 6 meses de edad, o cuando les salga el primer diente. Los niños deben acudir a su dentista para hacerse controles cada seis meses.

Todos los miembros menores de 21 años deben tener un “hogar dental”. Un hogar dental es un dentista asignado que les prestará a usted o a su hijo la atención dental que necesitan. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para elegir un dentista, o se le asignará uno. Si se le asigna un dentista que no quiere, o si acude a un dentista que ya está en nuestra red y usted está conforme con ese dentista, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para quedarse con ese dentista.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan envía cartas de recordatorio sobre controles dentales a los miembros. Es importante acudir a su consulta programada, ya que los dentistas pueden ayudar a prevenir las caries. Pueden realizar tratamientos con flúor y enseñarles a usted y a su hijo a cuidarse los dientes. Es importante consultar al dentista para hacerse controles dos veces al año. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) si necesita ayuda para encontrar un proveedor dental. Una vez que haya elegido un dentista, puede llamar a su consultorio para programar, cambiar o cancelar citas.



Los siguientes servicios dentales de rutina solo están cubiertos para los miembros menores de 21 años:

- exámenes dentales;
- limpiezas dentales;
- empastes para caries;
- radiografías para detectar problemas dentales;
- aplicaciones de flúor;
- servicios dentales de emergencia.

Utilice estas pautas para programar las citas de su hijo:

- Urgente: tan pronto como sea necesario debido a la condición miembro, pero a más tardar tres días laborables después de la solicitud.
- De rutina: en un plazo de 45 días calendario a partir de la solicitud.

Asegúrese de llevar la tarjeta de identificación (ID) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan a la cita con el dentista. Si necesita programar, cambiar o cancelar una cita con el dentista, llame a su dentista o a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para pedir ayuda.

Miembros de 21 años o más

¿Qué pasa si tengo más de 21 años y tengo una emergencia dental? Hay un número limitado de servicios dentales cubiertos para aliviar el dolor grave o las infecciones. Los miembros adultos de 21 años o más pueden recibir servicios dentales de emergencia con un límite de \$1,000 por miembro y año de contrato. Los miembros son responsables de cubrir los servicios de emergencia que superen el límite del beneficio de \$1,000.

Los servicios dentales de rutina no están cubiertos para los miembros de 21 años o más. El AHCCCS cubre los servicios médicos y quirúrgicos relacionados con la atención dental (oral) solo si médicos o dentistas prestan dichos servicios conforme a la ley estatal y si dichos servicios se considerarían “servicios médicos” de ser prestados por un médico. Los servicios dentales cubiertos para los miembros de 21 años o más deben estar relacionados con el tratamiento de una condición médica, como la pérdida de un diente o dientes debido a un traumatismo, un quiste o un tumor, o una fractura de la mandíbula. Los servicios odontológicos cubiertos incluyen los exámenes bucales, las radiografías, la atención de fracturas de la mandíbula o de la boca y la administración de anestesia, analgésicos o antibióticos.

¿Qué más está cubierto? Determinados servicios para pacientes en espera de trasplante para el tratamiento de infecciones y enfermedades bucales (como limpiezas dentales, empastes, restauraciones sencillas, extracciones). También está cubierta la extracción de dientes antes de recibir radioterapia por cáncer en la mandíbula, cuello o cabeza. Las limpiezas dentales están cubiertas para los miembros que son pacientes hospitalizados y están conectados a un respirador artificial o no pueden mantener su higiene bucal. El límite de \$1000 para servicios dentales de emergencia para adultos no aplica a estos servicios.

Servicios de farmacia

El Formulario de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, o la Lista de medicamentos preferidos (PDL), es una guía de los medicamentos de marca y genéricos disponibles que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que están cubiertos a través de su beneficio de medicamentos con receta. La PDL está disponible en el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, en https://pharmacy.envolvehealth.com/content/dam/centene/envolve-pharmacy-solutions/pdfs/PDL/FORMULARY-ArizonaCompleteHealth_Integrated.pdf. La PDL incluye medicamentos disponibles sin



autorización previa. Algunos medicamentos requieren autorización previa o tienen limitaciones por edad, dosis y cantidad máxima. En el caso de algunos medicamentos, primero debe probar otro medicamento: eso se denomina “terapia escalonada”. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubrirá los medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos preferidos siempre que sean médicamente necesarios y adecuados. La PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan incluye todos los medicamentos cubiertos en la Lista de Medicamentos Preferidos del AHCCCS e incluye productos adicionales que son seguros y eficaces. La PDL no pretende ser una lista completa de los medicamentos cubiertos por su beneficio de medicamentos con receta. Es posible que no estén cubiertas todas las formas farmacéuticas o concentraciones de un medicamento.

El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan evalúa continuamente la PDL para promover el uso adecuado y rentable de los medicamentos. El comité está formado por el director médico, el director de farmacia y varios médicos de atención primaria, farmacéuticos y especialistas de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Las actualizaciones anuales y los cambios importantes en la PDL se comunican a los proveedores y a los miembros por correo directo (por ejemplo, fax, correo electrónico, correo postal), según sea necesario.

Reemplazos por medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los de marca y deben considerarse la primera línea de tratamiento. La FDA exige que los medicamentos genéricos sean seguros y funcionen igual que los medicamentos de marca. Si no hay un genérico disponible, podría haber más de un medicamento de marca para tratar una condición. Los medicamentos de marca preferidos se enumeran para ayudar a identificar los medicamentos de marca que son opciones de tratamiento clínicamente adecuadas, seguras y rentables, si un medicamento genérico del formulario no es adecuado para su condición.

Terapia escalonada

Podría requerirse el uso de algunos medicamentos específicos incluidos en la PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan antes de que se puedan usar los medicamentos de terapia escalonada. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan recibe constancia de que se probaron primero los medicamentos requeridos, se cubren de forma automática los de terapia escalonada. En caso contrario, es probable que usted o su médico tengan que brindar información adicional. Arizona Complete Health-Complete Care Plan no concede la autorización previa (PA), se lo notificaremos a usted y a los médicos o al personal clínico. Además, les brindaremos información sobre el proceso de apelación.

¿Qué es la autorización previa?

Algunos medicamentos deben ser aprobados por Arizona Complete Health-Complete Care Plan antes de que usted los reciba. Esto se llama “autorización previa” (PA). Pregunte a su médico si el medicamento recetado requiere una autorización previa. De ser así, pregunte si hay otro medicamento que se pueda usar que no requiera PA. Se notifica a los médicos de Arizona Complete Health-Complete Care Plan de lo siguiente:

- los medicamentos incluidos en el Lista de medicamentos preferidos (PDL);
- cómo solicitar una autorización previa;
- procedimientos especiales establecidos para las solicitudes urgentes.

Su médico puede decidir si es necesario usar un medicamento no preferido. Si es así, ellos deben enviar a Arizona Complete Health-Complete Care Plan una solicitud de autorización previa.



Nuestro programa de farmacia incluye muchos medicamentos. Trabajamos con proveedores y farmacéuticos para garantizar que cubrimos medicamentos con los que se puedan tratar muchas condiciones y enfermedades diferentes. Cuando los proveedores los recetan, cubrimos los medicamentos con receta y ciertos medicamentos de venta libre.

Para algunos medicamentos, se necesita autorización previa o hay otras limitaciones. En el caso de algunos medicamentos, primero debe probar otro medicamento. Esto se conoce como “terapia escalonada”. Consulte la Lista de medicamentos preferidos o PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener más información. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubrirá los medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos preferidos siempre que sean médicamente necesarios y adecuados. La PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan incluye todos los medicamentos cubiertos en la Lista de Medicamentos Preferidos del AHCCCS e incluye medicamentos adicionales que son seguros y eficaces.

La PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan se puede encontrar en **azcompletehealth.com/completecare**.

¿Qué pasa si un medicamento no está en la Lista de medicamentos preferidos (PDL)/Formulario?

La PDL no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Si el medicamento que su médico considera que necesita no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos y usted no puede usar ningún otro medicamento que no sea el recetado, su médico puede pedir una autorización previa.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan aprobará su solicitud si los medicamentos de nuestro formulario no fueran tan eficaces para tratar su condición o le causaran efectos secundarios graves.

¿Qué pasa si se rechaza mi solicitud?

- Cuando Arizona Complete Health-Complete Care Plan rechaza una solicitud de autorización, se envía un *Aviso de determinación adversa de beneficios o Notificación de decisión (NOD)* por correo al miembro, y también se envía una carta de explicación a su proveedor. En el Aviso de determinación adversa de beneficios del miembro, se le indicará cómo presentar una apelación.
- Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan limita, suspende o finaliza un servicio existente, hay derechos y normas adicionales que se aplican, además de poder presentar una apelación.

Cómo surtir medicamentos con receta

Todos los medicamentos recetados deben surtirse en una farmacia de la red. Puede utilizar nuestro Directorio de proveedores para encontrar una farmacia cerca de usted. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener ayuda a fin de encontrar una farmacia. En la farmacia, deberá entregar al farmacéutico su receta y su tarjeta de ID.

Si toma medicamentos para un problema de salud continuo, puede pedir que le envíen sus medicamentos por correo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con una empresa llamada CVS Caremark para ofrecerle este servicio, que puede obtener sin costo alguno. Si elige esta opción, sus medicamentos llegan directamente a su hogar. Puede programar los momentos en los que volverá a surtir sus medicamentos y ponerse en contacto con los farmacéuticos si tiene preguntas. Si necesita servicios de entrega de medicamentos a domicilio, visite **www.caremark.com** para obtener información sobre cómo recibir sus medicamentos en su hogar, lugar de trabajo o consultorio médico.



Algunos medicamentos de especialidad solo están cubiertos cuando los suministra nuestro proveedor de farmacia especializada. La mayoría de estos medicamentos requieren autorización previa.

Si tiene otro seguro además del de la Parte D de Medicare, sólo pagaremos los copagos (si procede) si el medicamento también está en nuestra lista de medicamentos cubiertos.

Si tiene problemas con la farmacia o necesita ayuda después de las horas laborables, los fines de semana o los días festivos (incluso si no logra surtir sus medicamentos en la farmacia), llame a Servicios al Miembro al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711), con atención las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Lo que debe saber sobre sus nuevos medicamentos con receta

Su médico o dentista puede recetarle medicamentos. Asegúrese de informar a su médico sobre cualquier medicamento que reciba de otros médicos o que compre por su cuenta, incluidos los productos sin receta o herbales.

Cuando obtenga su medicamento con receta, el farmacéutico le dará información sobre este. Pregunte a su farmacéutico cómo tomar su medicamento y sobre los efectos secundarios que pueda haber. La farmacia también le entregará información impresa sobre el medicamento cuando surta su receta. Se le explicará lo que debe y no debe hacer, así como los posibles efectos secundarios.

Cómo volver a surtir medicamentos

La etiqueta del frasco de sus medicamentos le indica el número de veces que el médico le pidió que los surta. Si su médico le indicó que vuelva a surtir sus medicamentos, solo podrá obtener un suministro de 30 días a la vez. Llame a su farmacia para volver a surtir sus medicamentos. Ellos le dirán cuándo puede retirarlos.

Si su médico no le solicitó que los vuelva a surtir, usted o la farmacia deben llamarlo antes de que se acaben los medicamentos. Hable con su médico o con su farmacia para hacerlo. Es probable que el médico quiera atenderlo antes de solicitarle que vuelva a surtir los medicamentos.

¿Qué debo hacer si la farmacia no puede surtir mi medicamento con receta?

Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para que le brindemos ayuda a fin de averiguar por qué no se puede surtir su medicamento. A veces, los datos del seguro primario pueden haberse ingresado mal, o puede ser demasiado pronto para volver a surtir su medicamento. Otras veces, el medicamento no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Si la farmacia no lo atiende o no le permite volver a surtir su medicamento, pregunte si usted y el farmacéutico pueden llamar juntos a Servicios al Miembro para averiguar lo que ocurre. Colaboraremos con usted y la farmacia para encontrar las mejores opciones para usted.

Farmacias exclusivas

Arizona Complete Health-Complete Care Plan quiere mantener la seguridad de sus miembros. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede asignar a los miembros una farmacia principal o una exclusiva. Las farmacias exclusivas son elegidas por el miembro o asignadas por Arizona Complete Health-Complete Care Plan para brindar todos los medicamentos médicamente necesarios. Se les puede asignar una farmacia exclusiva a los miembros si cumplen con las siguientes condiciones.



En un período de 3 meses, los miembros hicieron lo siguiente:

acudieron a más de 4 profesionales que expiden recetas;

Y

utilizaron más de 4 medicamentos diferentes con potencial de generar adicción;

Y

acudieron a más de 4 farmacias;

O

obtuvieron 12 o más medicamentos de sustancias controladas en los últimos tres meses;

O

dieron a una farmacia una receta falsificada o alterada.

Cómo acceder a los servicios de salud del comportamiento de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Su proveedor de atención primaria (PCP) puede brindarle ayuda si sufre de depresión leve, depresión “posparto”, ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Su PCP puede administrarle medicamentos, vigilar su funcionamiento y solicitar diferentes pruebas relacionadas con su enfermedad. **No necesita una remisión de su PCP para los servicios de salud del comportamiento.**

Como miembro del AHCCCS, también tiene derecho a una amplia gama de beneficios de salud mental / salud del comportamiento, incluidos medicamentos. Los medicamentos solicitados por su proveedor forman parte de sus beneficios.

Cómo recibir servicios de salud del comportamiento si tiene la designación de enfermedad mental grave

Si recibe la designación de enfermedad mental grave, obtendrá beneficios de salud mental/de comportamiento, incluidos medicamentos, del plan de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y Regional Behavioral Health Authority (ACC-RBHA).

Su tarjeta de ID del AHCCCS tiene el número de teléfono de Servicios al Miembro para acceder servicios de salud del comportamiento y uso de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor en función del lugar donde vive usted. Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener servicios de salud del comportamiento, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).



Elegibilidad para los servicios de salud del comportamiento

Los siguientes miembros son elegibles para recibir servicios de salud del comportamiento:

- personas del AHCCCS que son elegibles bajo los títulos XIX (Medicaid) o XXI;
- personas que tienen la designación de enfermedad mental grave;
- poblaciones especiales que pueden obtener servicios financiados a través de subvenciones federales en bloque.

Título XIX (Medicaid; también puede referirse a este como “AHCCCS”) es un seguro para personas, niños y familias con bajos ingresos. Paga los servicios médicos, dentales (para los jóvenes de hasta 21 años) y de salud del comportamiento.

Título XXI (también puede referirse a este como “AHCCCS”) es un seguro para los jóvenes menores de 19 años que no tienen seguro y no son elegibles para recibir los beneficios del título XIX. Paga los servicios médicos, dentales y de salud del comportamiento.

Una enfermedad mental grave (SMI) es un trastorno mental grave y persistente de personas de 18 años o más. El grado de incapacidad puede ser tan alto que les impide formar parte de la comunidad sin recibir tratamiento o servicios. Solari, Inc. (anteriormente, “Crisis Response Network”) es una organización sin fines de lucro que tiene contrato con el AHCCCS para las determinaciones de SMI. Para iniciar el proceso, puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Cómo acceder a los servicios de salud del comportamiento

Arizona Complete Health-Complete Care Plan contrata a una variedad de proveedores para satisfacer sus necesidades de salud del comportamiento. Los proveedores contratados se eligen con mucho cuidado. Deben cumplir requisitos estrictos para atender a nuestros miembros, y comprobamos periódicamente el nivel de atención que les prestan.

La red de proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre una amplia zona geográfica para que usted pueda obtener servicios cerca de donde vive y trabaja. Nuestra red de proveedores ofrece opciones de servicios que tienen en cuenta las particularidades culturales, individualizados e integrales para niños y familias, personas con designación de enfermedad mental grave (SMI) y personas con problemas generales de salud mental y abuso de sustancias. Puede elegir un proveedor de nuestro directorio de proveedores o comunicarse con Servicios al Miembro llamando al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para pedir ayuda.

La visión de Arizona para la prestación de servicios de salud del comportamiento

Todos los servicios de salud del comportamiento se ofrecen según los siguientes principios del sistema. El AHCCCS respalda un sistema de prestación de servicios de salud del comportamiento que incluye lo siguiente:

- acceso sin dificultades a la atención;
- participación del beneficiario de los servicios de salud del comportamiento y de los familiares;
- colaboración con la comunidad en general;
- innovación eficaz;
- expectativas de mejora;
- competencia cultural.



Los doce principios para la prestación de servicios infantiles:

1 Colaboración con el niño y la familia:

- a. El respeto y la colaboración activa con el niño y los padres son los pilares para lograr resultados positivos en materia de salud del comportamiento.
- b. Se trata a padres y niños como socios en el proceso de evaluación y en la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud del comportamiento, y sus preferencias se toman en serio.

2 Resultados funcionales:

- a. Los servicios de salud del comportamiento se diseñan e implementan para ayudar a los niños a tener éxito en la escuela, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y volverse adultos estables y productivos.
- b. La implementación del plan de servicios de salud del comportamiento estabiliza la condición de los niños y minimiza los riesgos de seguridad.

3 Colaboración con otros:

- a. Cuando participan múltiples agencias y sistemas, se elabora una evaluación conjunta y se implementa de manera colaborativa un plan de servicios de salud del comportamiento establecido en conjunto.
- b. Los equipos centrados en el paciente planifican y prestan servicios.
- c. El equipo de cada niño incluye al niño y a sus padres, así como a cualquier persona importante en la vida del niño que ellos inviten a participar. El equipo también incluye a todas las demás personas necesarias para elaborar un plan eficaz, incluidos, según corresponda, el docente del niño, el asistente social del Departamento de Seguridad Infantil (DCS) o de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), y el agente de libertad condicional del niño.
- d. El equipo hace lo siguiente:
 - i. Elabora una evaluación común de las necesidades y fortalezas de la familia y del niño.
 - ii. Desarrolla un plan de servicio individualizado.
 - iii. Supervisa la implementación del plan.
 - iv. Hace ajustes al plan si no funciona bien.

4 Servicios accesibles:

- a. Los niños tienen acceso a una gama integral de servicios de salud del comportamiento, suficientes para garantizar que reciben el tratamiento que necesitan.
- b. Se ofrece la administración del caso si es necesario.
- c. Con los planes de servicios de salud del comportamiento, se identifican las necesidades de transporte que los padres y el niño tienen para acceder a los servicios de salud del comportamiento y cómo se brindará asistencia para el transporte.
- d. Los servicios de salud del comportamiento se adaptan o crean cuando son necesarios pero no están disponibles.

5 Prácticas recomendadas:

- a. Los servicios de salud del comportamiento los prestan personas competentes que reciben formación y son supervisadas.



- b. Los servicios de salud del comportamiento se prestan según pautas que incorporan las “prácticas recomendadas” basadas en pruebas.
- c. Los planes de servicios de salud del comportamiento identifican y abordan de forma adecuada los síntomas conductuales que están relacionados con trastornos de aprendizaje, problemas de uso de sustancias, necesidades de salud del comportamiento especializadas para niños con discapacidad de desarrollo, antecedentes de trauma (por ejemplo, abuso o negligencia) o sucesos traumáticos (por ejemplo, la muerte de un miembro de la familia o un desastre natural), comportamientos sexuales inadecuados, conductas abusivas y comportamientos de riesgo. Los planes de servicio también abordarán la necesidad de estabilidad y promoverán la permanencia en la vida de los miembros de la clase, en especial de aquellos miembros de la clase en el sistema de acogida.
- d. Los servicios de salud del comportamiento se evalúan continuamente y se modifican si no son eficaces a la hora de lograr los resultados deseados.

6 Los entornos más adecuados:

- a. Los niños reciben servicios de salud del comportamiento en su hogar y comunidad en la medida de lo posible.
- b. Los servicios de salud del comportamiento se prestan en el entorno más integrado que sea adecuado para las necesidades del niño. Cuando se prestan en un entorno residencial, ese entorno es el más integrado y similar al del hogar, en función de lo que sea adecuado según las necesidades del niño.

7 Servicios oportunos:

- a. Se evalúa a los niños que necesitan servicios de salud del comportamiento y se les presta el servicio de manera oportuna.

8 Los servicios se adaptan al niño y su familia:

- a. Las fortalezas y necesidades únicas de los niños y sus familias dictan el tipo, combinación e intensidad de los servicios de salud del comportamiento que se prestan.
- b. Se alienta y asiste a los padres y niños para que establezcan sus propias necesidades y fortalezas, las metas que buscan alcanzar y los qué servicios que consideran necesarios para alcanzarlas.

9 Estabilidad:

- a. Con los planes de servicios de salud del comportamiento, se busca minimizar la cantidad de casos en los que hay múltiples procesos de colocación.
- b. Con los planes de servicio, se detecta si un miembro de la clase corre el riesgo de que se interrumpa el proceso de colocación y, de ser así, se identifican las medidas que se deben tomar para minimizar o eliminar ese riesgo.
- c. Con los planes de servicios de salud del comportamiento, se anticipan las crisis que puedan surgir y se incluyen estrategias y servicios específicos para emplear en caso de crisis.
- d. Cuando se responde a crisis, el sistema de salud del comportamiento recurre a todos los servicios de salud del comportamiento adecuados para ayudar a que el niño permanezca en un hogar, minimizar las dificultades en los procesos de colocación y evitar el uso inadecuado del sistema policial y de justicia criminal.
- e. Los planes de servicios de salud del comportamiento anticipan y planifican adecuadamente las transiciones en la vida de los niños, incluidas aquellas a nuevas escuelas y ubicaciones, y las transiciones a servicios para adultos.



10 Respeto por la herencia cultural única del niño y su familia:

- a. Los servicios de salud del comportamiento se prestan de manera que se respete la tradición y el patrimonio cultural del niño y de la familia.
- b. Los servicios se prestan en español a niños y padres cuya lengua materna es el español.

11 Independencia:

- a. Los servicios de salud del comportamiento incluyen dar apoyo y capacitación a los padres para satisfacer las necesidades de salud del comportamiento de sus hijos, así como darles apoyo y capacitación a los hijos para que practiquen autocontrol.
- b. Con los planes de servicios de salud del comportamiento, se identifican la necesidad de los padres y de los niños de recibir capacitación y apoyo para participar como socios en el proceso de evaluación, así como en la planificación, prestación y evaluación de los servicios, y se establece que se pondrá a su disposición dicha capacitación y apoyo, incluidas la asistencia para el transporte, los análisis avanzados y la ayuda para entender los materiales escritos.

12 Conexión con apoyos naturales:

- a. El sistema de salud del comportamiento identifica y utiliza adecuadamente los apoyos naturales disponibles en la propia red de contactos del niño y de los padres, incluidos amigos y vecinos, y en las organizaciones comunitarias, incluidas las organizaciones de servicios y religiosas.

Nueve principios rectores para los servicios y sistemas de salud del comportamiento orientados a la recuperación para adultos

- 1** Respeto: el respeto es el pilar. Partir desde el lugar donde están, sin prejuicios, con gran paciencia y compasión.
- 2** Las personas que transitan su recuperación eligen los servicios, y se las incluye en la toma de decisiones y en las medidas para desarrollar el programa: una persona que se está recuperando tiene voz y voto. Su autodeterminación en la dirección de los servicios y en las decisiones y desarrollo del programa se vuelven posibles, en parte, mediante la dinámica continua en la educación, análisis y evaluación, lo que conduce a la creación de un “consumidor informado” y la paleta más amplia posible a partir de la cual se pueden tomar decisiones. Las personas que se están recuperando deben participar en cada nivel del sistema, desde la administración hasta la prestación del servicio.
- 3** Se pone énfasis en la idea de la persona como un todo, a la vez que se incluyen o generan apoyos naturales. Las personas que se están recuperando no se consideran nada menos que seres completos: capaces, competentes y respetados por sus opiniones y elecciones. Por lo tanto, el énfasis se pone en potenciar la mayor autonomía posible y estilo de vida más natural e integral posible. Esto incluye acceder a apoyos naturales y sistemas sociales habituales para la comunidad social de una persona e involucrarse con ellos.
- 4** Se empodera a las personas para dar pasos hacia la independencia y asumir riesgos sin miedo al fracaso: las personas que se están recuperando se vuelven independientes a través de la exploración, la experimentación, la evaluación, la contemplación y la acción. Se mantiene un ambiente de aliento y refuerzo de las medidas para volverse independientes en un entorno donde la seguridad y el riesgo se valoran como ingredientes que promueven el crecimiento.



- 5 Integración, colaboración y participación con la comunidad que elijan: las personas que se están recuperando son miembros valiosos y que contribuyen a la sociedad y, como tales, merecen pertenecer a la comunidad y la beneficiar. Tal integración y participación recalca el papel de cada una como parte vital de la comunidad. La dinámica de la comunidad se considera inextricable de la experiencia humana. Se valoran el servicio a la comunidad y el voluntariado.
- 6 La asociación entre personas, personal y familiares/apoyos naturales para la toma de decisiones compartida basada en la confianza: una persona que se está recuperando, como cualquier miembro de una sociedad, obtiene fuerza y apoyo a través de las asociaciones. Las alianzas basadas en la compasión y centradas en optimizar la recuperación refuerzan la confianza en uno mismo, expanden la comprensión de todos los participantes y conducen a crear protocolos y obtener resultados óptimos.
- 7 Las personas que se están recuperando definen su propio éxito: según lo declarado por ellas, descubren el éxito, en parte, por los resultados de la calidad de vida, que pueden incluir una mayor sensación de bienestar, una integración avanzada en la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas que se están recuperando son expertas en sí mismas: establecen sus propias metas y resultados deseados.
- 8 Se prestan servicios basados en las fortalezas, flexibles y con capacidad de respuesta que reflejen las preferencias culturales de las personas: las personas que se están recuperando pueden esperar y merecen servicios flexibles, oportunos y con capacidad de respuesta que estén disponibles, se presten con responsabilidad y sean accesibles, fiables y sensibles a los valores y costumbres culturales. Las personas que se están recuperando son la fuente de su propia fortaleza y resiliencia. Quienes cumplen el papel de apoyos y facilitadores identifican, exploran y actúan para optimizar las fortalezas demostradas por las personas como herramientas para generar mayor autonomía y eficacia en la vida.
- 9 La esperanza es la base del trayecto hacia la recuperación: las personas que se están recuperando cuentan con la capacidad de tener esperanza y prosperan mejor en asociaciones que la fomentan. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para hacer realidad resultados positivos inesperados y poco habituales. Una persona que se está recuperando no tiene límites en su potencial ni posibilidades.

Clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades

Las clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades (MSIC) son clínicas en las que los miembros pueden consultar especialistas en un mismo lugar y, a veces, en la misma cita.

Actualmente, hay cuatro clínicas MSIC en Arizona. Están ubicadas en Flagstaff, Phoenix, Tucson y Yuma. Los servicios disponibles en las clínicas MSIC incluyen, entre otros, medicina familiar, fisioterapia y terapia ocupacional, terapia del habla, audiología, cirugía plástica, cardiología, gastroenterología, ortopedia y neurología.

Proveedores de Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS): Clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades

Si a su hijo lo diagnostican con ciertas condiciones, es probable que puedan recibir servicios de proveedores especiales a través de un programa llamado “Servicios de Rehabilitación Infantiles” (CRS). Estos proveedores forman parte de “clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades” (MSIC).



Los miembros con ciertas condiciones de CRS pueden elegir obtener servicios de cualquier proveedor contratado por el plan de salud dentro de la red, incluidas las MSIC que funcionan como hogares de salud y que prestan servicios de múltiples especialidades a los miembros con necesidades complejas. En las MSIC, usted y su familia pueden acudir a todos los médicos especialistas, aprovechar los beneficios de la participación comunitaria y obtener servicios de apoyo en un solo lugar.

Si el AHCCCS determina que su hijo es elegible para participar en el programa de CRS, se inscribirá al niño en un plan que tenga un proveedor de CRS.

Una vez que el niño sea miembro de los CRS, recibirá una tarjeta de identificación (ID). En la tarjeta de ID figurarán el nombre de su hijo, el número de ID del programa de CRS y otros datos importantes.

El tipo de proveedor médico de CRS que tratará la condición de su hijo dependerá de la necesidad de atención de salud específica del niño. El proveedor médico de CRS de su hijo puede ser alguno de los siguientes:

- **Cirujano:** Cirujano infantil general, cirujano cardiovascular y torácico, cirujano de nariz, garganta y oídos (ENT), neurocirujano, cirujano oftalmólogo, cirujanos ortopédicos (generales, de la mano, para la escoliosis, para amputados), cirujanos plásticos.
- **Médico especialista:** Cardiólogo, neurólogo, reumatólogo, pediatra general, genetista, urólogo, especialista en metabolismo.
- **Proveedor dental:** Dentista, ortodoncista.

Para obtener información detallada sobre las especializaciones de las clínicas, puede visitar el sitio web de cada una o llamar directamente a la clínica. También puede comunicarse con Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**). Estas son las ubicaciones de las clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades que prestan CRS:

DMG Children's Rehabilitative Services

3141 N. 3rd Ave Suite 100

Phoenix, AZ 85013

1-602-914-1520

www.dmgcrs.org

Especializaciones del DMG Children's Rehabilitative Services: audiología, cardiología, endocrinología, ENT, gastroenterología, genética, análisis de laboratorio y radiografías, neurología, neurocirugía, nutrición, terapia ocupacional, oftalmología, ortopedia, cirugía infantil, fisioterapia, cirugía plástica, atención primaria, psicología, reumatología, escoliosis, rehabilitación del habla y el lenguaje, y urología.

Children's Clinics

Square & Compass Building

2600 North Wyatt Drive

Tucson, AZ 85712

1-520-324-5437

1-800-231-8261

www.childrensclinics.org

Especializaciones de la clínica Children's Clinics: anestesiología, audiología, cardiología, atención emocional pediátrica, servicios dentales y de ortodoncia, apoyo educativo, endocrinología, ENT, trastornos digestivos, genética, análisis de laboratorio y radiografías, hematología, nefrología, neurocirugía, servicios de enfermería, nutrición, terapia ocupacional, ortopedia, oftalmología, programa de terapia con mascotas "Our Best Friends", servicios a pacientes y familias, cirugía infantil, medicina física, fisioterapia, cirugía plástica, atención primaria, psicología, neumología, reumatología, terapia del habla y el lenguaje, y urología.



Servicios de rehabilitación infantiles

5130 N Hwy 89
Flagstaff, AZ 86004

1-928-773-2054

1-928-779-3366

nahealth.com/

Especializaciones del centro médico Flagstaff Medical Center: audiología, cirugía bariátrica para perder peso, salud del comportamiento, centros oncológicos, centro de salud infantil, diabetes, atención de emergencia, endocrinología, gastroenterología, servicios quirúrgicos, de acondicionamiento físico infantil, vasculares y del corazón, para enfermedades infecciosas, neurología, servicios de nutrición, oftalmología, ortopedia, servicios pulmonares, renales, centro del sueño, servicios de traumatología, terapia EntireCare y urología.

Children's Rehabilitative Services

2851 S. Avenue B, Bldg 25
Yuma, AZ 85364

1-928-336-2777

www.yumaregional.org

Especializaciones del centro médico Yuma Regional Medical Center: cardiología, gastroenterología, terapia intensiva (ICU) neonatal, nefrología, neurología, reumatología, cirugía y urología.

Cómo programar, cambiar o cancelar citas con clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades (MSIC)

Debe programar una cita con el proveedor de CRS de su hijo. Si no lo hace y va sin cita, es posible que el proveedor no pueda atender al niño. Cuando llame a la MSIC para programar una cita, brinde la siguiente información a la persona que atienda la llamada:

- El nombre de su hijo.
- El número de ID del AHCCCS del niño.
- El motivo por el que su hijo necesita la cita.

Se programará la cita según cuándo el proveedor deba ver al niño o dentro de los 45 días. Si el niño tiene una necesidad urgente, podrá ir antes a la consulta con su proveedor. Si cree que su hijo necesita una cita más pronto, puede solicitar que le adelanten la consulta. Indique al proveedor las razones por las que cree que debería atender al niño más pronto y pídale que adelante la cita.

Si necesita cancelar o cambiar una cita, informe al proveedor del niño o a su clínica con al menos un día de anticipación. Si necesita cancelar una cita, asegúrese de programar otra para más adelante. Si necesita ayuda para hacer, cancelar o reprogramar una cita, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).



Servicios de rehabilitación infantiles (CRS)

¿Qué son los CRS?

El nombre “servicios de rehabilitación infantiles (CRS)” es un programa para ciertos miembros del AHCCCS que tienen determinadas condiciones de salud. Los miembros que reciben CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos por el AHCCCS que los miembros del AHCCCS que no reciben CRS. Pueden obtener este tipo de atención en la comunidad o en las MSIC. Las MSIC ofrecen muchos proveedores juntos en un mismo lugar. Su plan de salud ayudará a coordinar el cuidado para asegurarse de que se satisfagan todas sus necesidades especiales de atención de salud.

La División de Servicios al Miembro (DMS) del AHCCCS toma las decisiones respecto a la elegibilidad para los CRS.

¿Quién es elegible para obtener una designación de CRS?

Los miembros del AHCCCS pueden ser elegibles para obtener una designación de CRS si:

- Son menores de 21 años.
- Tienen una condición médica que requiere CRS.

La condición médica debe cumplir estos requisitos:

- Necesitar tratamiento activo.
- Ser considerada elegible por el DMS del AHCCCS porque cumple con los criterios según las secciones R9-22-1301-1305.

La persona que solicite CRS debe ser elegible para el AHCCCS a fin de poder recibir servicios de rehabilitación infantiles. Si la persona que solicita los CRS no es miembro actual del AHCCCS, deberá solicitar la inscripción en el AHCCCS de una de estas maneras:

- En línea: **www.HealtheArizonaPlus.gov**.
- Por teléfono al número gratuito del AHCCCS: **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**.

Cualquier persona puede completar una solicitud de CRS. Es decir, los miembros de la familia, los médicos o el personal del plan de salud. Para solicitar CRS, debe enviar lo siguiente por correo o por fax:

- Una solicitud de CRS completa.
- Expedientes médicos que demuestren que la persona que los solicita tiene una condición que califica para recibir CRS y necesita tratamiento activo.

Se puede encontrar la dirección de correo y el número de fax en la solicitud de CRS. En la Unidad de CRS del AHCCCS pueden ayudarle a completar la solicitud de servicios de rehabilitación infantiles. Puede comunicarse con la Unidad de CRS al **1-602-417-4545**.

Hay información adicional disponible en

<https://www.azahcccs.gov/PlansProviders/CurrentProviders/CRSreferrals.html>

El plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan brindará atención que sea médicamente necesario para servicios de salud física y del comportamiento, así como atención para la condición que requiere CRS.



Condiciones cubiertas por el programa de CRS

Los CRS cubren muchas condiciones de salud discapacitantes y crónicas. Entre las condiciones elegibles se incluyen, entre otras:

- Parálisis cerebral.
- Escoliosis.
- Trastornos del metabolismo.
- Pie zambo.
- Espina bífida.
- Neurofibromatosis.
- Dislocación de cadera.
- Condiciones cardíacas por anomalías congénitas.
- Anemia de células falciformes.
- Paladar hendido.
- Fibrosis quística.

Servicios para la primera infancia*

Si le preocupa que el crecimiento de su hijo no sea igual al de otros niños de la misma edad, dígame al proveedor del niño. Puede remitirlo a especialistas para averiguar si el habla, movimiento, uso de las manos y los dedos, la vista y la audición de su hijo son los esperados. Si hay un retraso en alguna de estas áreas, su hijo tiene servicios disponibles para brindarle ayuda. Es posible que el médico le haga una remisión al programa Arizona Early Intervention Program (AzEIP) si su hijo tiene entre 0 y 3 años y se le encontró un retraso. Para obtener más información sobre otros programas comunitarios para niños con necesidades especiales, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

***Una consulta/
control de
bienestar es lo
mismo que un
EPSDT.**

Head Start

Los programas Head Start de Arizona ofrecen programas de alta calidad para niños en edad preescolar. Por ejemplo, educación para la primera infancia, nutrición, salud, salud mental, discapacidad y servicios sociales. En algunas áreas hay programas Head Start para bebés y niños hasta los 3 años. Se encuentran servicios de Head Start en más de 500 lugares en todo el estado de Arizona. Para obtener más información sobre el programa Head Start más cercano, llame al **1-866-763-6481**. Deberá indicar su dirección y código postal cuando llame.

Herramientas de exámenes del desarrollo

Las herramientas para evaluar el desarrollo que utilizan los PCP que brindan atención infantil son, entre otras:

- La evaluación de los padres del estado del desarrollo (PEDS) y los cuestionarios de edades y etapas (ASQ) para miembros de 9, 18 y 30 meses de edad.
- La lista de verificación modificada de autismo en niños pequeños (MCHAT-R) para detectar autismo en miembros de 18 y 24 meses de edad.

Ayuda especial

Se le llama “ayuda especial” a una designación clínica única que proporciona apoyo a miembros con una enfermedad mental grave (SMI). Los miembros que califican deben ser incapaces de comunicarse o participar durante la planificación del tratamiento y tener una condición mental o física que reúna determinados criterios.



Cuando un equipo clínico del hogar de salud u otro evaluador calificado determina que un miembro necesita la ayuda especial, lo notifican a la Oficina de Derechos Humanos. Luego, la Oficina de Derechos Humanos enviará a alguien para que participe en nombre del miembro durante el tratamiento del paciente.

El plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja junto con la Oficina de Derechos Humanos del AHCCCS para identificar miembros que necesiten la ayuda especial.

Para comunicarse con el equipo de Asuntos Individuales y Familiares, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) y solicite hablar con alguien del equipo de Asuntos Individuales y Familiares.

También puede visitar la página de la Oficina de Derechos Humanos en <https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/HealthcareAdvocacy/ohr.html> o llamar al **1-800-421-2124** o al **1-877-524-6882**.

Consejo de Defensa del Miembro

El equipo de defensa del miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja para promover y proteger los derechos de los miembros del AHCCCS. Nuestro equipo también lleva a cabo reuniones mensuales del Consejo de Defensa del Miembro. Las reuniones son una oportunidad para que usted pueda dar sus opiniones, y enterarse de los cambios y las actualizaciones en su plan de salud. Además de las reuniones mensuales, existen otras maneras en las que puede trabajar con nosotros. Puede participar en el consejo de defensa de la agencia de su proveedor. Puede ser parte de uno de nuestros comités internos. Puede, incluso, integrar nuestro Comité de Gobernanza.

Para participar en nuestro Consejo de Defensa del Miembro u obtener más información sobre la defensoría, escríbanos a **AzCHAdvocates@azcompletehealth.com**. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) y pedir hablar con el Consejo de Defensa del Miembro.

El equipo de defensores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está formado por el siguiente personal:

Administrador de defensa del miembro	Supervisa el equipo de defensa de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Trabaja con miembros con necesidades de atención de salud especiales, familias, jóvenes y otros para promover y proteger sus derechos. Trabaja en estrecha colaboración con los comités regionales de derechos humanos y la Oficina de Derechos Humanos.
Defensor para miembros adultos que reciben servicios de salud del comportamiento	Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros adultos que reciben servicios de salud del comportamiento. Esto incluye la designación de ayuda especial y la Oficina de Derechos Humanos.
Defensor para miembros menores que reciben servicios de salud del comportamiento	Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros menores que reciben servicios de salud del comportamiento y su familia.
Defensor de los miembros veteranos	Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros veteranos que reciben servicios de salud física o del comportamiento.
Defensor de los miembros del programa CRS	Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros que reciben servicios de salud física o del comportamiento a través del programa CRS.



Proceso de aprobación y rechazo

Es posible que algunos servicios de salud física y del comportamiento requieran autorización previa. Por “autorización previa” se entiende que su médico solicitó permiso para que usted obtenga un servicio especial o una remisión. Debemos aprobar estas solicitudes antes de que se presten los servicios. Por ejemplo, admisiones en un hospital que no sean de emergencia u otras solicitudes, como:

- Centro de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados.
- Centro residencial de salud del comportamiento.
- Capacitación en cuidados en el hogar a hogares de cuidado clientes (HCTC).
- Evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas.
- Terapia electroconvulsiva (ECT).
- Servicios o tratamientos que no son de emergencia fuera de la red.
- Algunos medicamentos: consulte la lista de medicamentos aprobados (Formulario).
- Imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), tomografía por emisión de positrones (PET).
- Análisis de laboratorio especiales o genéticos.
- Cirugías (programadas previamente).
- Diálisis.
- Algunos procedimientos y cirugías para pacientes ambulatorios.
- Trasplantes.
- Biofarmacia (compra y facturación).

Si se requiere, su proveedor se encargará de obtener la autorización para los servicios. Debemos revisar las solicitudes de autorización antes de que usted pueda recibir el servicio.

Si usted o su proveedor quieren una remisión para que obtenga un servicio que no es un beneficio cubierto, llame a Servicios al Miembro al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711) para que podamos evaluar otras opciones disponibles para usted.

Una autorización previa se aprueba sobre la base de una revisión de necesidad médica.

Su proveedor le informará cuando obtenga la autorización. También puede llamar a Servicios al Miembro para consultar el estado de la solicitud. Le informaremos por correo si se rechaza la autorización. En la carta encontrará instrucciones para presentar una apelación. En la carta se explicarán los motivos del rechazo. Si tiene preguntas sobre el rechazo y necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**). Consulte la sección de este manual titulada *Reclamos: ¿Qué debo hacer si estoy disconforme?* para obtener más información sobre cómo presentar una apelación por el rechazo de una autorización.

Los criterios en los que se basan las decisiones están a su disposición si los solicita.



Remisiones del médico dentro de la red y libertad de elección de proveedores

El plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan le ofrece la libertad de elegir proveedores dentro de nuestra red. Puede cambiar de PCP o de proveedor en cualquier momento, y puede elegir un PCP o un proveedor diferente para cada miembro de la familia, siempre que pertenezcan a nuestra red. Es importante que acuda a proveedores que estén registrados en el AHCCCS y participen en la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, de lo contrario, es posible que usted tenga que pagar los servicios. Para buscar médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud altamente calificados que pertenezcan a nuestra red, puede visitar nuestro sitio web en <https://www.azcompletehealth.com/find-a-doctor.html> o llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Copagos para los miembros no incluidos en los títulos XIX y XXI

Es posible que las personas con enfermedades mentales graves (SMI) que no estén incluidas en los títulos XIX y XXI tengan que pagar copagos por servicios de salud del comportamiento. El monto del copago es de \$3. Antes de que programe citas para recibir servicios, el plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan o su proveedor conversarán con usted sobre los pagos que deberá realizar.

Si tiene Medicare o un seguro privado, pagará el copago de \$3 para los servicios cubiertos por Arizona Complete Health-Complete Care Plan, o bien el copago de su seguro para dichos servicios (si es menos de \$3). Es decir, usted no tendrá que pagar un monto más alto para los servicios cubiertos de Arizona Complete Health-Complete Care Plan por el simple hecho de que tenga otro seguro. No obstante, si, a través de su seguro, usted recibe servicios o medicamentos que el plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan no cubre, tendrá que pagar el copago o las otras tarifas de su seguro (consulte la matriz de servicios disponibles que comienza en la página 27).

Es posible que tenga que pagar los servicios que no estén cubiertos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos:

- Un servicio que no haya programado ni aprobado su proveedor.
- Un servicio que no figure en la matriz de servicios disponibles de la página 35.
- Un servicio que usted reciba de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores sin una remisión del médico.
- Los miembros están exceptuados de pagar los copagos de Medicaid.

Pago de los servicios cubiertos

Únicamente en circunstancias limitadas le pedirán que usted pague servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y las farmacias pueden verificar su cobertura a través del AHCCCS o llamar a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y confirmarla. Si le han solicitado el pago de un servicio cubierto o recibe una factura por servicios cubiertos, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).



Pago de los servicios no cubiertos

Solo cubriremos la atención aprobada por nuestro plan, a menos que sea un servicio de emergencia. Si usted recibe un servicio o medicamento recetado que nuestro plan no cubre, Arizona Complete Health-Complete Care Plan no pagará ese servicio o medicamento recetado.

Coordinación de beneficios (COB)

El AHCCCS es el pagador de último recurso. Por lo tanto, se debe recurrir al AHCCCS para el pago de servicios cubiertos solo después de que todas las demás fuentes de pago se hayan agotado.

Si es un miembro con “otro seguro” o con “doble elegibilidad” (es decir, usted tiene cobertura también de Medicare), tómese un momento para llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) y brindarnos esta información. Cuando llame, nos aseguraremos de incluir su otro seguro en nuestro sistema.

También puede llamar e informar a la Oficina de Elegibilidad del AHCCCS. Luego, el AHCCCS nos pasará la información a nosotros. Recuerde: esto también incluye las coberturas por divorcio o del seguro para hijos pagadas por un excónyuge. A veces, se aprueba la participación en el AHCCCS a miembros que tienen otros tipos de seguro, como Tricare u otros planes comerciales. Somos responsables de los copagos, el coseguro o los deducibles, incluso si los servicios se prestan fuera de nuestra red.

Si otra aseguradora (excepto Medicare) tiene algún copago, coseguro o deducible, nos corresponde pagar la diferencia que sea menor entre estos montos:

- El monto pagado por el seguro principal y la tarifa del seguro principal (por ejemplo, el copago del miembro con el seguro principal).

o

- El monto pagado por el seguro principal y la tarifa de pago por servicios del AHCCCS, incluso cuando los servicios se presten fuera de la red.

No nos corresponde pagar coseguros ni deducibles más altos que los que hubiéramos pagado por el servicio completo de acuerdo con nuestro contrato con el proveedor que presta el servicio o conforme a servicios equivalentes del AHCCCS.

El plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan se encarga de averiguar a quién le corresponde legalmente el pago total o parcial de los servicios cubiertos. Esto se llama “establecimiento de responsabilidades”.

Los dos métodos utilizados para la coordinación de beneficios son la prevención de gastos y la recuperación posterior al pago.

“Prevención de gastos” significa que evitamos pagar el costo de los servicios en una reclamación si hemos establecido que hay un tercero responsable que debe cubrirlo, por ejemplo, otro seguro.

“Recuperación posterior al pago” quiere decir que, si averiguamos que había un tercero responsable después de que hayamos pagado una reclamación, recuperaremos el costo de dicha reclamación.

El AHCCCS es el pagador de último recurso, a menos que las leyes estatales o federales lo prohíban de manera específica. Por lo tanto, se debe recurrir al AHCCCS para el pago de servicios cubiertos solo después de que todas las demás fuentes de pago se hayan agotado. El plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan se encargará de identificar las posibles fuentes de pago de terceros legalmente responsables.



Información especial para nuestros miembros con cobertura de Medicare

Si usted es un miembro “con doble elegibilidad”, generalmente significa que tiene beneficios adicionales que pueden no estar cubiertos por el AHCCCS. Saber que tiene otro seguro nos ayuda a coordinar la atención de salud que recibe con el otro plan.

Si tiene cobertura de Medicare y acude a un médico que no está en nuestro plan, es posible que los gastos no estén cubiertos. Si decide hacerlo sin nuestra aprobación, es probable que no paguemos por esos servicios, debido a que los prestó un médico que no está en nuestro plan. Es importante que acuda a su PCP para obtener remisiones a los médicos indicados. (Esto no incluye los servicios de emergencia). No cubriremos pagos por servicios fuera de la red sin una autorización previa.

Los miembros con doble elegibilidad pueden elegir cualquier proveedor dentro de la red, y no únicamente los que aceptan Medicare.

¿Por qué es importante que llame a Servicios al Miembro e informe las distintas coberturas que tiene? ¡Porque así podrá aprovechar al máximo los beneficios de ambos planes de seguro!

Información importante para los miembros del AHCCCS con cobertura de Medicare Parte D (miembros con doble elegibilidad)

Medicaid no cubre medicamentos que sean elegibles para la cobertura en planes de Medicare Parte D. Medicaid no paga copagos ni deducibles de Medicare ni los costos compartidos de medicamentos de Medicare Parte D, excepto para personas a quienes se las haya designado como pacientes con SMI.

El AHCCCS cubre medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare Parte D cuando estos medicamentos cubiertos se consideran médicamente necesarios. Se llama “medicamentos excluidos” a aquellos que no son elegibles para la cobertura de Medicare Parte D.

Es posible que el AHCCCS cubra algunos medicamentos de venta libre (OTC). Para obtener una lista de los productos disponibles, consulte la Lista de medicamentos de OTC de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en nuestro sitio web

<https://www.azcompletehealth.com/members/medicaid/benefits-services/pharmacy.html> o llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) y solicite una copia impresa.

Para miembros que hayan sido designados pacientes con enfermedad mental grave (SMI), el AHCCCS también cubre copagos para medicamentos que se utilizan en diagnósticos de salud del comportamiento, siempre que sean médicamente necesarios y económicamente eficaces.

Plazos para la autorización de servicios y medicamentos

Las decisiones de autorización de servicios se deben completar dentro de los plazos que se indican a continuación y son diferentes a los plazos que se utilizan para otros tipos de solicitudes.



Plazos de decisión de autorización de servicios para medicamentos

- Dentro de las 24 horas después de haber recibido la solicitud.
- La decisión definitiva no puede demorar más de siete días hábiles contados a partir del primer día de la solicitud.

Cuando la solicitud de autorización previa de un medicamento no tenga información suficiente para tomar una decisión, Arizona Complete Health-Complete Care Plan le solicitará más información al profesional que expidió la receta dentro de las 24 horas después de haber recibido la solicitud. Se informará la decisión definitiva y se enviará un Aviso de determinación adversa de beneficios dentro de los siete días hábiles a partir del primer día que se realizó la solicitud.

Plazos estándares de decisión de autorización para solicitudes de autorización de servicios

no relacionados con medicamentos: Tan pronto como la condición del miembro lo requiera, pero, a más tardar, dentro de los 14 días calendario posteriores al día en que se recibió la solicitud.

Solicitudes estándares de autorización de servicios (solicitudes que no incluyen medicamentos):

Es posible que Arizona Complete Health-Complete Care Plan otorgue 14 días adicionales, 28 días calendario en total, como plazo máximo a partir del día en que se realizó la solicitud.

Plazos acelerados de decisión de autorización de servicios para solicitudes de autorización de

servicios no relacionados con medicamentos: Tan pronto como la condición del miembro lo requiera, pero, a más tardar, dentro de las 72 horas después de haber recibido la solicitud.

Es posible que, para solicitudes aceleradas de autorización de servicios que no incluyan medicamentos, Arizona Complete Health-Complete Care Plan otorgue 14 días adicionales, 17 días calendario en total, como plazo máximo a partir del día en que se realizó la solicitud.

Reclamos: Cómo presentar un reclamo si está disconforme

Usted tiene derecho a presentar una queja relacionada con cualquiera de los servicios cubiertos que proporcionamos. Esto incluye a miembros elegibles para el AHCCCS incluidos en los títulos XIX y XXI, miembros con una enfermedad mental grave y miembros que no estén inscritos como personas con enfermedades mentales graves y no sean elegibles conforme a los títulos XIX y XXI.

Quejas y apelaciones

Si no está conforme con sus servicios o no está de acuerdo con una decisión tomada sobre sus servicios, siempre tiene derecho a presentar un reclamo (queja) relacionado con cualquiera de los servicios cubiertos que brinda Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Los miembros elegibles para el AHCCCS incluidos en los títulos XIX y XXI, los miembros a quienes se les determinó una enfermedad mental grave y los miembros que no están inscritos como personas con enfermedades mentales graves y no son elegibles conforme a los títulos XIX y XXI tienen derecho a presentar un reclamo (queja), y estamos aquí para brindarles ayuda.

El Departamento de Quejas y Apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan le brindará ayuda con el proceso de presentación de reclamos (quejas) o apelaciones. El personal de Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudar a los miembros a presentar un reclamo (queja). No hay límites en los plazos para presentar un reclamo (queja).



¿Está disconforme con su atención de salud?

Si no está conforme con su atención médica, puede presentar un reclamo (queja). A los reclamos también se los conoce como “quejas”. Usted o la persona a cargo de tomar las decisiones de atención de salud (HCDM) pueden presentar un reclamo (queja) contra el proveedor del servicio o contra el plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan. También puede presentar un reclamo (queja), una apelación o solicitar una audiencia por cualquiera de los servicios para casos de crisis que haya recibido a través de autoridades regionales de salud del comportamiento (RBHA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Algunos motivos por los que puede presentar reclamos (quejas) son, por ejemplo, si no puede recibir servicios de atención de salud, tiene inquietudes por la calidad de la atención que recibió o sobre el acceso oportuno a los servicios.

También puede presentar un reclamo (queja) si recibió un Aviso de determinación adversa de beneficios que usted no entiende o que es incorrecto. Si el plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan no resuelve sus inquietudes relacionadas con el Aviso, además puede escribir al Departamento de Administración Médica del AHCCCS a **MedicalManagement@azahcccs.gov**.

También puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) entre las 8 a. m. y las 5 p. m. y presentar un reclamo (queja).

Puede presentar un reclamo (queja) en persona o por escrito. Información de contacto para presentar reclamos (quejas) por correo:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Attn: Grievance and Appeals Department
1850 W. Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

Una vez que lo presente, revisaremos su reclamo (queja) y le daremos una respuesta, a más tardar, dentro de los 90 días a partir de la fecha en que nos llame. En la mayoría de los casos, completaremos la revisión y le enviaremos una respuesta dentro de los 10 días hábiles.

Usted tiene derecho a llamar a la Unidad de Resoluciones Clínicas (CRU) del AHCCCS si el plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan no le resuelve el problema. Puede comunicarse con la CRU al **1-602-364-4558** o al **1-800-867-5808**.

Estos son los datos de contacto para que llame o escriba si recibió algún servicio, incluidos los servicios para casos de crisis, de otra RBHA:

Mercy Care RBHA
Grievance System Department
4500 E. Cotton Center Blvd
Phoenix, AZ 85040
1-602-586-1719 o **1-866-386-5794**

Care1st RBHA
Attn: Member Services
1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 211
Tempe, AZ 85281
1-866-560-4042



Derechos legales de las personas con enfermedades mentales graves

Si tiene una designación de enfermedad mental grave (SMI), tiene derecho a presentar una queja de SMI si cree que un proveedor de salud mental ha violado sus derechos. Una queja de SMI es diferente del proceso de reclamo. Si tiene una SMI, puede presentar un reclamo, una queja de SMI o ambos. Si no tiene una SMI, solo puede presentar un reclamo. Tiene un año a partir de la fecha de la presunta violación de derechos para presentar una queja de SMI. También puede pedirnos que investiguemos cualquier situación que parezca peligrosa, ilegal o inhumana. Entre sus derechos legales se incluyen:

- el derecho a no ser discriminado;
- el derecho a la igualdad de acceso a los servicios de salud del comportamiento;
- el derecho a la intimidad;
- el derecho a ser informado; y
- el derecho a obtener ayuda de un abogado o representante de su elección.

Consulte el Código Administrativo de Arizona, título 9, capítulo 21, artículo 2, para obtener una lista más completa de sus derechos.

El AHCCCS investiga las quejas relacionadas con el abuso físico, el abuso sexual o la muerte. Para presentar una queja de manera verbal o escrita sobre abusos físicos, abusos sexuales o la muerte de una persona, llame o escriba a:

AHCCCS Office of Grievance and Appeals
801 E. Jefferson Street, Mail Drop 6200
Phoenix, AZ 85034
1-800-654-8713

Si cree que se han violado sus derechos o quiere que investiguemos algo, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan entre las 8 a. m. y las 5 p. m. al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Lo ayudaremos. También puede visitar la oficina de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y Regional Behavioral Health Authority y pedir hablar con alguien en persona. Nuestra dirección es la siguiente:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan Regional-Behavioral Health Authority
333 E. Wetmore Road, Suite 600
Tucson, AZ 85705



¿Está disconforme con una decisión?

Si no está conforme con una decisión que se tomó sobre sus servicios, puede presentar una apelación. Una apelación es una solicitud formal para que revisemos una decisión que hayamos tomado sobre sus servicios.

Si recibe un Aviso de determinación adversa de beneficios, tiene derecho a presentar una apelación. Un Aviso de determinación adversa de beneficios consiste en una carta por escrito donde se explica una decisión respecto a sus servicios. Es posible que, aunque no haya recibido un Aviso de determinación adversa de beneficios, usted tenga derecho a presentar una apelación.

Tiene derecho a presentar una apelación por cualquiera de los servicios cubiertos que proporcionamos. Esto incluye apelaciones para miembros elegibles para el AHCCCS incluidos en los títulos XIX y XXI, apelaciones para miembros a quienes se les determinó una enfermedad mental grave (apelaciones de SMI) y apelaciones para miembros que no están inscritos como personas con enfermedades mentales graves y no son elegibles conforme a los títulos XIX y XXI.

¿Cómo presento una apelación?

Las apelaciones se pueden presentar de forma verbal o por escrito dentro de los 60 días posteriores a la fecha del Aviso de determinación adversa de beneficios o del Aviso de decisión y derechos de apelación. En el Aviso se explica cómo se debe presentar una apelación y cuál es el plazo que tiene para hacerlo. De todos modos, si tiene alguna pregunta, el Departamento de Quejas y Apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está a su disposición para brindarle ayuda. Para comunicarse con el Departamento de Quejas y Apelaciones, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Puede presentar una apelación usted o su representante legal. También puede presentar una apelación su representante autorizado, incluido su proveedor, si usted da su autorización por escrito. Asimismo, hay ayuda disponible si quiere presentar una apelación por su cuenta.

En algunos casos, Arizona Complete Health-Complete Care Plan revisará una apelación de manera acelerada (rápida). Las apelaciones aceleradas se resuelven dentro de las 72 horas debido a necesidades urgentes de salud de la persona que presenta la apelación. Llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) o a su proveedor para saber si su apelación se resolverá de manera acelerada. Si su apelación no es acelerada, se resolverá dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que se reciba.

Para presentar una apelación de manera verbal, o si necesita ayuda para presentar una apelación por escrito, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**). Esta es la información de contacto para mandar los documentos de su apelación por correo:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Attn: Grievance & Appeal Department
1850 W. Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

Recibirá un aviso por escrito dentro de los cinco días hábiles donde le informaremos que recibimos su apelación. Si su apelación es acelerada, recibirá el aviso de que recibimos su apelación dentro de las 24 horas hábiles. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan decidió que su apelación no necesita una resolución acelerada, se seguirán los plazos de una apelación estándar. El plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan hará todo lo razonablemente posible para avisarle cuanto antes de forma verbal la decisión de no resolver su apelación de manera acelerada y le enviará un aviso de seguimiento por escrito dentro de los dos días calendario.



¿Qué puedo apelar?

Usted tiene derecho a apelar para solicitar que se revisen las siguientes determinaciones adversas de beneficios:

- El rechazo o la aprobación limitada de un servicio que le solicitó su proveedor o equipo clínico.
- La reducción, interrupción o terminación de un servicio que usted recibía.
- El rechazo, total o parcial, del pago de un servicio.
- Los servicios que no se hayan brindado de manera oportuna.
- La falta de cumplimiento de los plazos para resolver apelaciones o reclamos.
- El rechazo de una solicitud de servicios fuera de la red de proveedores cuando estos servicios no están disponibles dentro de la red de proveedores.

¿Qué ocurre después de presentar una apelación?

Como parte del proceso de apelaciones, usted tiene derecho a presentar evidencias que respalden su apelación. Puede presentar estas pruebas a Arizona Complete Health-Complete Care Plan en persona o por escrito. Para prepararse antes de la apelación, puede examinar el expediente de su caso, los expedientes médicos y otros documentos y registros que podrían utilizarse antes del proceso o durante la apelación, siempre que los documentos no estén protegidos contra su divulgación conforme a la ley. Si quiere revisar estos documentos, llame a su proveedor o a Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Las pruebas que aporte a Arizona Complete Health-Complete Care Plan se utilizarán a la hora de decidir la resolución de la apelación.

¿Cómo se resuelve mi apelación?

Arizona Complete Health-Complete Care Plan le dará una decisión, llamada Aviso de resolución de apelación, en persona o por correo certificado, dentro de los 30 días siguientes a la recepción de su apelación para las apelaciones estándar, o dentro de las 72 horas para las apelaciones aceleradas. El Aviso de resolución de apelación es una carta escrita que le informa del resultado de su apelación.

La fecha de resolución puede extenderse hasta 14 días. Usted o Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden pedir más tiempo para reunir más información. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan solicita más tiempo, se le notificará por escrito el motivo de la extensión.

Cuando hayamos completado nuestra revisión, recibirá un Aviso de resolución de apelación que le indicará:

- el resultado de la apelación;
- los motivos de la decisión.

Si su apelación ha sido rechazada, total o parcialmente, el Aviso de resolución de apelación también le comunicará:

- Cómo puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.
- Cómo pedir que los servicios continúen durante el proceso de la audiencia imparcial ante el estado, si procede.
- El motivo por el que se ha rechazado su apelación y los motivos legales detrás de la decisión de rechazo.
- Que es posible que tenga que pagar por los servicios que reciba durante el proceso de audiencia imparcial ante el estado si su apelación es rechazada en esa instancia.



¿Qué puedo hacer si estoy disconforme con los resultados de mi apelación?

Puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado si no está satisfecho con los resultados de una apelación. Si su apelación fue acelerada, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada.

TIENE DERECHO A QUE UN REPRESENTANTE DE SU ELECCIÓN LE AYUDE EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO.

¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado?

Debe solicitar una audiencia imparcial ante el estado por escrito en un plazo de 90 días a partir de la recepción del Aviso de resolución de apelación. Esto incluye tanto las solicitudes estándar como las aceleradas de una audiencia imparcial ante el estado. Las solicitudes de audiencias imparciales ante el estado deben enviarse por correo a:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Attn: Grievance and Appeal Department
1850 W. Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

¿Cuál es el proceso de mi audiencia imparcial ante el estado?

Recibirá un Aviso de audiencia imparcial ante el estado al menos 30 días antes de la fecha de la audiencia.

El Aviso de audiencia imparcial ante el estado es una carta escrita que le indicará:

- La hora, el lugar y la naturaleza de la audiencia.
- El motivo de la audiencia.
- La autoridad legal y jurisdiccional que requiere la audiencia.
- Las leyes específicas que están relacionadas con la audiencia.

¿Cómo se resuelve mi audiencia imparcial ante el estado?

Para las audiencias imparciales ante el estado estándar, usted recibirá una decisión del director del AHCCCS por escrito a más tardar 90 días después de que su apelación fue presentada por primera vez. Este periodo de 90 días no incluye:

- Cualquier prórroga que haya solicitado.
- El número de días transcurridos entre la fecha en que recibió el Aviso de resolución de apelación y la fecha de presentación de su solicitud de audiencia imparcial ante el estado.

La decisión del director del AHCCCS le informará el resultado de la audiencia imparcial ante el estado y la decisión final sobre sus servicios.

Para las audiencias imparciales ante el estado aceleradas, usted obtendrá una decisión del director del AHCCCS por escrito dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que el AHCCCS reciba el expediente de su caso y la información de la apelación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. AHCCCS también intentará llamarle para notificarle la decisión del director de AHCCCS.



¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación/audiencia imparcial ante el estado?

Puede pedir que los servicios que ya estaba recibiendo continúen durante el proceso de apelación o el proceso de audiencia imparcial ante el estado. Si quiere seguir recibiendo los mismos servicios, debe solicitar por escrito la continuación de sus servicios en un plazo de **10** días calendario a partir de la fecha del Aviso de determinación adversa de beneficios o del Aviso de resolución de apelación. Si el resultado de la apelación o de la audiencia imparcial ante el estado no es a su favor, es posible que tenga que pagar por los servicios que obtuvo durante el proceso de apelación o de audiencia imparcial ante el estado.

¿TIENE UN PLAN MEDICARE PARTE D?

Todos los planes Medicare Parte D deben tener un proceso de excepción y apelación. Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D y presenta una excepción o una apelación, es posible que pueda obtener un medicamento recetado que normalmente no está cubierto por su plan Parte D. Llame a su plan Parte D para que le brinden ayuda para presentar una excepción o una apelación relacionada con su cobertura de medicamentos recetados.



Apelaciones para personas con una enfermedad mental grave (SMI)

Las personas con una designación de SMI pueden apelar lo siguiente:

- decisiones sobre la elegibilidad de una persona para servicios de salud del comportamiento;
- suficiencia o adecuación de una evaluación;
- visión a largo plazo, metas de servicio, objetivos o los plazos establecidos en el plan de servicio individual (ISP) o en el plan de tratamiento y alta de pacientes hospitalizados (ITDP);
- servicios recomendados identificados en el informe de evaluación, ISP o ITDP;
- servicios reales que se prestarán, tal y como se describen en el ISP, el plan de servicios provisionales o el ITDP;
- acceso a servicios o prestación oportuna de servicios;
- conclusiones del equipo clínico con respecto a la competencia, capacidad de tomar decisiones, necesidad de tutela u otros servicios de protección o necesidad de ayuda especial de la persona;
- rechazo de una solicitud de revisión, el resultado de una modificación o no modificación, o la conclusión de un ISP, ITDP, o parte de un ISP o ITDP;
- aplicación de los procedimientos y plazos para elaborar el PSI o el PDIT;
- implementación del ISP o ITDP;
- decisión de proporcionar una planificación de servicios, incluida la prestación de servicios de evaluación o administración de casos a una persona que rechaza dichos servicios, o decisión de no prestar dichos servicios a la persona;
- decisiones sobre la evaluación de las tarifas de una persona o el rechazo de una solicitud de exención de tarifas;
- rechazo del pago de una reclamación;
- inacción de la RBHA o del AHCCCS dentro de los plazos establecidos en relación con una apelación;
- una decisión de que la persona ya no necesita los servicios de SMI; y
- determinación de la PASRR en el contexto de un examen de preadmisión o de una revisión anual de residente, que afecte negativamente a la persona.

Si presenta una apelación, recibirá un aviso por escrito de que recibimos su apelación en un plazo de cinco días laborables a partir de la recepción por parte de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. En el caso de que se deba acelerar una apelación, usted recibirá un aviso por escrito de que recibimos su apelación en el plazo de un día laborable a partir de la recepción por parte de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, y la conferencia informal debe realizarse en un plazo de dos días laborables a partir de la presentación de la apelación.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan reconocerá y tomará una decisión sobre su apelación al igual que lo hacemos con otros tipos de apelaciones. Sin embargo, usted también tendrá derecho a reunirse con nosotros en persona para conversar sobre su apelación. Tendrá una conferencia informal con Arizona Complete Health-Complete Care Plan dentro de los siete días laborables siguientes a la presentación de la apelación. La conferencia informal debe celebrarse en un momento y lugar que le resulten convenientes a usted. Tiene derecho a que un representante de su elección le brinde ayuda durante la conferencia. Se informará a usted y los demás participantes por escrito de la hora y el lugar de la conferencia al menos con dos días de anticipación. Si no puede acudir a la conferencia en persona, puede participar por teléfono.



Apelaciones para personas con una enfermedad mental grave (SMI) (continuación)

Si no hay una resolución de la apelación durante esta conferencia informal, y si la apelación no se relaciona con su elegibilidad para los servicios de salud del comportamiento, el siguiente paso es una segunda conferencia informal con el AHCCCS. Esta segunda conferencia informal debe llevarse a cabo en los 15 días siguientes a la presentación de la apelación. Si debe acelerarse, la segunda conferencia informal debe llevarse a cabo dentro de los dos días laborables siguientes a la presentación de la apelación. Usted tiene derecho a pedir que se omita la segunda conferencia informal.

Si no se resuelve la apelación durante la segunda conferencia informal, o si usted pidió que se omitiera la segunda conferencia informal, se le dará información para indicarle cómo solicitar una audiencia administrativa.

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación?

Si presenta una apelación, seguirá recibiendo los servicios de salud del comportamiento que ya recibía, a menos que un clínico calificado decida que reducir o concluir los servicios es lo mejor para usted, o que usted acepte por escrito reducir o concluir los servicios.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan no le hará pagar por los servicios que obtuvo durante el proceso de apelación, más allá del resultado.

Apelaciones de determinaciones de enfermedad mental grave (SMI)

Las personas que solicitan una determinación de enfermedad mental grave (SMI) y las personas que han recibido una determinación de SMI pueden apelar el resultado.

Si solicita una determinación de SMI, la decisión la tomará Solari Inc., un proveedor estatal que realiza determinaciones de enfermedades mentales graves (SMI).

Si usted o su proveedor solicitan la determinación de SMI, recibirán una carta por correo en la que se les comunicará la decisión final. Esta carta se denomina "Notificación legal de decisión". Si Solari considera que usted no es elegible para una determinación de SMI, le indicará el motivo en la carta. Si no recibe la carta o el aviso hacia el final del plazo acordado, llame a Solari al **1-800-203-2273**.

Usted tiene derecho a apelar su determinación de SMI.

Para presentar una apelación, debe llamar a Solari al **1-800-203-2273**. Solari le proporcionará una carta que incluirá información sobre sus derechos como miembro y sobre cómo apelar la determinación de SMI.

Para obtener más información, comuníquese con:

Solari, Inc.
1275 West Washington Street
Suite 210
Tempe, AZ 85281
1-800-203-CARE (2273)



Usted tiene derecho a presentar una queja relacionada con cualquiera de los servicios cubiertos que proporcionamos. Esto incluye a miembros elegibles para el AHCCCS incluidos en los títulos XIX y XXI, miembros con una enfermedad mental grave y miembros que no estén inscritos como personas con enfermedades mentales graves y no sean elegibles conforme a los títulos XIX y XXI.

Tiene derecho a presentar una apelación por cualquiera de los servicios cubiertos que proporcionamos. Esto incluye apelaciones para miembros elegibles para el AHCCCS incluidos en los títulos XIX y XXI, apelaciones para miembros a quienes se les determinó una enfermedad mental grave (apelaciones de SMI) y apelaciones para miembros que no están inscritos como personas con enfermedades mentales graves y no son elegibles conforme a los títulos XIX y XXI.

¿Qué puedo hacer si estoy disconforme con los resultados de mi apelación?

Puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado si no está satisfecho con los resultados de una apelación. Si su apelación fue acelerada, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada.

TIENE DERECHO A QUE UN REPRESENTANTE DE SU ELECCIÓN LE AYUDE EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO.

Cómo cambiar de plan de servicios de salud física para miembros con designación de SMI

Los miembros que padecen una enfermedad mental grave (SMI) y que están inscritos en un plan tanto para los servicios de salud física como para los de salud del comportamiento pueden solicitar un plan diferente para sus servicios de salud física. Esto se llama una solicitud de exclusión. Solo se aprobará la exclusión si el miembro o su representante pueden demostrar que se le ha perjudicado o tratado injustamente en algunos de los siguientes casos:

- 1 Al recibir atención de salud.
- 2 Al recibir una atención de salud de calidad.
- 3 Al proteger la privacidad y los derechos de los miembros.
- 4 Al elegir un proveedor.

Si quiere obtener más información al respecto, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Antes de que lo trasladen a otro plan de atención de salud del AHCCCS, Arizona Complete Health-Complete Care Plan intentará resolver sus inquietudes. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no puede resolver sus inquietudes, usted o su representante pueden solicitar un cambio de plan de salud llamando a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Si quiere cambiar de plan porque ha sido discriminado, tratado injustamente o cree que existe la posibilidad de que se produzca una discriminación o un trato injusto, se le pedirá que presente pruebas. El solo hecho de estar inscrito en un plan de salud integrado no demuestra una discriminación real o potencial ni un trato injusto.

El proceso de revisión de Arizona Complete Health-Complete Care Plan seguirá estos pasos:

- Arizona Complete Health-Complete Care Plan confirmará que usted está inscrito en el plan integrado.
- Los Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan registrarán sus reclamaciones por daños reales, posible discriminación o trato injusto causados por la inscripción en el plan de salud integrado.



- Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan completará el formulario de “Transferencia de un miembro con SMI inscrito en una RBHA a un contratista de atención aguda del AHCCCS” e incluirá cualquier prueba que usted o su representante proporcionen.

Recibirá la aprobación o el rechazo por escrito dentro de los 10 días siguientes a su solicitud. Si se aprueba su solicitud, Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabajará con su nuevo plan de atención de salud del AHCCCS para garantizar que no haya interrupciones en su atención. Si se rechaza su solicitud, recibirá los motivos del rechazo y se le informará de su derecho a presentar una apelación.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cumple con todas las leyes federales y estatales, entre ellas: El título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según su implementación mediante las normas de la sección 45, parte 80 del Código de Regulaciones Federales (CFR); la Ley sobre Discriminación por Edad de 1975, aplicada por los reglamentos en la sección 45, parte 91 del CFR; la Ley de Rehabilitación de 1973; el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (en relación con los programas y actividades de educación); los títulos II y III de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades; y la sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

Derechos de los miembros

Nuestro objetivo es proporcionar una atención de salud y del comportamiento de alta calidad. También prometemos escucharle, tratarle con respeto y comprender sus necesidades individuales. Los miembros tienen derechos y responsabilidades. A continuación, se describen sus derechos como miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Como miembro, tiene derecho:

- A recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y sus proveedores.
- A presentar un reclamo sobre la organización de atención administrada. Las quejas se pueden presentar ante Arizona Complete Health-Complete Care Plan o ante el AHCCCS.
- Para presentar un reclamo ante Arizona Complete Health-Complete Care Plan, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Para presentar un reclamo directamente al AHCCCS, comuníquese con:

AHCCCS Member Services

801 E Jefferson St

Phoenix, AZ 85034

1-602-417-7000 (fuera del condado de Maricopa: **1-800-523-0231**)

Correo electrónico: MemberServices@azahcccs.gov

- Obtenga información sobre la estructura y el funcionamiento de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o sobre nuestros subcontratistas.
- Tiene derecho a obtener información sobre si Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene o no planes de incentivos médicos (PIP) que afecten al uso de los servicios de remisión, el derecho a conocer los tipos de acuerdos de compensación que utiliza Arizona Complete Health-Complete Care Plan, el derecho a saber si es necesario un seguro por lucro cesante y el derecho a un resumen de los resultados de las encuestas a los miembros, de acuerdo con la normativa de PIP. Llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**).
- Conozca los tipos de acuerdos de compensación que utiliza Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Participe junto a sus proveedores en la toma de decisiones sobre su atención de salud.



- Discuta las opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Reciba una copia de los derechos y responsabilidades del miembro y el derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- El derecho de los miembros a recibir un trato justo independientemente de su raza, etnia, nacionalidad, religión, sexo, edad, estado de salud del comportamiento (intelectual) o discapacidad física, orientación sexual, identidad de género, información genética o capacidad de pago.
- Privacidad de la atención de salud (confidencialidad): Existen leyes sobre quién puede ver su información de salud personal con o sin su permiso. La información sobre el tratamiento de la drogadicción y las enfermedades contagiosas (por ejemplo, la información sobre el VIH/sida) no puede ser compartida con otros sin su permiso por escrito.

Para ayudar a organizar y pagar su atención, hay veces en que su información se comparte sin obtener primero su permiso por escrito. Estos momentos podrían incluir el intercambio de información con:

- Médicos y otros organismos que prestan servicios de salud, sociales o asistenciales.
- Su proveedor de atención primaria.
- Ciertas agencias estatales y escuelas que siguen la ley, involucradas en su cuidado y tratamiento, según sea necesario.
- Miembros del equipo clínico que participan en su atención.

En otras ocasiones, puede ser útil compartir su información de salud personal con otros organismos, como las escuelas. Es posible que se necesite su permiso por escrito antes de compartir su información.

- Puede haber ocasiones en las que quiera compartir su información de salud con otros organismos o con determinadas personas que puedan ayudarle. En estos casos, usted puede firmar un formulario de autorización para la divulgación de información, en el que se establece que sus expedientes médicos, o ciertas partes limitadas de sus expedientes médicos, pueden ser divulgados a las personas o agencias que usted indique en el formulario. Para obtener más información sobre el formulario de autorización para la divulgación de información, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) o visite nuestro sitio web en **azcompletehealth.com/completecure**.
- Una segunda opinión de un profesional de la salud cualificado dentro de la red o una segunda opinión fuera de la red si no hay una cobertura adecuada dentro de la red, sin costo alguno para la persona inscrita.
- Obtenga información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de forma adecuada a su condición y a su capacidad para comprender la información.
- Obtenga información sobre cómo formular instrucciones anticipadas con sus proveedores de atención de salud.
- Puede pedir ver la información de salud de su expediente médico. También puede pedir que se modifique el expediente si no está de acuerdo con su contenido. También puede obtener una copia al año de su historial médico sin costo alguno para usted. Llame a su proveedor o a Arizona Complete Health-Complete Care Plan para pedir ver u obtener una copia de su expediente médico. Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarle. Llame al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener una copia. Recibirá una respuesta en un plazo de 30 días. Si recibe un rechazo por escrito, le daremos información sobre el motivo por el que se ha rechazado la solicitud de su expediente médico y cómo puede solicitar una revisión de dicho rechazo.



- Obtenga anualmente una copia de sus expedientes médicos sin costo. Debemos responder en un plazo de 30 días. Esta respuesta consistirá en una copia de sus expedientes o en una razón para rechazar su solicitud. Si se rechaza una solicitud, en su totalidad o en parte, en un plazo de 60 días debemos entregarle un rechazo por escrito que incluya el motivo del rechazo, su derecho a discrepar y su derecho a incluir una enmienda con cualquier divulgación futura de su información de salud, según lo permita la ley. Se puede rechazar su derecho a acceder a expedientes médicos si la información corresponde a notas de psicoterapia reunidas para una acción civil, penal o administrativa, o bien con una anticipación razonable a dichas acciones, información de salud protegida sujeta a las enmiendas sobre mejoras de laboratorios clínicos de 1988 o exento de acuerdo con la sección 45, artículo 164 del CFR.
- Modificar o corregir sus expedientes médicos según lo permita la ley.
- Ser libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el plan y el beneficiario.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad. Entendemos su necesidad de privacidad y confidencialidad, incluida la protección de cualquier información que le identifique.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención de salud, incluido el derecho a rechazar el tratamiento de un proveedor y a que un representante facilite las decisiones sobre atención o tratamiento cuando usted no pueda hacerlo.
- Tener una lista de proveedores disponibles como parte del Directorio de Proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, incluidos aquellos que hablan un idioma diferente al inglés y que aceptan a los miembros con discapacidades.
- Usar cualquier hospital u otro centro para la atención de emergencia.
- Seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) entre los PCP participantes de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- En el caso de los miembros que se encuentran en un entorno de HCBS o de un centro residencial de salud del comportamiento y que han completado una instrucción anticipada, el documento debe ser confidencial pero se debe poder acceder a él con prontitud. Por ejemplo: en un sobre cerrado pegado al refrigerador.
- Cualquier restricción a su libertad de elección entre proveedores de red.
- Obtener información en un idioma y formato que entienda.
- Obtener información sobre quejas, apelaciones y solicitud de audiencia.
- Tener acceso a la revisión de los expedientes médicos de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.
- Obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad sin costo para usted. El aviso describe las prácticas de privacidad de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, la forma en la que utilizamos la información médica sobre usted y los momentos en los que podemos compartir esa información de salud con otros. Su información de salud se mantendrá privada y confidencial. Solo se facilitará con su permiso o si la ley lo permite.
- Ser tratado con respeto y dignidad
 - Obtener sus servicios en un entorno seguro.
 - Puede obtener servicios médicos y del comportamiento acordes a sus creencias personales, su condición médica y sus antecedentes en un idioma que entienda.



- Decisiones relacionadas con el tratamiento
 - Obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento, adecuadas a su condición, de una forma que sea capaz de entender y que le permita participar en las decisiones sobre su atención de salud.
 - Decidir quién quiere que le acompañe durante el tratamiento y aceptar o rechazar los servicios de tratamiento, a menos que los servicios sean ordenados por el tribunal;
 - El miembro tiene derecho a ejercer sus derechos y que el ejercicio de los mismos no afecte negativamente a la prestación de sus servicios [Título 42, sección 438.100(c) del CFR].

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene un Aviso de prácticas de privacidad (NPP) disponible en cualquier momento. Para acceder a este NPP, visite el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, o llame al servicio de atención al cliente al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**) para obtener una copia.

Excepciones a la confidencialidad

Hay ocasiones en las que no podemos mantener la confidencialidad de la información. La siguiente información no está protegida por la ley:

- Si comete un delito o amenaza con cometer un delito en el programa o contra cualquier persona que trabaje en el programa, debemos llamar a la policía.
- Si va a hacer daño a otra persona, debemos hacérselo saber para que pueda protegerse. También debemos llamar a la policía.
- Además, debemos informar de las sospechas de maltrato infantil a las autoridades locales.
- Si existe el peligro de que se haga daño, debemos intentar protegerle. Si esto ocurre, es posible que tengamos que hablar con otras personas de su entorno o con otros proveedores de servicios (por ejemplo, hospitales y otros asesores) para protegerle. Solo se comparte la información necesaria para mantener su seguridad.

¿Qué es el fraude, el desperdicio y el abuso?

El fraude es cualquier mentira dicha a propósito que hace que usted u otra persona reciba beneficios innecesarios. Esto incluye cualquier acto de fraude, según lo define la ley federal o estatal.

El dispendio es la utilización excesiva o inadecuada de los servicios, el mal uso de los recursos o las prácticas que dan lugar a costos innecesarios para el programa Medicaid.

El abuso describe las prácticas que, directa o indirectamente, generan costos innecesarios.

Los ejemplos de fraude a los miembros incluyen, entre otros, los siguientes:

- Prestar o vender su tarjeta de identificación del AHCCCS a cualquier persona.
- Cambiar las recetas escritas por cualquiera de nuestros proveedores.
- Vender medicamentos con receta médica.
- Dar información incorrecta en su solicitud del AHCCCS.

Sanciones: Se reportará al AHCCCS acerca de cualquier persona que sea sospechosa de fraude o abuso en su contra. Las sanciones para las personas implicadas en fraudes o abusos pueden ser tanto civiles como penales.



Los ejemplos de fraude de los proveedores incluyen, entre otros, los siguientes:

- Uso del sistema de Medicaid por parte de alguien inadecuado, no cualificado, sin licencia o que ha perdido su licencia.
- Prestación de servicios médicos innecesarios.
- Incumplimiento de las normas profesionales de atención de salud.
- Facturación de citas que no se producen.

El abuso por parte de un miembro consiste en gastos innecesarios para el programa como resultado de:

- Proporcionar materiales o documentos falsos.
- Omitir información importante.

El abuso por parte de un proveedor consiste en acciones que no son prácticas comerciales o médicas sensatas y que tienen como resultado:

- Costos innecesarios para el programa.
- Pago de servicios que no son médicamente necesarios.
- Incumplimiento de las normas profesionales de atención de salud.
- Cobro excesivamente por los servicios o suministros.

Cómo denunciar fraude, desperdicio y abuso:

Si sospecha que uno de nuestros proveedores o miembros ha cometido fraude, dispendio o abuso, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

También puede denunciar el fraude, el dispendio y el abuso contra el AHCCCS por teléfono al 1-602-417-4000 o al número gratuito 1-800-523-0231.

Prevención y educación sobre el consumo de tabaco

Si está pensando en dejar de fumar, podemos ayudarle. Puede inscribirse en un programa para ayudarle a dejar de fumar que se ofrece a través del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS).

- Para obtener asesoramiento gratuito, puede llamar a la Arizona Smokers' Helpline (ASHLine) al **1-800-556-6222**.
- Puede consultar la página web **www.ashline.org**.
- Puede obtener ayuda para elaborar un plan para dejar de fumar en los siguientes sitios web:
 - **<https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/smoke-free-arizona/index.php>**
 - **<https://www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php>**
 - También hay grupos de apoyo en la comunidad: **<https://www.nicotine-anonymous.org/>**



Su plan cubre muchos tipos de productos para ayudarle a dejar de fumar. Entre ellos se encuentran los medicamentos recetados y los de venta libre (OTC). Debe comunicarse con su proveedor de atención primaria (PCP) para elegir cualquiera de estos productos, incluidos los de venta libre (OTC). Su médico decidirá cuál es el mejor para usted. Si es menor de 18 años, el médico tendrá que obtener una autorización previa (PA) para el medicamento que necesita. El médico se encargará de ello. Su plan cubre hasta un suministro de doce semanas en un período de seis meses. El periodo de seis meses comienza en la fecha en que usted recibe por primera vez el medicamento en la farmacia.

Recursos de la comunidad

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) de Arizona

El programa WIC proporciona alimentos, educación sobre la lactancia materna e información sobre una dieta saludable a mujeres embarazadas, bebés y niños menores de cinco años.



150 N. 18th Ave., Ste. 310, Phoenix, AZ 85007



Teléfono: **1-800-252-5942**



Sitio web: **www.azdhs.gov/azwic/**

Head Start de Arizona

Head Start es un gran programa que prepara a los niños de preescolar para el jardín de infantes. Los niños de preescolar inscritos en Head Start también recibirán meriendas y comidas saludables. Head Start ofrece estos servicios y otros más sin costo para usted.



Teléfono: **1-602-338-0449**



Sitio web: **www.azheadstart.org**

Arizona Early Intervention Program (AzEIP)

El Arizona Early Intervention Program (AzEIP) ayuda a las familias de niños con discapacidades o retrasos en el desarrollo desde el nacimiento hasta los tres años. Les proporciona apoyo y les permite trabajar con su capacidad natural de aprendizaje. Para obtener ayuda o saber más sobre los recursos del AzEIP, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan y pregunte por el coordinador del AzEIP.



Teléfono: **1-602-532-9960**



Sitio web: **<https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant>**



Arizona at Work

ARIZONA@WORK es la red estatal de capacitación de la fuerza laboral que ayuda a empleadores de todo tipo y tamaño a contratar, capacitar y retener a los mejores empleados para sus necesidades. Para los solicitantes de empleo en el estado, ofrece servicios y recursos para buscar oportunidades de empleo.



Sitio web: <https://arizonaatwork.com/>

Vocational Rehabilitation

El programa Vocational Rehabilitation ofrece servicios de empleo a personas con discapacidades, con el fin de demostrar que la rehabilitación vocacional es un programa de empleo. El objetivo del programa es brindar ayuda para entrar en la fuerza laboral o mantener un empleo.



Sitio web: <https://des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation>

Area Agency On Aging

Area Agency on Aging defiende, planifica, coordina, desarrolla y presta servicios basados en el hogar y la comunidad para los adultos mayores y proporciona asistencia, apoyo, información precisa y conexiones con recursos locales para los cuidadores familiares.



1366 East Thomas Road, Suite 108,
Phoenix, AZ 85014



Teléfono: **1-888-783-7500**

Alzheimer's Association

La Alzheimer's Association proporciona educación y recursos a los afectados por la enfermedad de Alzheimer.



Teléfono: **1-800-272-3900**



Sitio web: www.alz.org

AZ Suicide Prevention Coalition

La Arizona Suicide Prevention Coalition trabaja para reducir los suicidios en Arizona. Su misión es cambiar las condiciones que dan lugar a los actos suicidas en Arizona mediante la concientización, la intervención y la acción.



PO Box 10745
Phoenix, AZ 85064



Sitio web: www.azspc.org



National Suicide Prevention Hotline

La National Suicide Prevention Hotline se compromete a mejorar los servicios de crisis y la prevención del suicidio mediante la capacitación de personas, el uso de las mejores prácticas profesionales y la concientización.



Teléfono: **1-800-273-8255**



Sitio web: <https://suicidepreventionlifeline.org/>

Teen Lifeline

Teen Lifeline es un servicio de crisis seguro, confidencial y crucial en el que los adolescentes reciben ayuda de otros adolescentes para tomar decisiones sanas a través de una línea telefónica de crisis para el asesoramiento entre pares y servicios de prevención del suicidio, disponibles las 24 horas del día.



P.O Box 10745
Phoenix, AZ 85064-0745



Teléfono: **1-602-248-8336**
Teléfono: **1-800-248-8336**



Sitio web: <https://teenlifeline.org/>

Power Me A2Z

Power Me A2Z proporciona vitaminas a las mujeres de Arizona.



Sitio web: <https://www.azdhs.gov/powermea2z/>

Arizona Department of Health Services (ADHS) Pregnancy and Breastfeeding Hotline

La Arizona Department of Health Services Pregnancy and Breastfeeding Hotline ofrece información sobre sitios de pruebas de embarazo, proveedores de bajo costo, apoyo a la lactancia materna, vitaminas con ácido fólico y recursos de TEXT4BABY.



Teléfono: **1-800-833-4642**



Sitio web: <https://www.azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/>



Fussy Baby/Birth to Five Helpline

Birth to Five Helpline es un servicio gratuito abierto a todas las familias de Arizona con niños pequeños que busquen la información más reciente sobre desarrollo infantil de expertos en la materia.



Teléfono: **1-877-705-KIDS (5437)**



Sitio web: **<https://www.swhd.org/programs/health-and-development/birth-to-five-helpline/>**

Control de intoxicaciones

El Arizona Poison and Drug Information Center proporciona conocimientos médicos expertos a los habitantes de Arizona cuando tienen una emergencia por intoxicación.



Teléfono: **1-800-222-1222**



Sitio web: **<https://azpoison.com/>**

Raising Special Kids

Raising Special Kids tiene como objetivo mejorar la vida de los niños con cualquier tipo de discapacidad, desde el nacimiento hasta los 26 años. Raising Special Kids ofrece apoyo, formación, información y asistencia para que las familias puedan convertirse en defensores eficaces de sus hijos.



Phoenix Office
5025 E. Washington St #204
Teléfono: **1-602-242-4366**



Oficina de Tucson
Teléfono: **1-520-441-4007**



Oficina de Yuma
Teléfono: **1-928-444-8803**
Llamada gratuita: **1-800-237-3007**



Sitio web: **<https://raisingspecialkids.org/about/contact-us>**

Strong Families AZ

Strong Families AZ es una red de programas de visitas a domicilio que ayuda a las familias para que sus hijos estén preparados para tener éxito en la escuela y en la vida.



Sitio web: **<https://strongfamiliesaz.com/>**



Postpartum Support International

Postpartum Support International se dedica a ayudar a las familias que sufren depresión, ansiedad y angustia posparto.



Teléfono: **1-800-944-4773**



Sitio web: **<https://www.postpartum.net/>**

Opioid Assistance and Referral Line

La Opioid Assistance and Referral Line ofrece a los pacientes, proveedores y miembros de la familia información, recursos y remisiones sobre opiáceos las 24 horas del día.



Teléfono: **1-888-688-4222**



Sitio web: **<https://www.azdhs.gov/oarline/>**

Community Information and Referral

Community Information and Referral es un centro de llamadas que puede ayudarle a encontrar muchos servicios comunitarios, como bancos de alimentos, ropa, refugios, ayuda para pagar el alquiler y los servicios públicos, atención de salud, salud durante el embarazo, ayuda cuando usted u otra persona tiene problemas, grupos de apoyo, asesoramiento, ayuda con problemas de drogas o alcohol, ayuda financiera, formación laboral, transporte, programas educativos, guardería para adultos, programa Meals-On-Wheels de comidas a domicilio, cuidado de relevo, atención de salud en el hogar, transporte, servicios de ayuda a domicilio, cuidado de niños, programas extraescolares, ayuda familiar, campamentos de verano y programas de juego, asesoramiento, ayuda para el aprendizaje y servicios de protección.



Teléfono: **2-1-1**



Sitio web: **<https://211arizona.org/>**

Dump the Drugs AZ, del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (AzDHS)

Aplicación que proporciona información sobre dónde desechar los medicamentos. Localice y obtenga indicaciones para llegar al sitio más cercano para desechar de forma segura los medicamentos recetados no deseados.



Sitio web: **<https://azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/>**



Health-e-Arizona Plus

El AHCCCS y el DES colaboraron para desarrollar un sistema para solicitar los beneficios del seguro de salud del AHCCCS, KidsCare, asistencia nutricional y asistencia en efectivo y para conectarse con el Mercado Federal de Seguros.



Teléfono: **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**



Sitio web: **www.healthearizonaplus.gov**

Arizona Disability Benefits 101 (DB101)

El programa DB101 ayuda a las personas con discapacidades y a los proveedores de servicios a comprender las conexiones entre el trabajo y los beneficios. También le ayudará a tomar decisiones informadas y le mostrará cómo puede hacer que el trabajo forme parte de su plan.



Sitio web: **<https://az.db101.org/>**

AzLinks.gov

AzLinks.gov ofrece asistencia e información sobre el envejecimiento y la discapacidad. Utilice **AzLinks.gov** para planificar el futuro o gestionar una necesidad inmediata. Nuestros organismos asociados a Az Links en su comunidad están disponibles para ayudarle.



Sitio web: **<https://azdaars.getcare.com/consumer/about.php>**

Healthy Families Arizona

Este programa ayuda a las mujeres a tener un embarazo saludable y les brinda asistencia con el desarrollo del niño, la nutrición, la seguridad y otras cosas. Un trabajador de la salud de la comunidad se desplazará al hogar de la embarazada para darle información y ayudarla con cualquier duda que pueda tener. El programa comienza mientras la miembro está embarazada y puede continuar hasta que el bebé tenga 5 años.



1789 W. Jefferson St.,
Phoenix, AZ 85007



Teléfono: **1-602-542-4791**



Sitio web: **<https://dcs.az.gov/services/prevention/healthy-families-arizona>**



Pima Council On Aging

Pima Council on Aging defiende, planifica, coordina, desarrolla y presta servicios basados en el hogar y la comunidad para los adultos mayores y proporciona asistencia, apoyo, información precisa y conexiones con recursos locales para los cuidadores familiares.



8467 East Broadway Blvd.
Tucson, AZ 85710



Teléfono: **1-520-790-7262**



Sitio web: **<https://www.pcoa.org/>**

Pinal-Gila Council For Senior Citizens

Pinal-Gila Council for Senior Citizens defiende, planifica, coordina, desarrolla y presta servicios basados en el hogar y la comunidad para los adultos mayores y proporciona asistencia, apoyo, información precisa y conexiones con recursos locales para los cuidadores familiares.



8969 W. McCartney Road,
Casa Grande, Arizona, 85194



Teléfono: **1-520-836-2758**
Teléfono: **1-800-293-9393**

Area Agency on Aging, de Southeastern Arizona Governments Organization (SEAGO)

South Eastern Arizona Governments Organizations Area Agency on Aging defiende, planifica, coordina, desarrolla y ofrece servicios basados en el hogar y la comunidad para los adultos mayores y proporciona asistencia, apoyo, información precisa y conexiones con recursos locales para los cuidadores familiares.



Teléfono: **1-520-432-2528**



Sitio web: **<https://www.seago.org/?q=area-agency-aging>**



National Alliance on Mental Illness (NAMI) de Arizona

NAMI Arizona tiene una línea de ayuda para obtener información sobre enfermedades mentales, remisiones a tratamientos y servicios comunitarios, e información sobre grupos locales de autoayuda para consumidores y familias en todo Arizona. NAMI Arizona proporciona apoyo emocional, educación y defensa a personas de todas las edades afectadas por enfermedades mentales.



Teléfono: **1-480-994-4407**



Sitio web: **<http://www.namiarizona.org/>**

Mentally Ill Kids in Distress (MIKID)

MIKID proporciona apoyo y ayuda a las familias de Arizona con niños, jóvenes y adultos jóvenes con problemas de comportamiento. MIKID ofrece información sobre temas infantiles, acceso a Internet para los padres, remisiones del médico a recursos, grupos de apoyo, oradores educativos, apoyo en días festivos y cumpleaños para niños en cuidado temporal de acogida, y mentores voluntarios que son padres y brindan asesoramiento a otros padres.



Teléfono: **1-520-882-0142** (Pima);
1-928-344-1983 (Yuma)



Sitio web: **<http://www.mikid.org/>**

Child & Family Resources

Entre los programas de Child & Family Resources se encuentran: Recursos y Remisiones para el Cuidado de Niños, programa en el que los padres llaman para obtener una lista de centros de cuidado de niños; y El Centro para Padres Adolescentes, en el que los adolescentes que son padres pueden obtener su diploma de estudios secundarios o GED mientras reciben cuidado de niños presencial sin costo alguno.



Sitio web: **www.childfamilyresources.org**



Sede de Child & Family Resources

Angel Charity Building
2800 E. Broadway Blvd
Tucson, AZ 85716

1-520-881-8940

Oficina de Casa Grande:

1115 E. Florence Boulevard
Suite M
Casa Grande, AZ 85122

1-520-518-5292

Douglas

1151 16th Street
Douglas, AZ 85607

1-520-368-6122

Nogales

1827 N. Mastick Way
Nogales, AZ 85621

1-520-281-9303

Safford

1491 W. Thatcher Boulevard
Suite 106
Safford, AZ 85546

1-928-428-7231

Sierra Vista

3965 E. Foothills Drive
Suite E1
Sierra Vista, AZ 85635

1-520-458-7348

Yuma

3970 W 24th St
Suite 103
Yuma, AZ 85364

1-928-783-4003

1-800-929-8194

Proveedores de atención de salud de bajo costo/ con una escala de tarifas variable

Si no es elegible para Medicaid y no puede conseguir otro seguro de salud, puede visitar este sitio web para buscar clínicas que ofrezcan servicios de atención primaria, mental y dental a bajo costo o sin costo alguno para personas sin seguro de salud.

Visite el sitio web

<https://www.azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php>

para obtener más información.

Información sobre defensa

Un defensor de atención de salud es una persona que trabaja para promover y proteger los derechos de las personas en el sistema de atención de salud. Arizona Complete Health-Complete Care Plan se asocia con defensores de todo el sur y el centro de Arizona para garantizar que se respeten sus derechos y se escuche su voz. Nuestro equipo de defensa puede brindarle ayuda a través de un proceso de apelación de quejas, mediar en problemas con su proveedor de atención de salud y conectarlo con organizaciones de defensa.



El equipo de defensores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está formado por el siguiente personal:

Administrador de defensa del miembro	Supervisa el equipo de defensa de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Trabaja con miembros con necesidades de atención de salud especiales, familias, jóvenes y otros para promover y proteger sus derechos. Trabaja en estrecha colaboración con los comités regionales de derechos humanos y la Oficina de Derechos Humanos.
Defensor para miembros adultos que reciben servicios de salud del comportamiento	Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros adultos que reciben servicios de salud del comportamiento. Esto incluye la designación de ayuda especial y la Oficina de Derechos Humanos.
Defensor para miembros menores que reciben servicios de salud del comportamiento	Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros menores que reciben servicios de salud del comportamiento y su familia.
Defensor de los miembros veteranos	Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros veteranos que reciben servicios de salud física o del comportamiento.
Defensor de los miembros del programa CRS	Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros que reciben servicios de salud física o del comportamiento a través del programa CRS.

Algunas de las organizaciones de defensa con las que colabora Arizona Complete Health-Complete Care Plan son las siguientes:

Arizona Center for Disability Law: salud mental

Arizona Center for Disability Law se dedica a proteger los derechos de las personas con discapacidades físicas, mentales, psiquiátricas, sensoriales y cognitivas. Puede llamar al **1-800-922-1447** para obtener más información.

National Alliance on Mental Illness (NAMI)

National Alliance on Mental Illness (NAMI) es la mayor organización comunitaria de salud mental del país, dedicada a mejorar la vida mejor de millones de estadounidenses que tienen enfermedades mentales. Para saber más sobre su organización y sus programas de defensa, llame al **1-800-950-6264**.

Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence

Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence sirve a proveedores de servicios directos a las víctimas y supervivientes de la violencia sexual y doméstica. Su objetivo es el siguiente:

- aumentar la concientización pública sobre los problemas de la violencia sexual y doméstica;
- mejorar la seguridad y los servicios para las víctimas y supervivientes de violencia sexual y doméstica;
- acabar con la violencia sexual y doméstica en las comunidades de Arizona.

Si necesita ayuda, llame a la Línea directa nacional para la violencia doméstica: **1-800-799-7233** o TTY **1-800-787-3224**.



Arizona Child and Family Advocacy Network

Arizona Child and Family Advocacy Network (ACFAN) proporciona apoyo, formación y orientación a todos los centros de defensa de Arizona y a sus profesionales que coordinan servicios y responden a la violencia familiar y a la agresión sexual. Se empeñan en atender a las personas con necesidades especiales y a la población multilingüe.

ACFAN cuenta con centros de defensa ubicados en todo el estado de Arizona que están diseñados para prestar servicios presenciales a niños que son víctima de abuso físico o sexual, así como de negligencia. Algunos centros ofrecen servicios a las víctimas adultas de agresiones sexuales, violencia doméstica o abuso de adultos vulnerables. Para obtener más información sobre estos centros de defensa, puede visitar su sitio web en **www.acfan.net** o llamar al **1-928-750-3583**.

Family Advocacy Center Services

Entre los servicios de Family Advocacy Center Services (FAC) se incluyen:

- Intervención en casos de crisis.
- Evaluación de las necesidades de emergencia.
- Planificación de la seguridad.
- Línea telefónica 9-1-1.
- Acceso a refugios y ayuda para encontrar vivienda de emergencia.
- Educación sobre los derechos de las víctimas.
- Actualizaciones del estado de casos.
- Remisiones para la administración de casos a largo plazo.
- Administración de casos a corto plazo.
- Educación sobre la dinámica de la violencia doméstica.
- Educación para aprender a orientarse por el sistema de justicia penal.

Puede llamar al **1-602-534-2120** o al **1-888-246-0303** para hablar con un defensor de víctimas de FAC u obtener ayuda con los servicios.

Ayuda especial para miembros con designación de SMI

La ayuda especial es una designación clínica única que proporciona apoyo a los miembros con una designación de SMI. Los miembros que califican deben ser incapaces de comunicarse o participar durante la planificación del tratamiento y tener una condición mental o física que reúna determinados criterios. Cuando un equipo clínico del hogar de salud u otro evaluador calificado determina que un miembro cumple los criterios de ayuda especial, lo notifican a la Oficina de Derechos Humanos. La Oficina de Derechos Humanos asignará a una persona para satisfacer las necesidades de ayuda especial que defienda al miembro durante la planificación del tratamiento.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja en colaboración con la Oficina de Derechos Humanos del AHCCCS para garantizar que se identifique de manera correspondiente a los miembros que cumplen con los criterios de ayuda especial.

Puede comunicarse con el equipo de Asuntos Individuales y Familiares llamando a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**, y pidiendo hablar con alguien del equipo.

Llame a la Oficina de Derechos Humanos al **1-800-421-2124** o al **1-877-524-6882** o visite su página web en **<https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/healthcareadvocacy/ohr.html>**.



Definiciones y terminología de la atención administrada

Palabras/frases

Apelación: Solicitar una revisión de una decisión que niega o limita un servicio.

Copago: Dinero que un miembro debe pagar por un servicio de salud cubierto, cuando el servicio se presta.

Equipo médico duradero: Equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención de salud por una razón médica para uso repetido.

Condición médica de emergencia: Una enfermedad, lesión, síntoma o condición (incluido dolor grave), en los casos en los que una persona razonable podría esperar que, si no recibe atención médica de inmediato, podría:

- poner la salud de la persona en riesgo,
- poner al bebé de una mujer embarazada en riesgo,
- causar un daño grave a las funciones corporales de una persona, o
- causar daño grave a cualquier órgano del cuerpo o parte del cuerpo.

Transporte médico de emergencia: Consulte “SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA”.

Servicios de ambulancia de emergencia: Transporte en ambulancia por una condición de emergencia.

Cuidado en la sala de emergencias: Atención que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia: Servicios para tratar una condición de emergencia.

Servicios excluidos: Consulte “EXCLUIDO”.

Excluido: Servicios que no cubre el AHCCCS. Algunos ejemplos son servicios que:

- están por encima de un límite,
- son experimentales, o
- no son médicamente necesarios.



Palabras/frases

Queja: Un reclamo que un miembro comunica a su plan de salud. No incluye un reclamo por una decisión de un plan de salud de negar o limitar un pedido de servicios.

Dispositivos y servicios de habilitación: Consulte “HABILITACIÓN”.

Habilitación: Servicios que ayudan a una persona a adquirir y conservar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Seguro de salud: Cobertura de costos de servicios de atención de salud.

Atención de salud a domicilio: Consulte “SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO”.

Servicios de atención médica a domicilio: Servicios de enfermería, asistencia de salud a domicilio, servicios de terapia, y suministros, equipos y artículos médicos que un miembro recibe en su domicilio según la indicación de un médico.

Servicios de atención para pacientes terminales: Servicios de apoyo y confort para un miembro que el médico considere que está en las últimas etapas de la vida (seis meses o menos).

Atención ambulatoria del hospital: Atención en un hospital que generalmente no requiere quedarse a pasar la noche.

Hospitalización: Admisión o estancia en un hospital.

Médicamente necesario: Un servicio que presta un médico, o profesional licenciado de atención de la salud que ayuda con un problema de salud, detiene una enfermedad, discapacidad o extiende la vida.

Red: Médicos, proveedores de atención de salud, proveedores y hospitales que tienen un contrato con un plan de salud para atender a los miembros.

Proveedor no participante: Consulte “PROVEEDOR FUERA DE LA RED”.

Proveedor fuera de la red: Un proveedor de atención de salud que tiene un contrato de proveedor con el AHCCCS, pero no tiene un contrato con su plan de salud. Usted podría ser responsable de los costos de atención de proveedores fuera de la red.



Palabras/frases

Proveedor participante: Consulte “PROVEEDOR DE LA RED”.

Proveedor de la red: Un proveedor de atención de salud que tiene un contrato con su plan de salud.

Servicios médicos: Servicios de atención de salud que presta un médico certificado.

Plan: Consulte “PLAN DE SERVICIOS”.

Plan de servicios: Una descripción escrita de servicios cubiertos de salud y otros apoyos que pueden incluir:

- metas individuales,
- servicios de apoyo familiar,
- coordinación de la atención, y
- planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida.

Preautorización: Consulte “AUTORIZACIÓN PREVIA”.

Autorización previa: Una aprobación de un plan de salud que puede ser obligatoria antes de recibir un servicio. Esto no es una promesa de que el plan de salud cubrirá el costo del servicio.

Prima: El monto mensual que un miembro paga por su seguro de salud. Un miembro puede tener otros costos de atención, incluidos deducible, copagos y coseguro.

Cobertura de medicamentos con receta: Medicamentos recetados y que paga su plan de salud.

Medicamentos recetados: Medicamentos que le asigna un profesional de atención de salud y que entrega un farmacéutico.

Médico de atención primaria: Un médico que es responsable de administrar y tratar la salud del miembro.



Palabras/frases

Proveedor de atención primaria (PCP): Una persona que es responsable de administrar la atención de salud del miembro. Un PCP puede ser:

- una persona con licencia, como un médico osteopático o alopático,
- un profesional definido como un asistente médico licenciado, o
- un especialista en enfermería clínica certificado.

Proveedor: Una persona o grupo que tiene un acuerdo con el AHCCCS para proveer servicios a los miembros del AHCCCS.

Dispositivos y servicios de rehabilitación: Consulte “REHABILITACIÓN”.

Rehabilitación: Servicios que ayudan a una persona a restaurar y conservar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que habían sido perdidos o afectados.

Atención de enfermería especializada: Atención especializada que se brinda en su domicilio o en un centro de convalecencia a cargo de personal de enfermería licenciado o terapeutas.

Especialista: Un médico que practica un área específica de la medicina o se centra en un grupo de pacientes.

Atención de urgencia: Atención para una enfermedad, lesión o condición con la gravedad suficiente para buscar atención inmediata, pero no para solicitar atención en una sala de emergencias.



Definiciones del servicio de atención por maternidad

Palabras/frases

Enfermero partero certificado (CNM): Una persona certificada por el American College of Nursing Midwives (ACNM) sobre la base de un examen de certificación nacional y con licencia para prestar servicios en Arizona por la Junta de Enfermería del Estado. Los CNM practican la administración independiente del cuidado de las embarazadas y los recién nacidos, mediante atención antes, durante y después del parto, atención ginecológica y de recién nacidos, dentro de un sistema de atención de salud que proporciona consultas médicas, administración colaborativa o remisiones del médico.

Centros de parto independientes: Instalaciones para obstetricia externas al hospital y ambulatorias, con licencia de ADHS y con certificación de la Comisión para la Acreditación de Centros de Parto Independientes. Estas instalaciones disponen de personal de enfermería registrado para brindar asistencia con servicios para el trabajo de parto y el parto, y están equipadas para manejar trabajos de parto y partos de bajo riesgo y sin complicaciones. En caso de presentarse dificultades, estas instalaciones se afiliarán a un hospital de atención aguda que se encuentre cerca de ellas.

Embarazo de alto riesgo: Se refiere a una condición en la que se considera que la madre, el feto o el recién nacido, tienen o se espera que tengan un mayor riesgo de morbilidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina mediante el uso de herramientas de evaluación de riesgo médico estandarizadas de Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Partero licenciado: Una persona con licencia del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) para proporcionar atención de maternidad según lo especificado en los Estatutos Revisados de Arizona (ARS), título 36, capítulo 6, artículo 7, y el Código Administrativo de Arizona (AAC), R9-16 (este tipo de proveedor no incluye parteros enfermeros certificados con licencia de la Junta de Enfermería como un profesional de la enfermería en partería o asistentes médicos licenciados de la Junta Médica de Arizona).

Atención por maternidad: Incluye identificación de embarazo, atención prenatal, servicios de trabajo de parto/parto y atención posparto.

Coordinación de la atención de maternidad: Consta de las siguientes actividades relacionadas con la atención por maternidad: determinar las necesidades médicas o sociales del miembro mediante una evaluación de riesgos; desarrollar un plan de atención diseñado para abordar esas necesidades; coordinar las remisiones del médico del miembro a los proveedores de servicios y los recursos de la comunidad adecuados; controlar las remisiones para garantizar que se reciben los servicios; y revisar el plan de atención, según corresponda.



Palabras/frases

Practicantes: Hace referencia a especialistas en enfermería clínica con práctica médica en partería, asistentes médicos y otros enfermeros practicantes. Los asistentes médicos y los especialistas en enfermería clínica se definen en el título 32 del ARS, capítulos 25 y 15 respectivamente.

Posparto: El período que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en el que termina el plazo de 60 días tras la conclusión del embarazo. Las medidas de calidad utilizadas en la mejora de la calidad de la atención de maternidad pueden utilizar criterios diferentes para el período de posparto.

Atención posparto: La atención de salud proporcionada por el período que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en el que termina el plazo de 60 días tras la conclusión del embarazo.

Asesoramiento previo a la concepción: El suministro de asistencia y orientación tiene como objetivo identificar o reducir los riesgos conductuales y sociales, mediante intervenciones preventivas y de gestión, en miembros de edad reproductiva que sean capaces de quedar embarazadas, independientemente de si están planificando concebir. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y el manejo de los factores de riesgo antes del embarazo, e incluye esfuerzos para modificar comportamientos que pueden afectar a un feto antes de la concepción. El objetivo del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que la persona esté sana antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción se considera incluido en la consulta de atención preventiva de bienestar y no incluye pruebas genéticas.

Cuidado prenatal: La prestación de servicios de salud durante el embarazo, que consta de tres componentes principales:

- evaluación continua y temprana de riesgos,
- promoción y educación de la salud, y
- control, intervención y seguimiento médico.

Si desea obtener más información sobre la información incluida en este Manual para miembros, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408, TTY/TDD 711 o visite nuestro sitio web en azcompletehealth.com/completecure.



Nuevas opciones para administrar sus expedientes médicos digitales

A partir del 1 de julio de 2021, gracias a una nueva regla federal llamada “Regla sobre la Interoperabilidad y el Acceso de Pacientes” (CMS 9115 F), los miembros podrán obtener sus expedientes de salud de manera más fácil cuando más los necesiten. Usted ahora tiene acceso total a sus expedientes de salud desde su dispositivo móvil, lo que le permite administrar mejor su salud y conocer los recursos que están disponibles para usted.

Imagine lo siguiente:

- Va a un nuevo médico porque no se siente bien y ese médico puede consultar su historia clínica de los últimos cinco años.
- Usa un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista.
- El proveedor o especialista puede usar su historia clínica para darle un diagnóstico y asegurarse de que usted reciba la mejor atención.
- Usa su computadora para ver si una reclamación en particular se pagó, se rechazó o está siendo procesada.
- Si quiere, puede llevarse su historia clínica con usted cuando cambia de plan de salud*.

** En 2022, los miembros pueden empezar a pedir sus expedientes de salud para llevárselos cuando cambian de plan.*

La nueva regla facilita la búsqueda de información** sobre lo siguiente:

- reclamaciones (pagadas y denegadas);
- cobertura de medicamentos en farmacias;
- partes específicas de su información clínica; y
- proveedores de atención de salud.

*** Puede obtener información sobre las fechas de servicio del 1 de enero de 2016 en adelante.*

Para más información, visite su cuenta de miembro en línea.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a ella. Léalo atentamente.

Vigente a partir del 07.01.2017 (revisado el 06.01.2022)

For help to translate or understand this, please call **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Si necesita ayuda para traducir o entender esto, llame al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Los servicios de interpretación se proporcionan sin costo alguno para usted.

Obligaciones de las entidades cubiertas:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP) es una Entidad cubierta como se regula y se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP) está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI), a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, a cumplir con los términos del aviso que está en vigor y a notificarle si se produjera un incumplimiento sobre su PHI no protegida.

Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercerlos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este aviso se harán solo con su autorización por escrito.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP) se reserva el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP) revisará y distribuirá con prontitud este aviso siempre que haya un cambio sustancial en lo siguiente:

- Los usos o divulgaciones
- Sus Derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en el aviso

Pondremos a su disposición todos los avisos revisados en el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP), que se encuentra más abajo.

Usos y divulgaciones permitidos de su PHI:

A continuación, se detalla cómo podemos utilizar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** podemos utilizar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento para coordinar su tratamiento entre los proveedores o para que nos ayuden a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le brindan. Podemos revelar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica o a otra entidad participante de las normas federales de privacidad para sus fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir:
 - Tramitación de reclamaciones
 - Emisión de facturas de primas
 - Determinar la elegibilidad o la cobertura de los siniestros
 - Revisión de la necesidad médica de los servicios
 - Realizar la revisión de la utilización de las reclamaciones
- **Operaciones de atención médica:** podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
 - Prestación de servicios al cliente
 - Respuesta a las reclamaciones y recursos
 - Gestión de casos y coordinación de la atención
 - Realización de la revisión médica de los siniestros y otras evaluaciones de calidad
 - Actividades de mejora

En nuestras operaciones de atención médica, podemos revelar la PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos escritos para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos revelar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las normas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Actividades de evaluación y mejora de la calidad
- Revisar la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud
- Administración y coordinación de la atención
- Detectar o prevenir el fraude y el abuso en la atención médica
- **Divulgaciones del plan de salud grupal/patrocinador del plan:** podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le proporciona un programa de atención médica, si el patrocinador ha acordado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información médica protegida (como el acuerdo de no usar la información médica protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o requeridas de su PHI:

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como la recaudación de dinero para una fundación benéfica o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos ponemos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de excluirse o dejar de recibir dichas

comunicaciones en el futuro.

- **Fines de aseguramiento:** podemos utilizar o divulgar su PHI con fines de aseguramiento, por ejemplo, para tomar una decisión sobre una solicitud o petición de cobertura. Si utilizamos o divulgamos su PHI con fines de aseguramiento, tenemos prohibido utilizar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de aseguramiento.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento:** podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle una cita de tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o bajar de peso.
- **Según lo exija la ley:** si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, podemos utilizar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de la misma. Si dos o más leyes o reglamentos que regulan el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos con las leyes o reglamentos más restrictivos.
- **Actividades de salud pública:** podemos revelar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos revelar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de abuso y negligencia:** podemos revelar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
 - Una orden de un tribunal
 - Una orden de detención
 - Al tribunal administrativo
 - Una petición de descubrimiento
 - Una citación
 - Una petición legal similar
 - Un llamado
- **Cumplimiento de la ley:** podemos revelar su PHI pertinente a las fuerzas del orden cuando se nos exija hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:
 - Una orden judicial
 - Un llamado emitido por un funcionario judicial
 - Una orden judicial de detención
 - Una citación del gran jurado
 - Una citación

También podemos revelar su PHI relevante para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

- **Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos revelar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos revelar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus funciones.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos:** podemos revelar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos revelar su PHI a quienes trabajan en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de:
 - Órganos cadavéricos
 - Ojos

- Tejidos
- **Amenazas para la salud y la seguridad:** podemos utilizar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar su PHI:
 - A los funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional
 - A las actividades de inteligencia
 - El Departamento de Estado para la determinación de la idoneidad médica
 - Para los servicios de protección del Presidente o de otras personas autorizadas
- **Compensación a los trabajadores:** podemos revelar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación a los trabajadores u otros programas similares, establecidos por la ley, que proporcionan beneficios para las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- **Situaciones de emergencia:** podemos revelar su PHI en una situación de emergencia o si usted está incapacitado o no está presente, a un miembro de la familia, un amigo personal cercano, una agencia de ayuda en caso de desastre autorizada o cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos el juicio profesional y la experiencia para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si la divulgación es en su mejor interés, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su cuidado.
- **Reclusos:** si es un recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un agente de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución penitenciaria o al agente de la ley, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución penitenciaria.
- **Investigación:** en determinadas circunstancias, podemos revelar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas salvaguardias para garantizar la privacidad y la protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI, con limitadas excepciones, por las siguientes razones:

Venta de PHI: solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que estamos recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esta manera.

Mercadeo: solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI con fines de mercadeo, con excepciones limitadas, como cuando tenemos comunicaciones de marketing cara a cara con usted o cuando proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia: solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con una excepción limitada, como por ejemplo para

determinadas funciones de tratamiento, pago o funcionamiento de la atención médica.

Derechos individuales

Los siguientes son sus derechos en relación con su PHI. Si desea hacer uso de alguno de los siguientes derechos, póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este Aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** usted puede revocar su autorización en cualquier momento, la revocación de su autorización debe ser por escrito. La revocación será efectiva inmediatamente, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas en función de la autorización y antes de recibir su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, así como las divulgaciones a las personas involucradas en su cuidado o el pago de su atención, como los miembros de la familia o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita e indicar a quién se aplica la restricción. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o el artículo de su bolsillo en su totalidad.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información puede ponerle en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que usted desea. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerle en peligro si no se cambia el medio de comunicación o la ubicación. Debemos atender su solicitud si es razonable y especifica el medio o lugar alternativo donde debe entregarse su PHI.
- **Derecho a acceder y recibir una copia de su PHI:** usted tiene derecho, con limitadas excepciones, a ver u obtener copias de su PHI contenida en un conjunto de registros designados. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicite a menos que no sea posible hacerlo. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si los motivos de la denegación pueden ser revisados y cómo solicitar dicha revisión o si la denegación no puede ser revisada.
- **Derecho a modificar su PHI:** tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que usted desea modificar y el creador de la PHI puede realizar la modificación. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** usted tiene derecho a recibir una lista de los casos dentro del periodo de los últimos 6 años en que nosotros o nuestros asociados comerciales

divulgaron su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted autorizó y algunas otras actividades. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en los costos, por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

- **Derecho a presentar una queja:** si cree que se han violado sus derechos de privacidad o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al **1-800-368-1019**, TTY/TDD: **1-800-537-7697**, o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints**.

NO TOMAREMOS REPRESALIAS EN CONTRA DE USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

- **Derecho a recibir una copia de este aviso:** puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento utilizando la lista de información de contacto que aparece al final del Aviso. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia en papel.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede ponerse en contacto con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se indica a continuación.

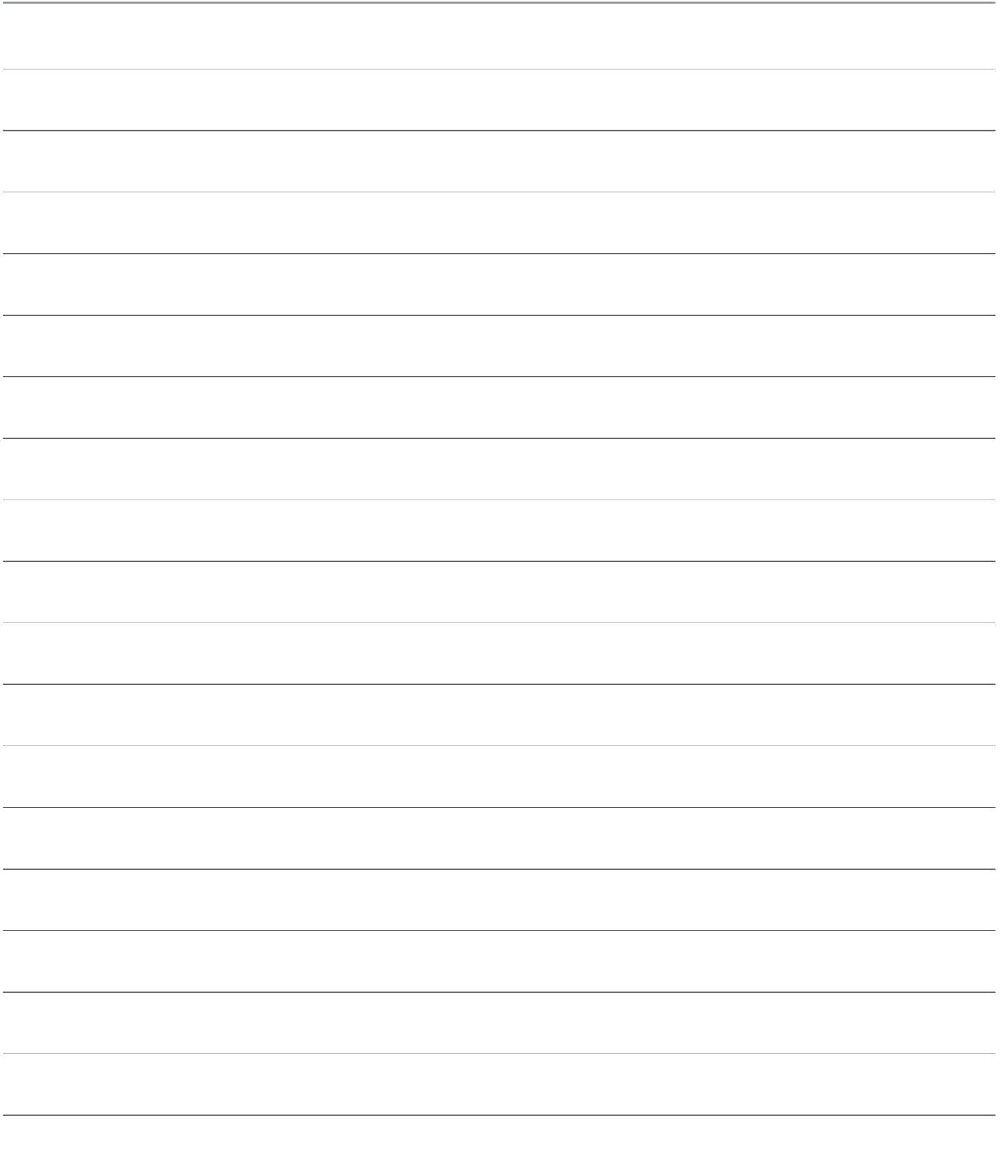
Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP)

Attn: Privacy Official

1850 W. Rio Salado Parkway Suite 211

Tempe, AZ 85281

1-888-788-4408, TTY/TDD: **711**







azcompletehealth.com/completecure
1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711)

azcompletehealth.com/completecure