

Manual para miembros



UNA GUÍA ÚTIL PARA OBTENER SERVICIOS

AÑO DE BENEFICIOS 2022 (revisado el 1.º de enero de 2022*)

Arizona Complete Health-Complete Care Plan

AHCCCS Complete Care



Los servicios cubiertos se financian mediante un contrato con AHCCCS.

*El único cambio con respecto al material de la versión anterior (10/1/2021) es la adición de la Información sobre interoperabilidad.



Índice

Índice	1
Información útil	7
Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan	7
Número de teléfono en caso de crisis	7
Dirección	7
Sitio web.....	7
Información personal y de contacto	8
Ayuda en otro idioma y para discapacitados: ¿Cómo puedo obtener ayuda?	8
La discriminación es contra la ley	9
Bienvenido al Arizona Complete Health-Complete Care Plan	11
Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan	11
Gestión de la atención integrada/coordinación de la atención	12
Línea de asesoramiento de enfermería	12
Atención de emergencia/atención de urgencia (atención fuera de horario)	12
¿Debo ir a una sala de emergencias o a una clínica de atención de urgencia?.....	12
Atención de urgencia (atención fuera de horario).....	13
Servicios de telesalud	13
Atención de urgencia móvil	13
Sala de emergencias.....	14
¿Cómo acceder a los servicios de crisis de salud conductual?.....	14
Servicios de crisis a su disposición	15
¿Cómo acceder a los servicios de emergencia cuando se está fuera de la zona de servicio?	15
¿Cómo encontrar servicios para los trastornos por consumo de sustancias e información sobre los opiáceos?.....	16
Garantizar una atención culturalmente competente	16
Información impresa para los miembros.....	17
Servicios de interpretación	17
Intérpretes de lenguaje de señas y servicios auxiliares.....	17
¿Qué idiomas hablan los proveedores?	17
Asistencia en otro idioma y para personas con discapacidad: ¿Cómo puedo obtener ayuda?.....	17
Nuestro equipo de Servicios de Atención para Miembros está listo para ayudar	18
Si acude a un proveedor que no pertenece a nuestra red	18



¿Cómo obtener un directorio de proveedores impreso?	18
¿Dónde prestamos servicios?	19
Su tarjeta de miembro	20
Obligaciones de los miembros	20
¿Qué hacer cuando cambia el tamaño de su familia o los datos de sus miembros?	21
¡Si se muda, debe avisarnos!	21
¿Cómo puedo cambiar mi plan?	22
Cambio de plan si usted es un miembro con derecho a Medicaid que no ha sido designado como enfermo mental grave (SMI):	22
La voz de la familia y la toma de decisiones	23
Política de Transición de la Atención	23
¿Cómo utilizar adecuadamente la sala de emergencias?	24
¿Debo ir a una sala de emergencias o a una clínica de atención de urgencia?	24
¿Qué hacer en caso de emergencia?	25
Transporte: ¿Cómo puedo conseguir que me lleven a las citas médicas?	25
Servicios de transporte de emergencia	25
Transporte que no sea en casos de emergencias	25
Silla de ruedas o camilla	26
Cancelación de traslado a sus citas	26
¿Qué está cubierto?	26
Miembros con derecho a Medicaid con prestaciones integradas de salud física y conductual administradas por Arizona Complete Health-Complete Care Plan	27
Miembros con elegibilidad doble de Medicaid/Medicare	27
Programas financiados con subvenciones para los ciudadanos de Arizona sin seguro o con seguro insuficiente	27
Servicios de salud física cubiertos por Medicaid	27
Gestión de enfermedades	29
Cuidados ortopédicos	29
Servicios médicos adicionales cubiertos para los jóvenes menores de 21 años inscritos en Medicaid	30
Servicios de salud conductual	31
Servicios no cubiertos: Lo que no cubre AHCCCS	36
Exclusiones y limitaciones	37



Consentimiento para el tratamiento..... 39

 Acceso a los servicios no incluidos en el Título XIX/XXI coordinados a través de The Regional Behavioral Health Authority (RBHA) 39

 Servicios de vivienda..... 39

 Recursos de apoyo a los pares y a las familias..... 43

 Cuidados de final de la vida 43

Servicios especializados y derivaciones 44

 Denegación de solicitudes de servicios especializados..... 45

 Miembros que son indios americanos 45

Su proveedor de atención primaria (PCP) 45

 ¿Cómo elegir o cambiar un proveedor de atención primaria (PCP)? 46

 ¿De qué manera las visitas al médico pueden ayudarlo a mantenerse saludable? 46

 ¿Cómo solicitar, cambiar o cancelar una cita? 46

Disponibilidad de citas: ¿Cuánto tiempo debería tomarme en ver a un proveedor?..... 47

 Visitas de rutina 48

 Atención preventiva del niño sano/servicios de exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT)* 48

 Monto, duración y alcance 49

 Prevención y bienestar 51

 ¿Qué es una visita de servicio de prevención y bienestar? 51

 Llame para pedir una cita 52

Planificación familiar..... 52

Cuidado de maternidad 53

 Identificación del embarazo 54

 Atención prenatal 54

 Prueba de VIH/sida 55

 Embarazo de alto riesgo 56

 Atención al parto 56

 Atención posparto 57

 Interrupciones del embarazo médicamente necesarias 57

Cuidados dentales 57

 Miembros menores de 21 años de edad..... 57

 Miembros mayores de 21 años 58



Servicios de farmacia	59
¿Qué pasa si un medicamento no está en la PDL/el vademécum?	59
¿Qué ocurre si deniegan mi solicitud?	59
¿Cómo completar una receta?	60
Lo que debe saber sobre su nueva receta	60
Resurtidos	60
¿Qué debo hacer si la farmacia no puede surtir mi receta?	60
Farmacias exclusivas	61
¿Cómo acceder a los servicios de salud conductual de Arizona Complete Health-Complete Care Plan?	61
Recibir servicios de salud conductual si está designado como enfermo mental grave	61
Elegibilidad para los servicios de salud conductual	62
¿Cómo acceder a los servicios de salud conductual?	62
Visión de Arizona para la prestación de servicios de salud conductual	62
Los doce principios para la prestación de servicios a los niños	63
Nueve principios orientadores para los servicios y sistemas de salud conductual para adultos orientados a la recuperación	65
Clínicas interdisciplinarias multiespecialidad	66
Proveedor de Servicios de Rehabilitación Infantil (CHILDREN’S REHABILITATIVE SERVICES, CRS): Clínicas interdisciplinarias multiespecialidad	66
¿Cómo concertar, modificar o anular una cita con las Clínicas interdisciplinarias multiespecialidad (MSIC)?	68
Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS)	69
Afecciones cubiertas por el Programa CRS	70
Servicios para la primera infancia*	70
Head Start	70
Herramientas de evaluación del desarrollo	70
Consejo de Defensa de los Miembros	71
Proceso de aprobación y denegación	72
Remisiones dentro de la red y libertad de elección de proveedores	73
Copagos	73
Las siguientes personas no deben pagar copagos	73
Además, no se cobran copagos por los siguientes servicios para cualquier persona	74
Personas con copagos opcionales (no obligatorios)	74



Personas con copagos requeridos (obligatorios) 75

Límite del 5% en todos los copagos 76

Pago de servicios cubiertos 76

Pago de servicios no cubiertos..... 76

Coordinación de beneficios (COB) 76

Información especial para nuestros miembros que tienen cobertura de Medicare 77

Información importante para los miembros de AHCCCS con cobertura de la Parte D
de Medicare (miembros con doble elegibilidad) 78

Plazos para la autorización de servicios y medicamentos..... 78

Reclamos: ¿Cómo presentar un reclamo si estoy descontento?..... 79

Quejas y apelaciones 79

¿No está satisfecho con su atención?..... 79

¿No está satisfecho con una decisión? 80

¿Cómo presento una apelación? 80

¿Qué puedo apelar? 81

¿Qué ocurre después de presentar una apelación? 81

¿Cómo se resuelve mi apelación? 82

¿Qué puedo hacer si no estoy satisfecho con los resultados de mi apelación?..... 82

¿Cómo puedo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado? 82

¿Cuál es el proceso para mi Audiencia Imparcial del Estado? 83

¿Cómo se resuelve mi Audiencia Imparcial del Estado? 83

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación/Audiencia Imparcial del Estado? 83

Derechos de los miembros 84

Excepciones de la confidencialidad..... 87

¿Qué es el fraude, el despilfarro y el abuso? 87

¿Cómo denunciar el fraude, el despilfarro y el abuso?: 88

Educación y prevención del tabaquismo 88

Recursos de la comunidad 89

Arizona Women Infants And Children (WIC) 89

Arizona Head Start 89

Arizona Early Intervention Program (AZEIP) 89

Arizona At Work 89

Vocational Rehabilitation 90



Area Agency On Aging	90
Alzheimer’s Association	90
Az Suicide Prevention Coalition	90
National Suicide Prevention Hotline	90
Teen Life Line	91
Power Me A2Z	91
ADHS Pregnancy and Breastfeeding Hotline.....	91
Fussy Baby/Birth to Five Helpline	91
Poison Control	91
Raising Special Kids	92
Strong Families AZ	92
Postpartum Support International	92
Opioid Assistance and Referral Line	92
Community Information And Referral.....	93
AzDHS Dump the Drugs AZ	93
Health-E-Arizona Plus	93
Arizona Disability Benefits 101 (DB101)	93
AzLinks.gov.....	93
Healthy Families Arizona	94
Pima Council On Aging.....	94
Pinal-Gila Council For Senior Citizens	94
Seago Area Agency On Aging	95
NAMI Arizona (National Alliance On Mental Illness)	95
Mentally Ill Kids In Distress (MIKID).....	95
Child And Family Resources	95
Proveedores de atención médica de bajo costo/escala móvil	96
Información sobre la defensa de los derechos	96
Definiciones	99
Definiciones del servicio de atención a la maternidad.....	103
Nuevas opciones para administrar sus registros de salud digitales	105
Aviso de prácticas de privacidad	106



Información útil



Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

1-888-788-4408, TTY/TDY: 711. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.



Número de teléfono en caso de crisis

1-866-495-6735, TTY/TDY: 711 (Condados del sur de Arizona: Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz)

1-602-222-9444 o 1-800-631-1314 (Condados del centro de Arizona: Maricopa)

1-877-756-4090 (Gila County)



Dirección

1870 W. Rio Salado Parkway Tempe, AZ 85281



Sitio web

azcompletehealth.com/complecare



Información personal y de contacto

Mi número de tarjeta de miembro de AHCCCS: _____

	Nombre	Número de teléfono
Mi proveedor de atención primaria (PCP):		
Hospital:		
Farmacéutica:		
Gestor de caso:		
Mi psiquiatra o enfermero(a):		

Ayuda en otro idioma y para discapacitados: ¿Cómo puedo obtener ayuda?

El Manual del Afiliado y el Directorio de Proveedores se proporcionan sin costo alguno para usted. Si necesita este manual, el directorio de proveedores u otra información de salud en otro idioma o en un formato alternativo, como letra grande, audio o pdf accesible, póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY **711**. O visítenos en línea en **azcompletehealth.com/completecure**.

Además, si necesita un intérprete, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY **711** al menos cinco (5) días antes de su cita médica para organizar la asistencia lingüística a tiempo para sus citas. La interpretación es gratuita. No está obligado a recurrir a familiares o amigos para que le interpreten, y de hecho, desaconsejamos que lo hagan. Se debe recurrir a intérpretes cualificados para cualquier necesidad de asistencia lingüística.



La discriminación es contra la ley

Arizona Complete Health cumple con las leyes Federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Arizona Complete Health no excluye a las personas ni las trata en forma distinta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Arizona Complete Health:

- Proporciona, sin cargo alguno, ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como: intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona, sin cargo alguno, servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como: intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Contacto con el Cliente de:

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

Si considera que Arizona Complete Health no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo, puede presentar una queja ante el Director General de Cumplimiento (Chief Compliance Officer), Cheyenne Ross. Puede presentar la queja en persona o por correo, fax, o correo electrónico. Su queja debe estar por escrito y debe presentarla en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja se percate de lo que se cree que es discriminación.

Presente su queja a:

Arizona Complete Health- Chief Compliance Officer-Cheyenne Ross
1870 W. Rio Salado Parkway Tempe, AZ 85281. Fax: 1-866-388-2247
Correo electrónico: AzCHGrievanceAndAppeals@AZCompleteHealth.com

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

Los formularios para presentar quejas se encuentran en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Attention: If you speak a language other than English, oral interpretation and written translation are available to you free of charge to understand the information provided. Call 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).

Spanish	Si habla español, dispone sin cargo alguno de interpretación oral y traducción escrita. Llame al 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).
Navajo	Diné k'ehjí yáníłti'go ata' hane' ná hólı́ dóo naaltsoos t'áá Diné k'ehjí bee bik'e'ashchíígo nich'í' ádoolníłgo bee haz'á ałdó' áko díı t'áá át'é t'áá jíık'e kót'éego nich'í' ąą'át'é. Kojí' hółne' 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).
Chinese (Mandarin)	若您讲中文，我们会免费为您提供口译和笔译服务。请致电 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)。
Chinese (Cantonese)	我們為中文使用者免費提供口譯和筆譯。請致電 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)
Vietnamese	Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ thông dịch bằng lời và biên dịch văn bản miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).
Arabic	إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك ترجمة شفوية وترجمة تحريرية مجانًا اتصل بالرقم 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711) م.
Tagalog	Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, mayroong libreng oral na interpretasyon at nakasulat na pagsasalin na maaari mong gamitin. Tumawag sa 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).
Korean	한국어를 하실 경우, 구두 통역 및 서면 번역 서비스를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)번으로 전화하십시오.
French	Si vous parlez français, vous disposez gratuitement d'une interprétation orale et d'une traduction écrite. Appelez le 1-866-918-4450 (TTY:TDD711)
German	Für alle, die Deutsch sprechen, stehen kostenlose Dolmetscher- und Übersetzungsservices zur Verfügung. Telefon: 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).
Russian	Если вы говорите по-русски, услуги устного и письменного перевода предоставляются вам бесплатно. Звоните по телефону 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).
Japanese	日本語を話される方は、通訳（口頭）および翻訳（筆記） を無料にご利用いただけます。 電話番号 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)
Persian (Farsi)	اگر به زبان فارسی صحبت میکنید، ترجمه شفاهی و تکی بدون هزینه بری شما قابل دسترسی میباشد. با شماره 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711) تماس بگیرید.
Syriac	ܟܘܝܢܐ ܩܘܪܕܩܐܢܐ ܕܟܘܝܢܐܐ ܕܟܘܝܢܐܐܐ ܕܟܘܝܢܐܐܐ ܕܟܘܝܢܐܐܐ ܕܟܘܝܢܐܐܐ 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)
Serbo-Croatian	Ako govorite srpsko hrvatski, usmeno i pismeno prevođenje vam je dostupno besplatno. Nazovite 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).
Thai	หากคุณพูดภาษาไทย เรามีบริการล่า มงและแปลเอกสาร โดยไม่ มีค ่าใ้ ฉ่ าย โทรศัพท์ 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)



Bienvenido al Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Bienvenido a Arizona Complete Health-Complete Care Plan, su plan de cuidado completo de Arizona. Gracias por confiar en nosotros. Esperamos poder brindarle nuestros servicios.

En este manual, usamos “usted” y “su” para referirnos al “miembro de AHCCCS”. Usamos “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 Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS).

Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Nuestro Departamento de Servicios de Atención al Miembro cuenta con representantes que hablan varios idiomas, entre ellos el inglés y el español. Servicios de Atención para Miembros también utiliza un servicio de intérpretes telefónicos para los miembros que hablan un idioma que no está disponible en el departamento. Puede llamar a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, (TTY/TDY **711**). Si habla otro idioma que no sea el inglés o el español, llame a Servicios de Atención para Miembros y lo ayudaremos a conseguir un intérprete para que lo ayude en la llamada telefónica.

Cuando llame a Servicios de Atención para Miembros, tenga preparada la siguiente información:

- Su nombre, su número de identificación de AHCCCS, su fecha de nacimiento, el número de teléfono y la dirección en el archivo.
- También necesitará un bolígrafo y un papel para anotar la información importante que le daremos.

Algunas de las formas en la que Servicios de Atención para Miembros puede ayudarlo:

- Responder a las preguntas sobre los servicios cubiertos, las prestaciones y los copagos
- Proporcionar información sobre médicos, personal de enfermería y asistentes médicos
- Proporcionar información sobre los programas disponibles para los miembros
- Ayudarlo a elegir o cambiar su PCP
- Ayudarlo a programar un transporte para ir al médico o a las citas médicas
- Ayudarlo a concertar, cambiar o cancelar sus citas médicas poniéndole en contacto con su proveedor de atención médica
- Proporcionarle información sobre el dentista o el especialista
- Ayudarlo si tiene una queja o un problema
- Ayudarlo con sus derechos como miembro
- Ayudarlo a programar un intérprete de idiomas para sus citas médicas si no puede comunicarse con su médico. **Este servicio se le proporciona sin ningún costo para usted.**
- Lo ayudamos a cambiar su número de teléfono y dirección con AHCCCS (Arizona Complete Health-Complete Care Plan)
- Si está recibiendo tratamiento para enfermedades como la diabetes, el cáncer, el asma, la salud conductual, el VIH/sida o cualquier otra discapacidad, llame inmediatamente a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, (TTY/TDY **711**). Lo remitiremos a un Gestor de Atención Integrada para asegurarnos de que recibe la atención que necesita.



Gestión de la atención integrada/coordinación de la atención

La Gestión de Atención Integrada y la Coordinación de Atención son un beneficio que ofrecemos a los miembros inscritos en Medicaid sin costo alguno para usted. Nuestro objetivo es ayudarlo a estar sano a través de la educación y de su propia planificación sanitaria. Nuestras enfermeras, profesionales de la salud conductual y coordinadores de atención los ayudarán a usted o a un miembro de su familia a obtener la atención que necesita, a entender sus medicamentos, a obtener los nombres y números de los recursos de la comunidad y a trabajar con usted y con su PCP o su Centro de Salud para obtener cualquier otro servicio que necesite para mantenerse sano. Los Coordinadores de Salud Materno-Infantil (Maternal Child Health, MCH) lo ayudarán con las preguntas o problemas de su embarazo. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que la atienda durante el embarazo y el parto, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para que la deriven. Si tiene necesidades de atención médica graves, necesita pruebas de detección del VIH, asesoramiento y tratamiento, el personal de Administración de la Atención lo ayudará a encontrar el proveedor que necesita. Si desea un Gestor de atención, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para que le deriven. Su PCP o su centro de salud mental pueden remitirlo también a la gestión médica/coordinación de cuidados.

Línea de asesoramiento de enfermería

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene una línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los miembros. El personal de enfermería le indicará si debe:

- Llamar a su PCP
- Acudir a un centro de atención de urgencia o
- Acudir a la sala de emergencias.

El personal de enfermería también puede indicarle cómo cuidarse en casa cuando no se sienta bien y responder a preguntas sobre su salud.

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

En caso de una emergencia que ponga en peligro la vida, llame siempre al **911**. La autorización previa no es necesaria para los servicios de emergencia.

**Línea de
asesoramiento
de enfermería
1-866-534-5963
(TTY/TDY: 711)**

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

En caso de emergencia que ponga en peligro la vida, llame siempre al **911**. La autorización previa no es necesaria para los servicios de emergencia.

¿Debo ir a una sala de emergencias o a una clínica de atención de urgencia?

La atención de urgencia es necesaria cuando tiene una lesión o una enfermedad que debe tratarse dentro de las 24 a 72 horas. No amenaza la vida la vida. Sin embargo, no puede esperar a una visita al consultorio del PCP. La atención de urgencia *no* es una atención de emergencia.



Si tiene un problema de salud repentino que no es una emergencia, llame a su PCP. Su PCP le indicará lo que debe hacer. Si la oficina de su PCP está cerrada, su llamada puede ir a una contestadora automática. Preste atención. Es posible que le pidan que deje un mensaje para que el PCP le devuelva la llamada.

Si no puede contactar con su PCP, puede ser atendido en un centro de atención de urgencia. No necesita una cita para ser atendido en un centro de atención de urgencia. Debe utilizar un centro de atención de urgencia que forme parte de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Para obtener una lista de centros de atención de urgencia cerca de usted, visite [azcompletehealth.com/completecare](https://www.azcompletehealth.com/completecare).

Atención de urgencia (atención fuera de horario)

Un centro de atención de urgencia es un buen lugar para obtener ayuda porque suelen tener un horario ampliado (fuera de las horas de oficina), médicos para tratar los problemas más comunes y pueden verlo rápidamente (normalmente en menos de una hora). Los centros de atención de urgencia pueden ayudarlo con problemas como infecciones de oído, dolores de garganta, infecciones del tracto urinario, pequeños cortes y quemaduras, esguinces y otros problemas de salud comunes. La atención de urgencia puede utilizarse para problemas en los que normalmente lo ayudaría su médico. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** y lo ayudarán a encontrar un centro de atención de urgencia cerca de usted.

Servicios de telesalud

Los servicios de telesalud ayudan a proporcionar la atención necesaria cuando no se puede ir al médico en persona. Consulte con su proveedor las opciones de telesalud que ofrece. Los miembros pueden llamar a Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y estar conectados con un proveedor de servicios médicos en cuestión de minutos. Teladoc puede tratar diferentes problemas como resfriados, gripe, fiebres, erupciones y afecciones de la piel, sinusitis y alergias, e infecciones respiratorias. También pueden recetar medicamentos para tratar esos problemas. Puede llamar a Teladoc al **1-800-835-2362**, TTY/TDY: **711**.

Atención de urgencia móvil

Arizona Complete Health-Complete Care Plan se ha asociado con DispatchHealth para ofrecerle asistencia médica cuando esté enfermo o lesionado. Este servicio de atención médica está dentro de la red para los miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en algunas áreas. La próxima vez que tenga una enfermedad o lesión urgente que no requiera un viaje a la sala de emergencias, puede quedarse y llamar a DispatchHealth. Ofrecen muchas de las herramientas y tecnologías que se encuentran en una sala de urgencias, lo que permite al equipo médico realizar una serie de pruebas y tratamientos avanzados, que van desde análisis de sangre, un electrocardiograma de 12 derivaciones, fluidos intravenosos y mucho más. Cada equipo médico está formado por un asociado médico o un miembro del personal de enfermería y un técnico médico, junto con un médico de urgencias que está disponible por teléfono. De hecho, estos son los mismos proveedores que usted vería en su sala de emergencias local.

DispatchHealth está disponible de 8:00 a. m. a 10:00 p. m., los siete días a la semana, los 365 días al año, incluidos los días festivos. Para solicitar atención en Tucson, llame al **1-520-479-2552** y en Phoenix al **1-602-661-9366**.

En caso de emergencia, como por ejemplo dolor en el pecho, signos de derrame cerebral, reacciones alérgicas o lesiones graves, llame al **911**.



Ejemplos de síntomas para la Sala de emergencias	Ejemplos de síntomas para Atención de urgencia
Falta de aliento intensa	Vómitos durante más de 6 horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)
Desmayos	Diarrea durante más de 6 horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)
Sobredosis/Intoxicación	Esguince de tobillo
Dolor de pecho	Quemaduras y erupciones menores
Sangrado fuera de control	Una reacción alérgica menor
Convulsiones	Gripe, dolor de garganta con fiebre, dolores de oído

Sala de emergencias

Las salas de emergencia son para el tratamiento de afecciones médicas urgentes, como huesos rotos, dolor intenso, posible sobredosis de medicamentos o envenenamiento, inconsciencia, hemorragia incontrolada, convulsiones, dolores en el pecho o dificultad para respirar.

Si necesita ver a un médico de inmediato, póngase en contacto con él para que lo aconseje o para concertar una cita. Si su médico no puede atenderlo o la consulta no está abierta, considere la posibilidad de acudir al centro de atención de urgencia más cercano. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** y lo ayudarán a encontrar un centro de atención de urgencia cerca de usted.

¿Cómo acceder a los servicios de crisis de salud conductual?

Si teme que usted o alguien a quien conoce podría lastimarse o lastimar a otra persona, llame al **911** de inmediato. La autorización previa no es necesaria para los servicios de emergencia.

Si tiene un problema de salud mental, una crisis de salud conductual o pensamientos suicidas, no está solo. Muchas personas tienen luchas similares. Hay recursos disponibles para ayudar. Durante una crisis, puede sentir que las cosas nunca van a cambiar. Ponerse en contacto con una línea de crisis de salud conductual es una buena manera de empezar a recibir ayuda.

Si está sufriendo una crisis de salud mental, llame a la Línea de Crisis al:

1-866-495-6735, TTY/TDY: **711** (Condados del sur de Arizona: Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz, Yuma Counties y San Carlos Apache Reservation)



1-602-222-9444 o **1-800-631-1314** (Condados del centro de Arizona: Maricopa)

1-877-756-4090 (Condados del norte de Arizona, incluido Gila)

1-844-423-8759 (Nación Tohono O'odham)

1-800-259-3449 (Comunidades indias de Gila River y Ak-Chin)

1-855-331-6432 (Comunidad india de Salt River Pima Maricopa)

La Línea de Crisis ofrece ayuda inmediata y confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año a cualquier persona que sufra una crisis de salud conductual, independientemente de la cobertura del seguro.

Servicios de crisis a su disposición

Puede obtener servicios de crisis incluso si no es elegible para el Título XIX/XXI (es decir, no es elegible para AHCCCS/no está en Medicaid), o si se determina que tiene una enfermedad mental grave. Los Servicios de crisis a su disposición incluyen:

- Servicios telefónicos de intervención en crisis, incluido un número gratuito, disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana;
- Servicios móviles de intervención en crisis, disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana;
- Servicios de observación/estabilización de crisis de 23 horas de duración, incluidos los servicios de desintoxicación y, si la financiación lo permite, hasta 72 horas de estabilización de crisis adicional; y
- Servicios de crisis relacionados con el abuso de sustancias, incluidos los servicios de seguimiento para la estabilización.

¿Cómo acceder a los servicios de emergencia cuando se está fuera de la zona de servicio?

Es posible que necesite servicios de emergencia mientras esté fuera de casa y del área de servicio de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Esto se llama “atención fuera del área de cobertura”. Tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia. Si necesita atención de emergencia fuera del área de cobertura:

- Acuda a cualquier hospital o centro de crisis y pida ayuda.
- Pida al hospital o al centro de crisis que llame al **1-888-788-4408**, TTY/TDY **711**.
- El hospital o centro de crisis se pondrá en contacto con Arizona Complete Health-Complete Care Plan para la aprobación de los servicios.
- En caso de una emergencia que ponga en peligro la vida, llame siempre al **911**.

Si sufre una emergencia, los servicios de emergencia están a su disposición en cualquier hospital u otro centro de urgencias (dentro o fuera de la red). La autorización previa no es necesaria para los servicios de emergencia.

Puede elegir cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia. Sin embargo, hay ciertos entornos de emergencia como la atención de urgencia, la línea de asesoramiento de enfermería o los servicios de telesalud dentro de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan que pueden ser más fáciles de usar para usted.



¿Cómo encontrar servicios para los trastornos por consumo de sustancias e información sobre los opiáceos?

Los miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden obtener servicios de tratamiento por consumo de sustancias sin costo alguno. Si tiene preguntas sobre el consumo de sustancias/ tratamiento de opiáceos y quiere acceder a los servicios de tratamiento, su proveedor de atención primaria o nuestros Servicios de Atención para Miembros pueden ayudarlo. Llame al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

La financiación está disponible a través de subvenciones estatales y federales para el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos para los ciudadanos de Arizona sin seguro o con un seguro insuficiente. Puede obtener más información sobre estos programas en nuestro sitio web o llamando a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene subsidios para ayudar con el trastorno por consumo de sustancias y el consumo de opiáceos. Estas subvenciones pueden proporcionar algún tipo de tratamiento y apoyo durante un corto período de tiempo. Estas subvenciones incluyen el programa de Servicios Estatales de Trastornos por Consumo de Sustancias (State Substance Use Disorder Services, SUDS), la Respuesta Estatal a los Opiáceos (State Opioid Response, SOR), la Respuesta Estatal a los Opiáceos II (SOR II), el Programa Estatal de Subvenciones Piloto para el Tratamiento de Mujeres Embarazadas y Postparto (State Pilot Grant Program for Treatment for Pregnant and Postpartum Women, PPW-PLT), y el Proyecto COVID-19 de Emergencia de Arizona (Arizona Emergency COVID-19 Project); Subvención COVID-19 de Respuesta de Emergencia para la Prevención del Suicidio (COVID19 Emergency Response for Suicide Prevention Grant).

Algunos ejemplos de servicios financiados por estas subvenciones estatales son:

- Subvenciones para el trastorno por consumo de opiáceos para personas sin seguro o con seguro insuficiente.
- Actividades de divulgación y prevención.
- Ayudar a las personas a reincorporarse a la comunidad tras salir de la cárcel o la prisión.
- Formación (escuelas, planes de salud y otros lugares).

Garantizar una atención culturalmente competente

Lo valoramos. 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 ayudarlo a conservar y mantener una buena salud y una buena relación con los médicos y otros proveedores que entienden sus necesidades. Si cree que hay algún problema, póngase en contacto con nosotros. lo ayudaremos a encontrar un proveedor que comprenda mejor sus necesidades personales.

Llámenos y díganos si hemos pasado por alto algo que sea importante para usted. Queremos ayudar. Queremos que se sienta cómodo con nuestros servicios. Si desea compartir información cultural que considere importante para su atención médica, o seleccionar un proveedor en función de su conveniencia, ubicación, adaptaciones por discapacidad, idiomas disponibles o preferencia cultural, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

ATENCIÓN: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.



Información impresa para los miembros

Si necesita que le traduzcan cualquier material escrito para miembros, o materiales en formatos alternativos, incluyendo letra grande o Braille, sin costo alguno para usted, póngase en contacto con su proveedor o con Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** o visite nuestro sitio web **azcompletehealth.com/completecure** para recibir sus materiales en un formato alternativo.

Servicios de interpretación

Proporcionamos asistencia lingüística, incluidos intérpretes de lenguaje de señas, sin costo alguno para usted. También podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que hable su idioma. Si no puede comunicarse con su proveedor debido a una barrera lingüística, podemos programar un intérprete para que lo ayude en su cita; póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Intérpretes de lenguaje de señas y servicios auxiliares

Si es usted sordo o tiene problemas de audición, puede pedir a su proveedor que le proporcione servicios auxiliares o que programe un intérprete de lenguaje de señas para satisfacer sus necesidades. Su proveedor tiene que proporcionarle estos servicios sin costo alguno.

Los servicios auxiliares incluyen transcripciones asistidas por computadora, materiales escritos, dispositivos o sistemas de asistencia auditiva, subtítulos cerrados y abiertos, y otros métodos eficaces para poner a disposición de las personas con pérdida auditiva los materiales transmitidos por vía auditiva.

Los intérpretes de lenguaje de señas son profesionales cualificados y certificados para proporcionar interpretación, normalmente en lenguaje de señas americano, a las personas sordas o con problemas de audición. Si usted o su proveedor necesita encontrar un listado de intérpretes de lenguaje de señas y para las leyes relativas a la profesión de intérpretes en el Estado de Arizona, por favor visite la Comisión de Arizona para Sordos y Personas con Problemas de Audición (Arizona Commission for the Deaf and the Hard of Hearing) en <http://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?

En **azcompletehealth.com/completecure**, se puede encontrar una lista de todos los proveedores disponibles, sus ubicaciones, números de teléfono e idiomas disponibles. Si desea seleccionar un proveedor en función de la comodidad, la ubicación, las adaptaciones para discapacitados, los idiomas disponibles o las preferencias culturales, llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Asistencia en otro idioma y para personas con discapacidad: ¿Cómo puedo obtener ayuda?

Si tiene una discapacidad física, las oficinas de los proveedores de la red deben adaptarse a usted. Puede llamar a Servicios de Atención para Miembros para encontrar un proveedor que pueda satisfacer sus necesidades al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** o buscar un proveedor en línea con nuestra herramienta Find a Provider en **azcompletehealth.com/completecure**.



Nuestro equipo de Servicios de Atención para Miembros está listo para ayudar.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan lo ayudará a elegir un proveedor dentro de la red de proveedores. Si desea seleccionar un proveedor en función de la comodidad, la ubicación, las adaptaciones para discapacitados o las preferencias culturales, llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Además, si tiene necesidades médicas o conductuales agudas o complejas, y necesita pruebas de detección del VIH, asesoramiento y tratamiento, el personal de Gestión de la Atención lo ayudará a navegar por la red de proveedores. Si desea un Gestor de atención, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para que le deriven. Su PCP o su centro de salud mental pueden remitirlo también a la gestión médica/coordinación de cuidados. Deberá ponerse en contacto con el proveedor para concertar, cambiar o cancelar sus citas. También puede ponerse en contacto con Arizona Complete Health-Complete Care Plan si desea recibir ayuda para concertar, cambiar o cancelar sus citas.

Si no está satisfecho con su proveedor actual, póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para consultar otras opciones disponibles.

Si acude a un proveedor que no pertenece a nuestra red

Debe acceder a los servicios a través de los proveedores de la red contratados por Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede encontrar un proveedor contratado por Arizona Complete Health-Complete Care Plan visitando nuestro sitio web en **azcompletehealth.com/completecure** y haciendo clic en el enlace Find a Provider (Buscar un proveedor) o puede llamar a nuestra línea de Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para obtener ayuda. Si acude a un proveedor que no pertenece a nuestra red, es posible que los servicios que reciba no estén cubiertos y que tenga que pagarlos de su bolsillo. Las excepciones a este requisito incluyen los servicios de emergencia y los acuerdos de caso único fuera de la red aprobados y autorizados por el departamento de gestión de la utilización de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Tiene derecho a recibir servicios de emergencia del Centro de emergencias más cercano sin costo alguno para usted, aunque dicho centro no tenga contrato con Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Esto incluye los centros de emergencia de otros estados cuando se viaja fuera del estado. Si no encuentra un proveedor contratado por Arizona Complete Health-Complete Care Plan que pueda satisfacer sus necesidades de atención médica, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para obtener ayuda. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no puede encontrar un proveedor dentro de la red para satisfacer sus necesidades de atención médica, nuestro equipo celebrará un acuerdo especial con un proveedor fuera de la red para usted.

¿Cómo obtener un directorio de proveedores impreso?

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 de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** o puede ver una copia imprimible en nuestro sitio web en **azcompletehealth.com/completecure**.



¿Dónde prestamos servicios?

Arizona Complete Health-Complete Care Plan atiende a miembros en los siguientes condados:

Área de Servicio Geográfica (Geographic Service Area, GSA)/Condados	Descripción de los servicios
<p>GSA Central: Condado de Gila Condado de Maricopa Condado de Pinal</p>	<p>Proveedor de atención primaria (PCP) Obstetricia/ginecología (OBG/GYN) Hospitales Farmacia Médico especialista Salud conductual Cuidado dental Vista Centros de salud con calificación federal (Federal Qualified Health Centers, FQHC) Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilities, SNF) Transporte que no sea en casos de emergencia Servicios auxiliares</p>
<p>Sur de GSA: Condado de Cochise Condado de Graham Condado de Greenlee Condado de LaPaz Condado de Pima Condado de Santa Cruz Condado de Yuma San Carlos Tribal</p>	<p>Proveedor de atención primaria (PCP) Obstetricia/ginecología (OBG/GYN) Hospitales Farmacia Médico especialista Salud conductual Cuidado dental Vista Centros de salud con calificación federal (Federal Qualified Health Centers, FQHC) Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilities, SNF) Transporte que no sea en casos de emergencia Servicios auxiliares</p>

Arizona Complete Health-Complete Care Plan es un plan de Atención Gestionada. Un Plan de Atención Gestionada 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) desempeñan un papel importante en su plan de atención gestionada. Su PCP es el coordinador de su atención y lo ayuda a decidir qué servicios necesita y a organizar la mayoría de sus necesidades médicas. Es su responsabilidad ver a su PCP o a su Centro de Salud Conductual y hablar con ellos sobre su salud.



A VECES SU PCP TENDRÁ QUE PEDIR A ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMPLETE CARE PLAN QUE APRUEBE SUS TRATAMIENTOS O VISITAS A OTRO PROVEEDOR ANTES DE QUE RECIBA LOS SERVICIOS. ASEGÚRESE DE QUE EL PROVEEDOR SEPA QUE USTED ES MIEMBRO DE ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMPLETE CARE PLAN. RECUERDE LLEVAR SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN A SU CITA.

Su tarjeta de miembro

Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una ID emitida por el estado, AHCCCS obtendrá su fotografía de la División de Vehículos Motorizados (Motor Vehicle Division, MVD) del Departamento de Transporte de Arizona. La pantalla de verificación de elegibilidad de AHCCCS que ven los proveedores contiene su foto (si está disponible) y detalles sobre su cobertura.

Solo usted puede utilizar su tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para recibir servicios. 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 pueden emprender acciones legales contra usted.

Es su responsabilidad proteger su tarjeta de identificación. **Recuerde:** cualquier uso indebido de la tarjeta, incluido el préstamo, la venta o la entrega a terceros, podría dar lugar a la pérdida de su derecho a recibirla o a acciones legales. **Es muy importante que conserve su tarjeta de identificación en un lugar seguro y no la tire.**

Obligaciones de los miembros

Como miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, puede contribuir a su salud. Como miembro, tiene las siguientes responsabilidades:

- Brindar, en la medida de lo posible, información que necesite el personal profesional para brindarle cuidados
- Seguir las instrucciones y pautas dadas por quienes brindan los cuidados de la salud
- Conocer el nombre de su PCP (Proveedor de Atención Primaria) asignado
- Programar las citas en horario de oficina siempre que sea posible, en lugar de utilizar los centros de atención de urgencia o las salas de emergencia
- Acuda a sus citas y llegue a tiempo
- Avisar al proveedor con antelación cuando no sea posible acudir a una cita
- Llevar la cartilla de vacunación a cada cita para los niños de 18 años o menos
- Compartir información
 - Si no entiende su estado de salud o su plan de tratamiento, pida a su médico que le explique
 - Facilite a sus médicos, proveedores y gestor de atención todos los datos sobre sus problemas de salud, enfermedades anteriores, estancias en el hospital, todos los medicamentos, vacunas y otros problemas de salud.
- Participar en la recuperación
 - Conocer el nombre de sus médicos o de su gestor de atención
 - Participar en la creación de su Plan de Servicios
 - Siga las instrucciones que usted y sus médicos han acordado, incluidas las instrucciones del personal de enfermería y otros profesionales sanitarios



¿Qué hacer cuando cambia el tamaño de su familia o los datos de sus miembros?

Cada persona nueva en su familia debe ser elegida para el AHCCCS. Debe llamar a la oficina que lo hizo elegible para AHCCCS para agregar un nuevo miembro o si algún miembro de la familia se va y su familia se reduce.

- 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)**
- Solo asistencia médica del SSI o **1-602-417-5010/1-800-528-0142** fuera del condado de Maricopa
- Administración de la Seguridad Social **https://www.ssa.gov/** o **1-800-772-1213**
- Arizona Long Term Care Systems (ALTCS) **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 los servicios.

Si cambia alguno de sus datos, como su número de teléfono o su dirección o si tiene alguna duda, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para que podamos ayudarlo a realizar esos cambios.

¡Si se muda, debe avisarnos!

Como miembro de nuestro plan, su área de servicio es el sur y el centro de Arizona. Si se muda fuera de los Estados Unidos, del estado de Arizona o del sur o centro de Arizona, su plan actual dejará de ser válido. Antes de mudarse, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para actualizar su dirección. A menudo podemos actualizar su dirección con la oficina de elegibilidad de 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 los servicios de emergencia. Puede encontrar una lista de estos servicios en la sección “¿Qué está cubierto?”.

Si tiene una emergencia mientras está fuera, acuda al servicio de urgencias más cercano. 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.

Los cuidados de seguimiento y de rutina que no estén relacionados con una emergencia no están cubiertos durante su ausencia. Esto incluye las recetas médicas. Debe recibir atención de seguimiento de su PCP. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede aprobar servicios de atención médica que solo están disponibles fuera de su lugar de residencia. Si esto ocurre, podemos pagar sus gastos de transporte, alojamiento y comida. Arizona Complete Health-Complete Care Plan solo pagará estos servicios si son aprobados por Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Llame a Servicios de Atención para Miembros antes de su viaje para que podamos ayudarlo a hacer los preparativos: **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.



Otros lugares a los que debe avisar incluyen:

- Su PCP
- La oficina de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) si está recibiendo beneficios de SSI
- Departamento de Seguridad Económica (Department of Economic Security, DES) si recibe TANF, cupones de alimentos
- Para los miembros de KidsCare (Título XXI), llame a AHCCCS al **1-602-417-5437** o al número gratuito del estado **1-877-764-5437**

Llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** si tiene preguntas sobre su inscripción o llame a AHCCCS al **1-800-654-8713** o al **1-602-417-4000**.

Usted podría perder su atención con el AHCCCS si no les dice que se va a mudar.

¿Cómo puedo cambiar mi plan?

Si usted es un miembro que reúne los requisitos para recibir Medicaid y no se ha determinado que padece una enfermedad mental grave, en el cuadro siguiente se indica cómo puede cambiar de plan de salud.

Cambio de plan si usted es un miembro con derecho a Medicaid que no ha sido designado como enfermo mental grave (SMI):

Elección de inscripción anual (Annual Enrollment Choice, AEC)

Usted puede cambiar su plan de salud en la fecha de aniversario de su inscripción en AHCCCS cada año. AHCCCS le enviará información 60 días antes de su fecha de aniversario. La información le indicará cómo cambiar su plan de salud.

Cambios del plan de salud

Hay ciertos motivos por los que puede cambiar de plan de salud fuera del periodo de AEC. Por favor, llame a AHCCCS si necesita cambiar su plan por las siguientes razones:

- No se le dio la posibilidad de elegir los planes de salud.
- Usted no recibió su carta AEC de AHCCCS.
- Has recibido la carta de la AEC pero no has podido participar en ella por causas ajenas a tu voluntad.
- Los miembros de su familia tienen otro plan de salud.
- Es miembro de un grupo especial y tiene que tener el mismo plan de salud que el grupo especial.
- Usted perdió su seguro de AHCCCS y regresó a AHCCCS dentro de 90 días y no se le volvió a designar el plan de salud que tenía antes.
- Los recién nacidos se asignan al plan de la madre. Tiene 90 días para pedir a AHCCCS que cambie el plan de salud de su recién nacido.
- Se ha trasladado a un condado donde no se ofrece nuestro plan de salud.



Llame al AHCCCS al **1-855-432-7587** o al **1-602-417-4000**.

Cambios en el plan de salud por problemas médicos o de atención

Puede cambiar de plan de salud por razones médicas, de salud o de continuidad de la atención. Si nuestros médicos no pueden darle la atención que necesita, revisaremos su solicitud. Le informaremos si puede cambiar su plan. Arizona Complete Health-Complete Care Plan también comprobará si su preocupación se debe a un problema de calidad de la atención o de prestación de la misma. Trabajaremos para abordar sus inquietudes.

Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** si necesita cambiar de plan de salud por alguna de las razones mencionadas. Pida hablar con el Departamento de Apelaciones y Reclamaciones. O puede escribirnos a:



Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Attn: Departamento de Apelaciones y Reclamaciones
1870 W. Rio Salado Parkway
Tempe, AZ 85281

La voz de la familia y la toma de decisiones

Se espera que nuestros proveedores de atención médica incluyan a los miembros responsables de la familia y a otras personas autorizadas como responsables de la toma de decisiones en el proceso de planificación del tratamiento. Es importante que los miembros responsables de la familia y otras personas autorizadas asistan a todas las conversaciones posibles sobre la planificación del tratamiento de su hijo. De este modo, como responsable de la toma de decisiones, podrá tomar las decisiones más informadas sobre la atención médica de su hijo.

Si cree que no lo escuchamos, póngase en contacto con nuestro equipo de defensores en **AzCHAdvocates@azcompletehealth.com** o llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** y solicite hablar con uno de los miembros del equipo de defensores.

Política de Transición de la Atención

Queremos ayudarlo si se está mudando y tiene un nuevo plan de AHCCCS. Podemos ayudar a la transición de su atención a su nuevo plan de salud y proveedores.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan ayudará con la coordinación de la atención para todos nuestros miembros durante las transiciones de la atención. Ejemplos de estas transiciones incluyen las transiciones entre Arizona Complete Health-Complete Care Plan y otras organizaciones de atención administrada, los cambios en las áreas de servicio y los proveedores de atención médica. También ayudamos a los miembros a coordinar la atención para las transiciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan a Fee for Service o de Fee for Service a Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Algunos miembros pueden necesitar ayuda adicional durante un período de transición. Si tiene preguntas sobre la coordinación de la atención al realizar cambios, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.



Arizona Complete Health-Complete Care Plan recibirá información de su anterior plan de salud o se pondrá en contacto con su nuevo plan de salud para ayudar en la coordinación de su atención para garantizar que su atención continúe sin interrupciones. Si le preocupa una posible transición de su atención, póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

¿Cómo utilizar adecuadamente la sala de emergencias?

Si su vida está en peligro inmediato, llame al 911. Si necesita ver a un médico de inmediato, póngase en contacto con su PCP para que lo aconseje o para concertar una cita. Si su médico no puede atenderlo o la consulta no está abierta, considere la posibilidad de acudir al centro de atención de urgencia más cercano. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** y lo ayudarán a encontrar un centro de atención de urgencia cerca de usted.

¿Debo ir a una sala de emergencias o a una clínica de atención de urgencia?

En caso de emergencia, puede acudir a cualquier sala de emergencias (dentro o fuera de la red) para recibir atención de emergencia. Cuando reciba atención, muestre su tarjeta de identificación y diga que es miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. No necesita una derivación de su médico ni una autorización previa del plan. Llame a su PCP o a la línea de asesoramiento de enfermería de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-866-534-5963**, TTY **711** si no está seguro de si se trata de una emergencia. Si tiene un problema que necesita atenderse con urgencia pero que no pone en peligro su vida, pueden atenderlo en un centro de atención de urgencia o en el consultorio de su médico. A continuación se enumeran algunos ejemplos de la diferencia entre una emergencia y algo que podría necesitar ser visto con urgencia.

Ejemplos de síntomas para la Sala de emergencias	Ejemplos de síntomas para Atención de urgencia
Falta de aliento intensa	Vómitos durante más de 6 horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)
Desmayos	Diarrea durante más de 6 horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)
Sobredosis/Intoxicación	Esguince de tobillo
Dolor de pecho	Quemaduras y erupciones menores
Sangrado fuera de control	Una reacción alérgica menor
Convulsiones	Gripe, dolor de garganta con fiebre, dolores de oído



¿Qué hacer en caso de emergencia?

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

Si cree que su síntoma es una emergencia, llame al 911 o acuda al Servicio de Urgencias más cercano. Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a solicitar un servicio de emergencia en cualquier hospital u otro centro de urgencias (dentro o fuera de la red). Indique al personal del departamento de emergencias que es miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y muestre su tarjeta de identificación. Si no puede hacerlo, pida a un familiar o amigo que informe al personal del departamento de emergencias de que usted es miembro de nuestro plan.

¿Qué pasa si necesita atención de emergencia fuera de nuestra área de servicio?

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

Transporte: ¿Cómo puedo conseguir que me lleven a las citas médicas?

Servicios de transporte de emergencia

Su condición es una emergencia médica cuando su vida, partes del cuerpo o funciones corporales están en riesgo de daño o pérdida a menos que se reciba atención inmediata. El transporte de emergencia es una prestación cubierta.

Algunos ejemplos de **síntomas de emergencia** son la dificultad extrema para respirar, los desmayos, las intoxicaciones, los dolores de pecho, las hemorragias incontroladas y las convulsiones.

No se requiere autorización previa para los servicios de emergencia, incluido el transporte de urgencia.

En casos de emergencia (en una situación de peligro para la vida) llame al 911.

Transporte que no sea en casos de emergencias

Los miembros pueden obtener transporte a las citas médicas de varias maneras. Lo más fácil es encontrar un traslado con un miembro de la familia o un amigo. Si la familia no está disponible, y usted tiene un Centro de Salud Conductual, su Centro de Salud Conductual está obligado a ayudarlo con el transporte.

Si no tiene un Centro de Salud Conductual o su Centro de Salud Conductual no puede satisfacer sus necesidades de transporte, póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros en **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**. Nos encargamos del transporte para las citas médicas. Póngase en contacto con nosotros tres (3) días antes de la cita.

Puede llamar a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** los fines de semana y días festivos, para obtener transporte a los centros de atención de urgencia cuando esté enfermo.

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



Si llama para que se le transporte a una cita médica, esté preparado para decirle al representante lo siguiente:

- Su nombre, número de identificación de AHCCCS, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono (para fines de verificación)
- La fecha, hora y dirección de su visita médica
- Si necesita un viaje de ida o de ida y vuelta
- Sus necesidades de desplazamiento (silla de ruedas, camilla u otros)
- Cualquier necesidad especial (oxígeno, suero, alguien que necesite viajar con usted, una silla de ruedas extra ancha o eléctrica, un vehículo de techo alto, etc.)
- Los niños menores de 5 años necesitan un asiento de coche. Los niños de entre 5 y 7 años y que midan menos de 4 pies y 9 pulgadas necesitan un asiento elevador. Debe proporcionar un asiento de coche para su hijo para el viaje.

Silla de ruedas o camilla

Si necesita una silla de ruedas o una camilla para ir a una visita rutinaria al médico, las furgonetas de los servicios de transporte de pacientes pueden llevarle allí y traerle de vuelta. Debe llamar a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para concertar estos viajes al menos de tres (3) a cuatro (4) días laborales antes de la fecha de su cita.

Cancelación de traslado a sus citas

Si cancela su visita al médico o al dentista, debe llamar también a Servicios de Atención para Miembros para cancelar el transporte a su visita. Llámenos al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

¿Qué está cubierto?

¿Qué tipo de atención médica puedo recibir de Arizona Complete Health-Complete Care Plan?

Para que pueda recibir un servicio de atención médica a través de nuestro plan, el servicio debe ser de ambos tipos:

- Un beneficio cubierto basado en su cobertura con el AHCCCS; y
- Necesario desde el punto de vista médico.

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

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre a miembros de muchos grupos. Consulte a continuación los servicios que están cubiertos para usted.



Miembros con derecho a Medicaid con prestaciones integradas de salud física y conductual administradas por Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Si usted es un adulto o un niño inscrito en Medicaid y está inscrito en el Arizona Complete Health-Complete Care Plan, tiene derecho a recibir tanto su atención de salud física como de salud conductual a través del Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Miembros con elegibilidad doble de Medicaid/Medicare

Si usted es un miembro “doblemente elegible” (inscrito en Medicare y Medicaid), significa que tiene beneficios adicionales que pueden no estar cubiertos por AHCCCS. Es importante que nos comunique sus otras coberturas tan pronto como lo sepa. Cuando conocemos su otro seguro, nos ayuda a coordinar la atención que recibe con el otro plan.

Si tiene cobertura de Medicare y acude a un médico que está fuera de nuestra red, es posible que los gastos no estén cubiertos. Si decide hacerlo sin nuestra aprobación, es posible que no paguemos esos servicios por haber sido realizados por un médico que no está en nuestro plan. Es importante que colabore con su PCP o con el proveedor de servicios de salud del centro de salud conductual para que le remitan a los médicos adecuados. (Este requisito no incluye los servicios de emergencia. No necesita aprobación para recibir servicios de emergencia). No cubriremos los copagos o deducibles por servicios prestados fuera de la red contratada por Arizona Complete Health-Complete Care Plan sin autorización previa.

Programas financiados con subvenciones para los ciudadanos de Arizona sin seguro o con seguro insuficiente

Si vive en los condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz o Yuma, y padece un trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) o un trastorno por consumo de opiáceos (Opioid Use Disorder, OUD), es muy posible que cumpla los requisitos para recibir servicios de tratamiento de SUD a través de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Llame a nuestros Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **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 inscritos en Medicaid. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** o hable con su PCP o con el Centro de Salud para obtener más información sobre estos servicios.

- Ambulancia para atención de emergencia
- Servicios de audiología para evaluar la pérdida de audición en régimen ambulatorio y de hospitalización
- Cuidados durante el embarazo
- Gestión de casos
- Revisiones para niños, embarazadas y beneficiarios cualificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)
- Servicios para niños, incluida la atención odontológica rutinaria



- Los servicios quiroprácticos están cubiertos para los miembros de QMB Dual elegibles, independientemente de su edad, si Medicare lo aprueba
- Servicios médicos y quirúrgicos de emergencia relacionados con la atención odontológica (bucal)
- Beneficios odontológicos de emergencia para adultos de hasta \$1,000 por año de contrato (del 1.º de octubre al 30 de septiembre) cuando son proporcionados por un médico o dentista autorizado. Las urgencias odontológicas para adultos cubren los cuidados odontológicos de urgencia y las extracciones médicamente necesarias para quienes padecen un trastorno agudo de la salud bucodental que provoca un dolor intenso o una infección como consecuencia de un traumatismo u otras afecciones agudas. La excepción a la prestación dental de emergencia de \$1000 es para los miembros que se someten a un trasplante de órganos o tejidos o que tienen cáncer de mandíbula, cuello o cabeza. Llame a su Gestor de atención para que lo ayude a coordinar la atención.
- Diálisis
- Gestión de enfermedades
- Tratamiento médico de emergencia o atención de urgencia
- Gafas o lentes de contacto para niños, o para adultos solo después de la operación de las cataratas
- Planificación familiar/Anticoncepción
- Servicios de cuidado de pies y tobillos para adultos, incluido el cuidado de heridas, el tratamiento de úlceras por presión, el cuidado de fracturas, las cirugías reconstructivas y los servicios limitados de juanetes
- Servicios de atención médica, incluidos exámenes, diagnósticos y tratamientos médicamente necesarios
- Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS)
- Atención en hospital
 - Sangre y plasma sanguíneo
 - Cuidados intensivos
 - Servicios de laboratorio, radiografía y diagnóstico por imágenes
 - Medicamentos
 - Cuidado de enfermería
 - Quirófano y atención hospitalaria
 - Servicios de médicos, cirujanos y especialistas
- La logopedia está cubierta para todos los miembros que reciban servicios de hospitalización (o de centro de enfermería). La logopedia ambulatoria solo está cubierta para los miembros menores de 21 años y los beneficiarios cualificados de Medicare.
- La fisioterapia y la terapia ocupacional para pacientes externos con el fin de restablecer un nivel de función o mantener la función está limitada a 30 visitas por año de contrato para los miembros de 21 años o más, e ilimitada para los miembros menores de 21 años y los beneficiarios cualificados de Medicare. Los beneficiarios de Medicare deben llamar a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para coordinar la atención de los beneficios.
- Bombas de insulina
- Análisis de laboratorio y radiografías



- Alimentos médicos para miembros a los que se les haya diagnosticado una de las siguientes enfermedades metabólicas hereditarias:
 - Fenilcetonuria
 - Homocistinuria
 - Enfermedad de la orina de jarabe de arce
 - Galactosemia (requiere fórmula de soja)
 - Deficiencia de beta ceto-tiolasa
 - Citrulinemia
 - Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga (Very long chain acyl-CoA Dehydrogenase deficiency, VLCAD)
 - Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (Long chain acyl-CoA Dehydrogenase deficiency, LCAD)
 - Acidemia Glutárica Tipo I
 - 3 Deficiencia de Metilcrotonil CoA Carboxilasa
 - Acidemia isovalérica
 - Acidemia metilmalónica
 - Acidemia propiónica
 - Acidemia arginosuccínica
 - Tirosinemia tipo I
 - Deficiencia de HMG CoA Liasa
 - Deficiencias de cobalamina A, B y C
- Pruebas médicas
- Servicios de podología médicamente necesarios. El AHCCCS cubre los servicios de podología médicamente necesarios que sean realizados 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)
- Centros de enfermería
- Visitas al consultorio del PCP para niños, QMB o cuando un adulto tiene un síntoma o enfermedad
- Interrupción del embarazo (incluida la mifepristona [Mifeprex o RU-486])
- Servicios posteriores a la estabilización
- Terapia respiratoria
- Transporte a las visitas de atención médica
- Suministros y equipos, incluidos los equipos y suministros para las pruebas de diabetes de la Lista de Medicamentos
- Revisiones infantiles que incluyen atención dental, auditiva, vacunas y de la vista

Gestión de enfermedades

La gestión de enfermedades es un servicio que se ofrece sin costo alguno a los miembros que reciben atención sanitaria a través de nuestro plan integrado. Si tiene un problema de salud como la ansiedad, el dolor crónico, la diabetes, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca o la enfermedad coronaria, nuestros Gestores de atención están aquí para ayudarlo. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** si desea que le remitan a la asistencia para el control de la enfermedad o para obtener más información.

Cuidados ortopédicos

Los aparatos ortopédicos para **miembros menores de 21** años se proporcionan cuando los prescribe el Proveedor de Atención Primaria del miembro, el médico especialista o el médico de cabecera.



Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre los aparatos ortopédicos para los miembros mayores de 21 años cuando:

- La órtesis es médicamente necesaria como tratamiento preferido según las directrices de Medicare; y
- La órtesis cuesta menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma afección; y
- La órtesis es solicitada por un médico (doctor) o un profesional de atención primaria (enfermera o asociado médico).

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

El equipo médico puede alquilarse o comprarse solo si no se dispone de otras fuentes que proporcionen los artículos sin costo alguno. El costo total del alquiler no debe superar el precio de compra del artículo. Las reparaciones o ajustes razonables de los equipos adquiridos están cubiertos para todos los miembros mayores y menores de 21 años para que el equipo sea utilizable o cuando el costo de la reparación sea menor que el alquiler o la compra de otra unidad. El componente se sustituirá si en el momento de solicitar la autorización se aporta documentación que demuestre que el componente no funciona eficazmente.

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

Estos servicios también están disponibles para los miembros menores de 21 años inscritos en Medicaid:

- Identificación, evaluación y rehabilitación de la pérdida de audición
- Cuidados personales médicamente necesarios. Esto puede incluir la ayuda para bañarse, ir al baño, vestirse, caminar y otras actividades que el miembro no puede hacer por razones médicas
- Servicios odontológicos preventivos de rutina, incluidos exámenes de salud oral, limpiezas, educación en higiene oral, radiografías, empastes, extracciones y otros procedimientos terapéuticos y médicamente necesarios
- Servicios oftalmológicos, incluidos los exámenes y las lentes graduadas (se cubre una selección limitada de lentes y marcos)
- Logopedia, fisioterapia y ergoterapia en régimen ambulatorio
- Sedación consciente
- Servicios adicionales para beneficiarios cualificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB)
- Servicios de relevo
- Servicios quiroprácticos
- Cualquier servicio cubierto por Medicare pero no por AHCCCS.



Servicios de salud conductual

Todos los miembros de Medicaid inscritos en Arizona Complete Health-Complete Care Plan tienen derecho a recibir los siguientes servicios de salud conductual financiados por AHCCCS. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** o hable con su PCP o con la Centro de Salud para obtener más información sobre estos servicios:

- Servicios de gestión de casos
- Gestión conductual (formación en atención domiciliaria, autoayuda en salud conductual/apoyo entre iguales)
- Psicofármacos
- Ajuste y seguimiento de los psicofármacos
- Servicios de enfermería de salud conductual
- Servicios de urgencia o de crisis
- Transporte de urgencia y no de urgencia médicamente necesario
- Detección, evaluación y valoración
- Asesoramiento y terapia individual, de grupo y familiar
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Instituto de enfermedades mentales (limitado)
- Servicios de laboratorio, radiología e imagen médica para la regulación y el diagnóstico de psicofármacos
- Tratamiento con agonistas opiáceos
- Servicios en centros de salud mental para pacientes internos
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias (opioides, drogas y alcohol)
- Cuidados de relevo (con limitaciones)
- Servicios de salud conductual (consulte la tabla a continuación)

Servicios cubiertos de salud conductual disponibles

Servicios		Título XIX/XXI Niños y adultos
Servicios de tratamiento		
Asesoramiento y terapia de salud conductual	Individual	Disponible
	Grupo	Disponible
	Familia	Disponible



Servicios cubiertos de salud conductual disponibles

Servicios		Título XIX/XXI Niños y adultos
Evaluación de la salud conductual, evaluación de la salud mental y pruebas especializadas	Examen de salud conductual	Disponible
	Evaluaciones de salud mental	Disponible
	Pruebas especializadas	Disponible
Otros profesionales	Curación tradicional	Se proporciona en función de las subvenciones federales disponibles
	Acupuntura auricular	Se proporciona en función de las subvenciones federales disponibles
	Paciente ambulatorio intensivo	Disponible
	Terapia multisistémica para jóvenes	Disponible
Servicios de rehabilitación		
Formación y desarrollo de habilidades; rehabilitación psicosocial (formación en habilidades para la vida; promoción de la salud; servicios de empleo con apoyo)	Individual	Disponible
	Grupo	Disponible
Rehabilitación Cognitiva		Disponible
Educación para la prevención/promoción de la salud mental	Disponible	
Servicios psicoeducativos y apoyo continuo para mantener el empleo	Disponible	



Servicios cubiertos de salud conductual disponibles	
Servicios	Título XIX/XXI Niños y adultos
Servicios médicos de salud conductual	
Servicios Médicos De Salud Conductual	Disponible
Análisis de laboratorio, radiología y diagnóstico por imágenes para salud conductual	Disponible
Gestión médica relacionada con la salud conductual	Disponible
Terapia electroconvulsiva	Disponible
Servicios de apoyo	
Gestión de casos	Disponible
Atención personal	Disponible
Formación en atención domiciliaria (familia)	Disponible
Autoayuda/Servicios a los compañeros	Disponible
Formación en atención domiciliaria para clientes de atención domiciliaria (HCTC)	Disponible
Atención de relevo (consulte la sección de limitaciones para conocer los límites de la cobertura)	Disponible



Servicios cubiertos de salud conductual disponibles

Servicios	Título XIX/XXI Niños y adultos
Servicios de apoyo	
Viviendas con apoyo	Se proporciona en función de las subvenciones estatales y federales disponibles
Servicios de interpretación de lengua de señas u oral	Proporcionado sin costo alguno para el miembro
Transporte de emergencia para la salud conductual	Disponible
Transporte no de emergencia para la salud conductual	Disponible
Intervención en crisis – Móviles situados en la comunidad	Disponible
Intervención en crisis – Teléfono	Disponible
Servicios de crisis: hasta 23 horas de estabilización, en un centro	Disponible
Servicios como paciente internado	
Centro de desintoxicación para pacientes internados de salud conductual (trastornos por consumo de sustancias)	Disponible
Centro de salud conductual para pacientes internados (trastornos de salud mental)	Disponible



Servicios cubiertos de salud conductual disponibles	
Servicios	Título XIX/XXI Niños y adultos
Servicios residenciales	
Centro residencial de salud conductual (tratamiento de salud mental)	Disponible
Centro residencial de salud conductual (tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias)	Disponible
Alojamiento y comidas	Se proporciona en función de las subvenciones estatales y federales disponibles
Programas diurnos de salud conductual	
Programa diurno supervisado de atención parcial (Partial Care Supervised Day Program)	Disponible
Programa diurno terapéutico de atención parcial (Partial Care Therapeutic Day Program)	Disponible
Programa diurno de atención médica parcial (Partial Care Medical Day Program)	Disponible



Servicios no cubiertos: Lo que no cubre AHCCCS

- Servicios de salud física que no sean de emergencia y que no hayan sido aprobados previamente por su PCP
- Cualquier atención, tratamiento o cirugía que no sea médicamente necesaria
- Servicios de infertilidad que incluyen pruebas y tratamiento
- Reversiones de la esterilización electiva
- Operaciones de afirmación de género
- Exámenes para establecer la necesidad de audífonos, gafas o lentes de contacto para los miembros de 21 años o más, excepto después de una operación de cataratas
- Audífonos, gafas o lentes de contacto para los miembros de 21 años o más, excepto después de una operación de cataratas
- Servicios o artículos por motivos estéticos
- Artículos personales o de confort (solo se cubren para EPSDT si están médicamente indicados)
- Medicamentos o suministros sin receta médica
- Servicios prestados en una institución para el tratamiento de la tuberculosis (TB)
- Servicio médico prestado a un recluso o a una persona bajo la custodia de una institución estatal de salud mental
- Articulación/prótesis controlada por microprocesador de la extremidad inferior para miembros de 21 años o más
- Cualquier servicio determinado como experimental/de investigación o realizado principalmente para la investigación o que no haya sido aprobado por los organismos reguladores. Los miembros del AHCCCS que están inscritos en un plan pueden participar en el tratamiento experimental, pero el AHCCCS no reembolsará el tratamiento experimental.
- **Trasplantes que incluyen:** Trasplantes solo de páncreas (total, parcial o de células de los islotes); o cualquier otro trasplante que no figure en la lista de AHCCCS como cubierto
- Examen físico con fines no médicos (por ejemplo, exámenes laborales, escolares o de seguros)
- Abortos y asesoramiento sobre ellos (a menos que sean médicamente necesarios según las políticas médicas de AHCCCS)
- Cualquier servicio médico fuera del país
- Circuncisión rutinaria/de recién nacidos
- Atención sanitaria rutinaria (fuera del área de cobertura)

Monto, duración y alcance: La Ley de Medicaid define los servicios de EPSDT para incluir los servicios de detección, los servicios de visión, los servicios dentales, los servicios de audición y “cualquier otra atención médica necesaria, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en el subapartado de la ley federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades y afecciones físicas y mentales descubiertas por los servicios de detección, estén o no cubiertos por el plan estatal (AHCCCS)”.



Exclusiones y limitaciones

Los siguientes servicios no están cubiertos o son servicios limitados para los adultos de 21 años o más. Si usted es un beneficiario cualificado de Medicare (QMB), seguiremos pagando su deducible y coseguro de Medicare para estos servicios.

Beneficio/servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido del pago
Audífono anclado al hueso	Un audífono que se coloca en el hueso de una persona cerca del oído mediante una cirugía. Esto es para llevar el sonido.	AHCCCS no pagará el audífono osteointegrado (Bone-Anchored Hearing AID, BAHA). Se pagarán los suministros, el mantenimiento del equipo (cuidado del audífono) y la reparación de cualquier pieza.
Implante coclear	Un pequeño dispositivo que se coloca en el oído de una persona mediante cirugía para ayudarlo a oír mejor.	AHCCCS no pagará los implantes cocleares. Se pagarán los suministros, el mantenimiento del equipo (cuidado del implante) y la reparación de cualquier pieza.
Articulación/prótesis controlada por microprocesador en el miembro inferior	Dispositivo que sustituye una parte del cuerpo que falta y utiliza una computadora para ayudar a mover la articulación.	AHCCCS no pagará una prótesis de extremidad inferior (pierna, rodilla o pie) que incluya un microprocesador (chip informático) que controle la articulación.
Aparatos ortopédicos	Un soporte o férula para articulaciones o músculos débiles. Un aparato ortopédico también puede servir de apoyo a una parte del cuerpo deformada. Por aparatos ortopédicos se entienden artículos como las férulas para las piernas, las muñecas y el cuello.	Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre los aparatos ortopédicos para los miembros mayores de 21 años cuando: <ul style="list-style-type: none"> • La órtesis es médicamente necesaria como tratamiento preferido según las directrices de Medicare Y • La órtesis cuesta menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma afección Y • La órtesis es solicitada por un médico (doctor) o un profesional de atención primaria (enfermera o asociado médico).



Los siguientes servicios no están cubiertos o son servicios limitados para los adultos de 21 años o más. Si usted es un beneficiario cualificado de Medicare (QMB), seguiremos pagando su deducible y coseguro de Medicare para estos servicios.

Beneficio/servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido del pago
Cuidado de relevo	Servicios de corta duración o continuos proporcionados como un descanso temporal para que los cuidadores y los miembros se tomen tiempo para sí mismos.	La cantidad de horas de relevo disponibles para los adultos y los niños bajo los beneficios del ALTCS o los servicios de salud conductual se está reduciendo de 720 horas a 600 horas en un período de 12 meses. Los 12 meses irán del 1.º de octubre al 30 de septiembre del año siguiente.
Servicios del podólogo	Cualquier servicio realizado por un médico que trate problemas de pies y tobillos.	El AHCCCS cubre los servicios de podología médicamente necesarios que sean realizados por un podólogo autorizado y ordenados por un proveedor de atención primaria o un médico de atención primaria.
Trasplantes	Un trasplante consiste en trasladar un órgano o unas células de una persona a otra.	La aprobación se basa en la necesidad médica y en si el trasplante está en la lista “cubierta”. Solo se pagarán los trasplantes que AHCCCS considere cubiertos.
Terapia física y ocupacional	Ejercicios enseñados o proporcionados por un fisioterapeuta para fortalecer o ayudar a mejorar el movimiento.	Las visitas de terapia física ambulatoria para restablecer un nivel de función están limitadas a 30 visitas por año de contrato (del 1.º de octubre al 30 de septiembre del año siguiente). Los miembros que tienen Medicare deben hablar con el plan de salud para que les ayuden a determinar cómo se contarán las visitas.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan no será responsable del pago de los servicios no cubiertos que usted decida recibir. En casos especiales, puede obtener servicios fuera de su área de servicio. Póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros llamando al 1-888-788-4408, TTY/TDY: 711 si desea más información sobre esta.



Consentimiento para el tratamiento

Tiene derecho a aceptar o rechazar los servicios de salud conductual que se le ofrezcan. Si quiere recibir los servicios de salud conductual que se ofrecen, usted o su tutor legal deben firmar un formulario de “Consentimiento para el tratamiento” en el que dan su permiso o el de su tutor legal para que reciba los servicios de salud conductual. Cuando usted firma un formulario de “Consentimiento para tratamiento”, también está dando permiso al Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) para acceder a sus registros.

Para prestarle determinados servicios, su proveedor debe obtener su permiso. Su proveedor puede pedirle que firme un formulario o que dé su permiso verbal para obtener un servicio específico. Se le proporcionará información sobre el servicio para que pueda decidir si quiere o no ese servicio. Esto se llama consentimiento informado. Consentimiento informado significa asesorar a un paciente sobre un tratamiento, procedimiento quirúrgico, fármaco psicotrópico o procedimiento de diagnóstico propuesto; las alternativas al tratamiento, procedimiento quirúrgico, fármaco psicotrópico o procedimiento de diagnóstico; los riesgos asociados y las posibles complicaciones, y obtener una autorización documentada para el tratamiento, procedimiento quirúrgico, fármaco psicotrópico o procedimiento de diagnóstico propuesto por parte del paciente o de su representante. Un ejemplo sería que su proveedor le recetara un medicamento. Su proveedor le informará sobre los beneficios y riesgos de tomar la medicación y otras opciones de tratamiento. Su proveedor le pedirá que firme un formulario de consentimiento o que dé su permiso verbal si quiere tomar la medicación. Informe a su proveedor si tiene preguntas o no entiende la información que le dio. Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. Su proveedor le explicará lo que ocurrirá si decide retirar su consentimiento.

Acceso a los servicios no incluidos en el Título XIX/XXI coordinados a través de The Regional Behavioral Health Authority (RBHA)

El AHCCCS cubre los servicios de salud conductual fuera del Título XIX/XXI dentro de ciertos límites para los miembros del Título XIX/XXI y fuera del Título XIX/XXI cuando sean médicamente necesarios. Estos servicios pueden incluir la acupuntura auricular, el cuidado de niños (solo SUD), la curación tradicional, el alojamiento con apoyo y el alojamiento y la comida (cuando se encuentra en un entorno de centro residencial de salud conductual).

Además, algunos servicios coordinados a través de RBHA están disponibles para los miembros que no son elegibles para Medicaid (No Título XIX/XXI). Los programas subvencionados y financiados por el estado incluyen actividades para prevenir y tratar los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos por consumo de opiáceos, para proporcionar servicios de intervención temprana para la enfermedad del VIH y la tuberculosis, y para proporcionar servicios de salud mental a los adultos con enfermedades mentales graves (SMI) y a los niños con trastornos emocionales graves (SED). Debe saber que estos servicios son limitados y se prestan en función de la disponibilidad de fondos.

Puede obtener más información sobre estos programas visitando nuestro sitio web o llamando a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Servicios de vivienda

La vivienda de apoyo es un servicio para los miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan que ayuda a los miembros a conseguir una vivienda segura y estable para vivir de forma independiente en la comunidad de su elección. La ayuda para la vivienda está disponible a través del Gestor de vivienda del AHCCCS. Las solicitudes de vivienda pueden ser completadas por el proveedor de un miembro o por Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Los servicios de ayuda a la vivienda y de alojamiento se ofrecen con la práctica basada en la evidencia de la



Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) de viviendas de apoyo permanente. Las Autoridades Regionales de Salud Conductual trabajan con socios del sistema como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos, el Departamento de Vivienda de Arizona, las autoridades de vivienda locales y los comités locales de continuidad de la atención de la vivienda. El número de miembros que pueden recibir ayuda para la vivienda en un año determinado depende del nivel de financiación que el Estado conceda cada año para este fin.

Si necesita ayuda para encontrar un lugar donde vivir o ayuda para pagar una vivienda, Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarlo a ponerse en contacto con los recursos comunitarios y de vivienda de su zona.

Si es necesario, Arizona Complete Health-Complete Care Plan le remitirá al administrador de viviendas de AHCCCS para los servicios que no pertenecen al Título XIX/XXI y a los proveedores de viviendas de la comunidad local. Llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY **711** y pida hablar con el especialista en vivienda o envíe un correo electrónico a **AzCHHousing@azcompletehealth.com**.

Si tiene preguntas o dudas sobre su vivienda, puede llamar a HOM, Inc. al **1-602-296-6594** o visitar uno de los siguientes sitios web:

- Arizona Behavioral Health Corporation: **www.azabc.org**
- HOM, Inc.: **www.hominc.com**

La siguiente tabla enumera las organizaciones que pueden hablar con usted sobre recursos y

Nombre	Condado/ ubicación	Quién o cómo pueden ayudar	Información de contacto
Brian Garcia Welcome Center	Maricopa	Adultos solteros	206 S. 12th Ave Phoenix, AZ 85007 Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a 11:00 a.m., de 12:30 a 5:00 p.m. 1-602-229-5155
UMOM Diane and Bruce Halle Women's Center	Maricopa	Solo mujeres	Llamada para refugio y servicios: 1-602-362-5833
East Valley Men's Center	Maricopa	Solo hombres	Llamada para refugio y servicios: 1-480-610-6722
East Valley Women's Shelter	Maricopa	Solo mujeres	Llamada para refugio y servicios: 1-480-969-1691



Nombre	Condado/ ubicación	Quién o cómo pueden ayudar	Información de contacto
VA-Community Resource Referral Center (CRRC)	Maricopa	Servicio militar de EE.UU./Veteranos	1500 E. Thomas Rd Phoenix, AZ 85014 Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. 1-602-248-6040
HOPE Outreach	Maricopa – Tempe	Equipos de divulgación: conectan a las personas que viven en la calle con los servicios	1-480-858-7993
Community Bridges, Inc. PATH Outreach team	Maricopa – Tempe	Equipos de divulgación: conectan a las personas que viven en la calle con los servicios	1-844-691-5948
Tumbleweed	Maricopa	Línea telefónica de crisis de 24 horas para jóvenes sin hogar	1-602-841-5799
one-n-ten	Maricopa	Jóvenes LGBTQ sin hogar	3660 N 3rd St, Phoenix De lunes a viernes, de 4:00 a 8:00 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 a cargo	1-602-595-8700 https://www.fhhub.org/ 3307 East Van Buren Street, Phoenix
Pat Gilbert Center	Maricopa – East Valley	Familias con hijos menores a cargo	635 East Broadway Road Mesa, AZ 85204 Solo los martes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.



Nombre	Condado/ ubicación	Quién o cómo pueden ayudar	Información de contacto
Save the Family Foundation	Maricopa- East Valley	Familias con hijos menores a cargo	125 East University Drive Mesa, AZ 85201 Solo los miércoles de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Pendergast Community Center/ Family Resource Center	Maricopa – West Valley	Familias con hijos menores a cargo	10550 West Mariposa Street Phoenix, AZ 85037 Solo los jueves de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
Sonora House	Pima	Punto de acceso para los programas de continuidad de la atención de HUD	Solo por teléfono: 1-520-624-5518 De lunes a viernes, de 10:00 a.m. a 6:00 p.m.
La Frontera RAPP	Pima	Punto de acceso para los programas de continuidad de la atención de HUD	1082 E Ajo Way, Ste.100 Teléfono preferido: 1-520-882-8422 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
City of Tucson	Pima	Punto de acceso para los programas de continuidad de la atención de HUD	Solo por teléfono martes y jueves de 3:00 p.m. a 6:00 p.m.: Shelia 1-520-837-5329 miércoles y viernes de 3:00 p.m. a 6:00 p.m. y de 10:00 a.m. a 2:00 p.m.: Laurie 1-520-837-5314
Salvation Army	Pima	Punto de acceso para los programas de continuidad de la atención de HUD	Solo por teléfono: 1-520-622-5411 lunes a sábados de 2:00 p.m. a 7:00 p.m.
Primavera	Pima	Punto de acceso para los programas de continuidad de la atención de HUD	Personalmente: 702 S 6th Ave Lunes, miércoles, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 12:30 p.m. Por teléfono: 1-520-308-3079 Lunes, miércoles, jueves, viernes de 1:00 p.m. a 4:00 p.m.; martes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
Our Family Services	Pima	Punto de acceso para los programas de continuidad de la atención de HUD	Solo por teléfono: 1-520-323-1708 Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.



Nombre	Condado/ ubicación	Quién o cómo pueden ayudar	Información de contacto
WACOG	Yuma	Punto de acceso para los programas de continuidad de la atención de HUD	www.wacog.com/rapid-rehousing/
CAHRA	Pinal	Punto de acceso para los programas de continuidad de la atención de HUD	cahra.org/
Good Neighbor Alliance	Cochise	Refugio	Julie Wilson Path Team lead jwilson@goodneighboralliance.com Shelter 420 N 7 Street, Sierra Vista, AZ 85635

Recursos de apoyo a los pares y a las familias

Los Servicios de Apoyo entre Pares y los Servicios de Apoyo a la Familia son servicios de salud conductual disponibles para nuestros miembros. Las organizaciones dirigidas por pares son propiedad de personas que han recibido servicios de salud mental, que las gestionan y cuentan con su personal. Estas organizaciones pueden ofrecer una amplia gama de servicios a los miembros adultos, como apoyo entre pares, habilidades para la vida, habilidades profesionales, apoyo para la reincorporación (apoyo al salir de la cárcel), servicios para veteranos y habilidades empresariales. Los Servicios de Apoyo entre Pares son proporcionados por personas que han compartido una experiencia de vida similar, entienden lo que estás pasando. Las organizaciones dirigidas por familias están gobernadas por miembros de familias de niños con problemas de salud mental. Estas organizaciones atienden a familias con niños con problemas de conducta, emocionales y de salud mental. Pueden proporcionar servicios que incluyan apoyo familiar, servicios de relevo, bienestar y habilidades para la vida, apoyo a los jóvenes y habilidades vocacionales a las familias de los niños que reciben servicios de salud conductual. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para obtener más información.

Cuidados de final de la vida

- El cuidado terminal es la atención médica que incluye el apoyo físico, psicosocial y espiritual que se presta a los miembros que se enfrentan a un deterioro de su estado de salud o a los que se les ha diagnosticado una enfermedad compleja, crónica o terminal. El objetivo de los cuidados terminales es mejorar la calidad de vida de los miembros mediante la prestación de servicios como:
 - Tratamientos de salud física o conductual para aliviar el dolor y otros síntomas desagradables provocados por la enfermedad del miembro.
 - Remisión a recursos comunitarios, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la atención pastoral, el asesoramiento y los servicios jurídicos.
 - Apoyos prácticos: servicios no facturables prestados por un miembro de la familia, un amigo o un voluntario para ayudar en las actividades de la vida diaria y otras medidas de confort no médicas.



- Los cuidados terminales incluyen la planificación anticipada de la atención, que son conversaciones en persona entre los miembros y sus proveedores de atención médica sobre su enfermedad y las opciones de tratamiento. La planificación anticipada de los cuidados permite a los miembros comprender plenamente la evolución prevista de su enfermedad y sus opciones de tratamiento. Ofrece a los miembros la oportunidad de decidir, junto con sus proveedores de atención médica y sus familias o cuidadores implicados, cuál será su tratamiento cuando se enfrenten a una enfermedad que limita su vida, independientemente de la edad o de la fase en que se encuentre la enfermedad. Una vez iniciada, la planificación anticipada de los cuidados debe ser un proceso continuo que se prolongue durante toda la vida del miembro.
- Los cuidados terminales permiten a los miembros recibir cuidados paliativos, cuidados de apoyo y servicios de cuidados paliativos, y a menudo incluyen la elaboración de directivas anticipadas, un documento legal que establece las preferencias de atención médica de una persona en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica. Estos servicios se obtienen a través del médico del miembro o de otro profesional médico cualificado, como una enfermera o un asistente médico.

Si desea más información sobre los cuidados terminales para usted o un ser querido, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TT/TDY: **711**.

Servicios especializados y derivaciones

Una derivación es cuando su Gestor de atención del Arizona Complete Health-Complete Care Plan, su PCP o su centro de salud conductual lo envían a un especialista para que reciba un servicio específico. Es posible que su Gestor de atención, su PCP o su Centro de salud conductual quieran que vea a un especialista o que reciba servicios especiales. Puede ponerse en contacto con Arizona Complete Health-Complete Care Plan, con el centro de salud conductual o con su PCP si cree que necesita una derivación para recibir atención especializada. Una derivación puede ser a un proveedor especializado, a un laboratorio o a un hospital. Su PCP o centro de salud conductual se encargará de los servicios especializados que se indican a continuación. Algunos de estos servicios especializados pueden requerir autorización previa.

- Evaluaciones nutricionales para miembros de 21 años o más
- Visitas de la salud en el hogar
- Trasplante de órganos
- Atención de enfermería especializada en el hogar
- Servicios de rehabilitación como terapia física, ergoterapia o logopedia)
- Atención especializada
- Cirugía
- Algunas radiografías, exploraciones o pruebas médicas
- Equipo médico duradero como sillas de ruedas y oxígeno

No necesita una derivación para los siguientes servicios especializados:

- Servicios de emergencia; incluidos los servicios de emergencia no contratados fuera de la red
- Servicios de atención de urgencia
- La mayoría de los servicios ambulatorios de salud conductual (consulte la sección de *Servicios de salud conductual* para más información)



- Servicios de obstetricia y ginecología
- Servicios odontológicos para menores de 21 años

Tenga en cuenta: Las miembros pueden someterse a una prueba 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 que su PCP las derive. Póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para obtener más información sobre las citologías y colonoscopias.

Es posible que tengamos que revisar y aprobar determinadas derivaciones y servicios especiales antes de que pueda recibir los servicios. Algunos servicios médicos y especialistas necesitan nuestra aprobación previa. Si lo hacen, su Gestor de atención, su PCP o su centro de salud mental se encargarán de obtener una autorización previa para estos servicios. Debemos revisar estas solicitudes. Su Gestor de atención de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, su PCP, su proveedor especializado o el consultorio del centro de salud conductual le informarán si se aprueba su solicitud de autorización previa. También puede llamar a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para conocer el estado de su solicitud.

Denegación de solicitudes de servicios especializados

Si se rechaza su solicitud de proveedor especializado, se lo comunicaremos por correo. Nuestra carta también le indicará cómo recurrir nuestra decisión si no está satisfecho con ella. Si tiene alguna pregunta sobre la denegación, puede llamar a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**. Para obtener más información sobre la presentación de un recurso por una autorización denegada, consulte la sección titulada “Reclamaciones: ¿Qué debo hacer si no estoy contento?” en este manual.

Tiene derecho a recibir servicios de un proveedor al que no se le oponga su carácter religioso o moral. Si se opone al carácter religioso o moral de su proveedor, puede pedir que le remitan a otro proveedor. Obtendrá una cita con el nuevo proveedor en los 7 días siguientes a su solicitud de remisión o antes si es necesario. El nuevo proveedor debe estar disponible para usted y proporcionarle servicios similares a los que recibía en el proveedor anterior.

Si tiene problemas para acceder a los servicios debido a las objeciones morales o religiosas de un proveedor, llame a Servicios de Atención para Miembros al 1-888-788-4408, TTY/TDY: 711 para que lo ayuden a encontrar un proveedor que pueda satisfacer sus necesidades.

Miembros que son indios americanos

Los miembros indios americanos pueden recibir servicios de atención médica de cualquier proveedor del Servicio de Salud Indio o de un centro de propiedad o gestión tribal en cualquier momento.

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria (PCP) o centro de salud conductual facilita su acceso a los servicios. Su PCP o centro de salud conductual puede proporcionarle servicios médicos o su PCP o centro de salud conductual puede hacer planes para que usted obtenga estos servicios de otro proveedor (a veces llamado especialista). **Siempre debe ponerse en contacto con su PCP o centro de salud conductual antes de acudir a cualquier otro proveedor o intentar obtener servicios externos.**



No tiene que ver a su PCP o centro de salud conductual para lo siguiente:

- Servicios de emergencia
- Servicios de atención de urgencia
- Servicios en caso de crisis
- Servicios de salud conductual
- Trastorno por uso de sustancias
- Servicios de ginecología y obstetricia
- Servicios odontológicos

Tenga en cuenta:

- Las miembros pueden someterse a una prueba 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 que su PCP las derive. Póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para obtener más información sobre las citologías y colonoscopias.

¿Cómo elegir o cambiar un proveedor de atención primaria (PCP)?

Es importante que elija un PCP que le haga sentir cómodo. Cuando tenga un PCP que le guste, su PCP podrá ayudarlo mejor con su atención médica. Esta relación es muy importante para proporcionarle la atención que necesita. Puede encontrar una lista de nuestros médicos en nuestra página web en azcompletehealth.com/complecare o llamando a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para obtener ayuda. El cambio de PCP puede hacerse efectivo en la misma fecha de la solicitud. Sin embargo, le recomendamos que no cambie de PCP más de dos veces al año.

¿De qué manera las visitas al médico pueden ayudarlo a mantenerse saludable?

- Asegúrese de que los niños menores de 21 años se hagan los exámenes médicos anuales y reciban las vacunas. Una visita de control/visita preventiva del niño es lo mismo que una visita de detección, diagnóstico y tratamiento periódico temprano (Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT).
- Los adultos de 21 años o más deben someterse a sus controles anuales y deben visitar a su PCP cuando aparezca un síntoma o enfermedad o para el cuidado regular de una afección 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 la detección del cáncer una vez al año. Hable con su médico sobre otras pruebas importantes de detección y prevención, como colonoscopias, exámenes de próstata, pruebas de diabetes, pruebas de colesterol.
- Acuda a las citas para las pruebas que su médico le ha indicado.
- Sepa por qué es importante que se haga la prueba y qué puede ocurrir si no se la hace.
- Pida a su médico que lo ayude a aprender a cuidarse mejor.

¿Cómo solicitar, cambiar o cancelar una cita?

¿Cómo programar una cita?:

- Llame a su PCP, dentista o especialista para programar su cita.
- Dígame al consultorio del proveedor: su nombre, su número de identificación (ID) de AHCCCS (que aparece en el frente de su tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan), el nombre de su médico y la razón por la que necesita ver a este médico.



¿Cómo cambiar una cita?:

- Llame al consultorio de su médico con al menos 24 horas de antelación.
- Dígale al consultorio médico: su nombre, su número de identificación de AHCCCS, la fecha de su cita, y pida que le fijen una nueva fecha para ver a su médico.

¿Cómo cancelar su cita?:

- Llame al consultorio de su médico con 24 horas de antelación.
- Dígale al consultorio médico que desea cancelar su cita y proporcione su nombre, su número de identificación de AHCCCS y la fecha de su cita.
- Si ya se ha concertado, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para cancelar el transporte o los servicios de interpretación cuando ya no los necesite.

Si no puede ponerse en contacto con el consultorio de su médico y necesita ayuda, llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Disponibilidad de citas: ¿Cuánto tiempo debería tomarme en ver a un proveedor?

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

- PCP Urgente: Con la rapidez que requiera la afección de salud del miembro, pero a más tardar 2 días hábiles después
- PCP de rutina: En un plazo de 21 días naturales
- Especialista urgente: Con la rapidez que requiera la afección de salud del miembro, pero a más tardar 2 días hábiles después
- Especialista de rutina: En un plazo de 45 días naturales
- Urgencia odontológica: Con la rapidez que requiera la afección de salud del miembro, pero a más tardar 3 días hábiles después
- Odontología de rutina: En un plazo de 45 días naturales
- Atención a la maternidad en el primer trimestre: En un plazo de 14 días naturales
- Atención a la maternidad en el segundo trimestre: En un plazo de 7 días naturales
- Atención a la maternidad en el tercer trimestre: En un plazo de 3 días laborales
- Riesgo en la atención a la maternidad: Con la rapidez que requiera el estado de salud del miembro, y a más tardar en 3 días laborales a partir de la identificación del alto riesgo por parte de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o del proveedor de atención de maternidad, o inmediatamente si se produce una emergencia
- Necesidad urgente de salud conductual: Con la rapidez que requiera el estado de salud del miembro, pero no más tarde de 24 horas desde la identificación de la necesidad



- Evaluación inicial de rutina de salud conductual: En los 7 días naturales siguientes a la remisión
- Primer servicio de rutina de salud conductual (18 años o más): Con la rapidez que requiera la afección de salud del miembro, pero a más tardar en 23 días naturales después de la evaluación inicial
- Primer servicio de rutina de salud conductual (menor de 18 años): Con la rapidez que requiera la afección de salud del miembro, pero a más tardar en 21 días naturales después de la evaluación inicial
- Servicios subsiguientes de rutina de salud mental: Con la rapidez que requiera el estado de salud del miembro, pero no más tarde de 45 días naturales desde la identificación de la necesidad
- Remisión de medicamentos psicotrópicos: Evaluación inmediata de la urgencia de la necesidad Si está clínicamente indicado, con un médico de cabecera que pueda recetar medicamentos psicotrópicos dentro de un plazo que garantice que el miembro a) no se quede sin la medicación necesaria, o b) no empeore su estado de salud conductual antes de empezar a tomar la medicación, pero no más tarde de 30 días naturales desde la identificación de la necesidad.

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 conductual son:

- Respuesta rápida: 72 horas
- Evaluación inicial de respuesta rápida: 7 días naturales
- Cita inicial de respuesta rápida: 21 días naturales
- Servicios posteriores de respuesta rápida: 21 días naturales

Si no puede conseguir una cita dentro de los plazos indicados, llame a Servicios de Atención para Miembros **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Visitas de rutina

Las visitas de rutina (exámenes de rutina) como, por ejemplo, las consultas preventivas de la mujer, los exámenes de mama y los exámenes de próstata están cubiertos para los miembros. La mayoría de las visitas de rutina (también llamadas chequeos o exámenes físicos) incluyen una historia clínica, un examen físico, exámenes de salud, asesoramiento sobre la salud y vacunas médicamente necesarias. Las visitas de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (Early Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) para miembros menores de 21 años se consideran lo mismo que una visita de bienestar.

Atención preventiva del niño sano/servicios de exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT)*

La detección, el diagnóstico y el tratamiento periódicos tempranos (EPSDT) es un programa integral de salud infantil de prevención y tratamiento, corrección y mejora (mejoramiento) de las afecciones físicas y conductuales para los miembros del AHCCCS menores de 21 años.

El objetivo de EPSDT es garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los recursos de atención médica, así como ayudar a los beneficiarios de Medicaid a utilizar eficazmente estos recursos.

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



Monto, duración y alcance

La Ley de Medicaid define los servicios de EPSDT para incluir los servicios de detección, los servicios de visión, los servicios odontológicos, los servicios de audición y cualquier otra atención médica necesaria, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en el subapartado de la ley federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades y afecciones físicas y mentales descubiertas por los servicios de detección, estén o no cubiertos por el plan estatal AHCCCS. Las limitaciones y exclusiones, aparte del requisito de necesidad médica y rentabilidad, no se aplican a los servicios de EPSDT.

Una visita de rutina para niños es sinónimo de una visita EPSDT e incluye todos los exámenes y servicios descritos en los calendarios de EPSDT y de periodicidad dental del AHCCCS.

Esto significa que los servicios cubiertos por el EPSDT incluyen los servicios que corrigen o mejoran las afecciones físicas y de salud conductual, así como las enfermedades descubiertas por el proceso de cribado, cuando dichos servicios entran dentro de una de las categorías opcionales y obligatorias de “asistencia médica” definidas en la Ley de Medicaid. Los servicios cubiertos por EPSDT incluyen las 29 categorías de servicios de la ley federal, incluso cuando no figuran como servicios cubiertos en el plan estatal de AHCCCS, los estatutos, las normas o las políticas de AHCCCS, siempre que los servicios sean médicamente necesarios y rentables.

El EPSDT incluye, pero no se limita a, la cobertura de: servicios de hospitalización y ambulatorios, servicios de laboratorio y radiografías, servicios médicos, servicios de naturopatía, servicios de enfermería, medicamentos, servicios odontológicos, servicios de terapia, servicios de salud conductual, equipos médicos, aparatos y suministros médicos, aparatos ortopédicos, prótesis, gafas, transporte y servicios de planificación familiar. El EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, detección, prevención y rehabilitación. Sin embargo, los servicios de EPSDT no incluyen servicios que sean experimentales, que tengan únicamente fines cosméticos o que no sean rentables en comparación con otras intervenciones.

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

- Evaluación del historial médico
- Medidas de altura y peso, incluido el Índice de Masa Corporal (IMC) para los mayores de 24 meses
- Perímetro cefálico 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
- Evaluación de la visión
- Evaluación de la audición y el habla
- Evaluación del desarrollo/comportamiento
- Examen físico
- Vacunas
- Prueba de tuberculina (para miembros de riesgo entre los 12 meses y los 20 años)



- Análisis de hematocrito/hemoglobina
- Análisis de orina
- Examen 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
- Evaluación de la dislipidemia
- Pruebas de dislipidemia (una sola vez entre los 18 y los 20 años)
- Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) (evaluación del riesgo para quienes tienen entre 11 y 20 años)
- Exploración de la displasia cervical (evaluación del riesgo para las personas de 11 a 20 años)
- Evaluaciones de salud bucodental cada 6 meses.
- El barniz de flúor puede ser aplicado por el PCP durante estas visitas a partir de los 6 meses de edad con al menos un diente, y puede repetirse cada 6 meses hasta la edad de dos años.
- Derivación odontológica. Se recomienda que el primer examen comience a la edad de 1 año. Repetir las visitas al dentista cada 6 meses o según lo indique el estado de riesgo del niño o la susceptibilidad a la enfermedad. Para obtener más información sobre la cobertura de atención odontológica, consulte la sección “Atención odontológica” de este manual.

La visita de rutina para niños también le dará ideas sobre cómo:

- Mantenga a su hijo sano
- Proteja a su hijo para que no se haga daño
- Detectar a tiempo los problemas de salud
- Solicitar servicios como WIC, Head Start, Servicios de Rehabilitación Infantil (Children’s Rehabilitative Services, CRS) y Arizona Early Intervention Program (AZEIP)

Todos los niños deben acudir al médico para las visitas de niño sano* con regularidad. Las revisiones de niño sano se deben hacer a las siguientes edades o en cualquier otro momento si está médicamente indicado:

- | | | |
|----------------------------|------------|--|
| • Recién nacido | • 4 meses | • 15 meses |
| • Entre 3 y 5 días de edad | • 6 meses | • 18 meses |
| • 1 mes | • 9 meses | • 24 meses |
| • 2 meses | • 12 meses | • Anualmente desde los 3 hasta los 20 años |

Le enviaremos un recordatorio sobre las revisiones de niño sano. Programe una cita con su PCP. Es importante que su hijo acuda a todas las revisiones de rutina.

**Una visita/visión de niño sano es lo mismo que un EPSDT.*



Prevención y bienestar

Las mujeres miembros, o los miembros asignados como mujeres al nacer, tienen acceso directo a los servicios preventivos y de bienestar de un ginecólogo u otro proveedor de atención a la maternidad dentro de la red del Contratista sin necesidad de una derivación de un proveedor de atención primaria. Póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para obtener más información sobre las pruebas de Papanicolaou (una prueba para detectar el cáncer de cuello uterino), las mamografías (una prueba para detectar el cáncer de mama) y las colonoscopias.

Nuestros miembros pueden acudir directamente a un médico obstetra/ginecólogo de la red para recibir servicios de atención sanitaria preventiva y de rutina. No se necesita una remisión de su PCP.

¿Qué es una visita de servicio de prevención y bienestar?

La atención preventiva puede ayudarlo a mantenerse sano y evitar que se enferme. Una visita anual de prevención es un beneficio cubierto que usted obtiene como miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede acceder a beneficios como los siguientes:

- Examen físico (examen de bienestar) para su salud general
- Examen clínico de las mamas
- Examen pélvico (si es necesario)
- Inmunizaciones (vacunas) y pruebas basadas en su edad y cualquier factor de riesgo
- Detección y asesoramiento centrados en cómo llevar un estilo de vida saludable y reducir los riesgos para la salud, incluidos los siguientes:
 - Alimentación adecuada
 - Actividad física
 - IMC elevado que indica obesidad
 - Consumo, abuso o dependencia de tabaco/sustancias
 - Diagnóstico de depresión
 - Detección de la violencia interpersonal y doméstica, que incluye la detección/asesoramiento (incluidos los adolescentes) de una manera culturalmente sensible/de apoyo para abordar los problemas de seguridad y salud
 - Infecciones de transmisión sexual (ITS)
 - Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - Servicios y suministros de planificación familiar
 - Asesoramiento previo a la concepción (no incluye pruebas genéticas)
- Historia reproductiva y prácticas sexuales
 - Peso saludable, incluidas la dieta y la nutrición, así como el uso de suplementos nutricionales y la ingesta de ácido fólico,
 - Actividad física o ejercicio
 - Cuidado de la salud bucal



- Gestión 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 derivación necesaria como resultado del examen

Llame para pedir una cita

Es importante que se reúna con su médico de cabecera. Si necesita ayuda para encontrar un médico o para que lo lleven a su cita, llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Planificación familiar

La planificación familiar la ayudará a decidir cuándo tener hijos. Nuestros proveedores pueden ayudarla a elegir los métodos anticonceptivos que más le convengan. Los servicios y suministros de planificación familiar no requieren ningún copago y se le ofrecen sin costo alguno. Puede solicitar servicios de planificación familiar a cualquier PCP o ginecólogo de la red. No se necesita una remisión de su PCP.

Los siguientes métodos anticonceptivos se le proporcionan sin costo alguno:

- Asesoramiento sobre controles anticonceptivos
- Pastillas anticonceptivas o anticonceptivos reversibles de acción prolongada (Long Acting Reversible contraceptives, LARC), preservativos, diafragmas, espumas y supositorios
- Tratamiento de complicaciones en la anticoncepción
- Planificación familiar natural y derivación a profesionales sanitarios cualificados
- Anticoncepción de emergencia poscoital (también conocida como “pastilla del día después”)
- Esterilización solo para miembros de 21 años o más

Tenga en cuenta: Que esta no es una lista exhaustiva de los métodos anticonceptivos cubiertos.

Los siguientes servicios *no* están cubiertos por la planificación familiar:

- Servicios de infertilidad, que incluyen pruebas, tratamiento o reversión de una esterilización tubárica o vasectomía
- Asesoramiento sobre la interrupción del embarazo
- Interrupción del embarazo: a menos que cumpla las condiciones descritas en la sección “*Interrupción del embarazo por razones médicas*”
- Histerectomías si se realizan solo para la planificación familiar

Los servicios de asesoramiento previo a la concepción, como parte de una visita anual, se proporcionan cuando son médicamente necesarios. Este asesoramiento se centra en la detección precoz y la gestión 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 sanitaria 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 pruebas genéticas.

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

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

Cuidado de maternidad

Cuando queda embarazada, queremos que tenga un embarazo y un bebé sanos. Disponemos de 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 tus 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 de Atención para Miembros a los números que figuran a continuación. La atención a la maternidad incluye la identificación de la atención prenatal del embarazo, los servicios de parto, y la atención y los servicios de posparto para incluir los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en el posparto inmediato. Es importante que realice y mantenga las citas con su médico durante el embarazo. Un Coordinador de Salud Materno Infantil (Maternal Child Health, MCH) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan le proporcionará apoyo durante y después de su embarazo. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que la atienda durante el embarazo y el parto, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

La **coordinación de la atención a la maternidad** consiste en las siguientes actividades relacionadas con la atención a la maternidad: hablar con usted sobre las necesidades médicas o sociales a través de una evaluación de riesgos; desarrollar un plan de atención diseñado para abordar esas necesidades; ayudar a remitir a los miembros a los proveedores de servicios apropiados y a los recursos de la comunidad; según sea necesario, hacer un seguimiento de las remisiones para garantizar que se reciban los servicios; y revisar el plan de atención, según corresponda.

Amamantar y ofrecer su leche materna son regalos maravillosos que puede darle a su bebé. Las primeras semanas pueden ser agotadoras y difíciles, ya que tanto usted como el bebé están aprendiendo a dar/tomar el pecho. 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 buscar ayuda a tiempo antes de que las pequeñas preocupaciones se conviertan en grandes problemas. Para obtener ayuda las 24 horas del día sobre cualquier preocupación o problema relacionado con la lactancia materna, llame a la línea directa de lactancia materna 24 horas al **1-800-833-4642**. También podemos ayudarla a conseguir un sacaleches si ha decidido dar el pecho.



Identificación del embarazo

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. **Tenga en cuenta:** Su proveedor de atención prenatal también puede servir como su proveedor de atención primaria. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para elegir un proveedor de atención prenatal adecuado para usted. A continuación, llame al proveedor para concertar su primera cita.

No necesitará una derivación 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 embarazos (también conocido como obstetra), una enfermera partera certificada, una partera licenciada (si es mayor de 18 años y no es de alto riesgo), una enfermera especializada o un asistente médico.

Atención prenatal

La atención prenatal es la atención sanitaria que se presta durante el embarazo y consta de tres componentes principales:

- 1 Evaluación temprana y continua del riesgo
- 2 Educación y promoción de la salud; y
- 3 Control médico, intervención y seguimiento

Llame y consiga su cita tan pronto como sepa que está embarazada. **Tenga en cuenta:** Es muy importante que acuda a todas las citas prenatales programadas por su proveedor. Durante sus visitas de atención prenatal, su proveedor puede dar esta atención:

- Revisiones (incluidos el control de la presión arterial, el control de su peso, el control del movimiento y el crecimiento de su bebé, y la escucha de los latidos del corazón de su bebé)
- Pruebas que puede necesitar, como análisis de sangre y de orina para comprobar que está bien.
- Comprobar si hay infecciones, incluidas las de transmisión sexual y el VIH/sida. NOTA: Los miembros pueden someterse voluntariamente a las pruebas y al asesoramiento prenatal sobre el VIH.
- Darle recetas de vitaminas prenatales u otros medicamentos que el médico prescriba.

Cuando descubra que está embarazada, su proveedor debe verla dentro de los siguientes tiempos:

- Catorce (14) días si está en su primer trimestre
- Siete (7) días si está en su segundo trimestre
- Tres (3) días si está en su tercer trimestre
- Tres (3) 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 de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para que la ayuden a conseguir una cita a tiempo. Llame a Servicios de Atención para Miembros si necesita que la lleven a sus citas de atención prenatal.



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

- Comer alimentos saludables
- Ejercitarse durante el embarazo
- No fumar, no beber alcohol ni consumir otras drogas durante el embarazo.
- Medicamentos durante el embarazo
- Detección de infecciones de transmisión sexual
- Peligros de la exposición al plomo para la embarazada y el bebé
- Los cambios normales del embarazo que sufrirá su cuerpo
- Cuándo llamar a su proveedor de inmediato por cambios en la salud
- Plan de atención segura después del parto
- Lactancia
- Seguimiento posparto
- Planificación familiar

En su primera visita, su proveedor también realizará una evaluación de riesgos para identificar sus necesidades médicas, conductuales o sociales. Sus preguntas y necesidades mostrarán al médico cómo se establecerá un embarazo. En ese momento, su médico le remitirá a las oficinas de servicios comunitarios y se podrán coordinar los recursos. Algunos ejemplos de oficinas de servicios comunitarios son Women, Infants and Children (WIC) y otros programas estatales de asistencia como el Departamento de Seguridad Económica (Department of Economic Security, DES). DES proporciona ayuda financiera a los residentes de Arizona que reúnen los requisitos necesarios al momento de la solicitud.

Su plan de atención del embarazo se puede modificar según sea necesario. Si necesita ayuda durante su embarazo, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** y podremos ayudarla. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con gestores de atención para ayudar a nuestros proveedores a coordinar la atención de la maternidad. Puede cambiar de proveedores o de planes durante el embarazo. Si necesita ayuda, los gestores de atención pueden ayudarla. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** si necesita ayuda por alguno de estos motivos.

Prueba de VIH/sida

Los miembros prenatales y no prenatales disponen de servicios voluntarios y confidenciales de pruebas 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 que den positivo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudar. Llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**, para obtener información sobre los servicios confidenciales de pruebas o asesoramiento.

Nota importante: La cobertura de la prestación de planificación familiar es gratuita para los miembros masculinos y femeninos en edad reproductiva.

También queremos que pueda obtener atención médica si pierde su elegibilidad para el AHCCCS. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarla a encontrar servicios y suministros de planificación



familiar de bajo costo o gratuitos. Este manual contiene una lista de clínicas que ofrecen atención médica a bajo costo o gratis. Llame a las clínicas para informarse sobre los servicios y los costos. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **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 dentro o fuera de la red. No es necesario que su médico de cabecera la derive para los servicios de planificación familiar y de ginecología y obstetricia. Los servicios de planificación familiar no requieren ningún copago y se le ofrecen sin costo alguno.

Embarazo de alto riesgo

El embarazo de alto riesgo se refiere a un embarazo en el que la portadora, el feto o el recién nacido tienen, o se prevé que tengan, un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina mediante el uso de las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG). Estos formularios son completados por su médico obstetra durante su visita con ellos.

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 se enfermen durante el embarazo o después del parto. Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene gestores de atención que pueden ayudarlo con su embarazo de alto riesgo sin costo alguno. Nuestros gestores de atención pueden responder a sus preguntas y ayudarlo con sus citas o remisiones. Si desea hablar con uno de nuestros gestores de atención, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Atención al parto

Cuando su bebé esté a punto de nacer (el embarazo suele durar 40 semanas hasta el parto), su proveedor atenderá el parto de su bebé en un hospital o centro de partos. Los hospitales figuran en el Directorio de Proveedores. Si su embarazo no es de alto riesgo, es posible que pueda dar a luz en casa con un médico autorizado, un practicante o una partera autorizada.

- El término “practicante” se refiere a los profesionales de enfermería certificados en obstetricia, a los asistentes médicos y a otros profesionales de enfermería.
- Una partera con licencia es una persona autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona para proporcionar cuidados de maternidad de acuerdo con el Título 36, Capítulo 6, Artículo 7 de los Estatutos Revisados de Arizona (Arizona Revised Statutes, A.R.S.) y el Título 9, Capítulo 16 del Código Administrativo de Arizona. (Este tipo de proveedor no incluye a las enfermeras parteras certificadas con licencia de la Junta de Enfermería como enfermera profesional en obstetricia ni a los asistentes médicos con licencia de la Junta Médica de Arizona).
- Una enfermera partera certificada (Certified Nurse Midwife, CNM) está certificada por American College of Nursing Midwives (ACNM) sobre la base de un examen de certificación nacional y con licencia para ejercer en Arizona por la Junta Estatal de Enfermería. Las CNM practican la gestión independiente de la atención a las personas embarazadas y a los recién nacidos, proporcionan atención preparto, intraparto, posparto, ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención sanitaria que prevé la consulta médica, la gestión colaborativa o la derivación.



Atención posparto

La atención posparto es la atención médica que se presta durante un periodo que comienza el último día del embarazo y continúa hasta 84 días después del parto. Esto se llama “visita posparto”. Esta parte final de los cuidados de maternidad es muy importante y no se debe evitar aunque el parto haya ido bien. Su proveedor la examinará para ver si tiene necesidades médicas y de salud conductual después del nacimiento de su bebé.

Muchas personas que han dado a luz se pueden sentir tristes o deprimidas después del nacimiento de su bebé. Coménteles al proveedor si tiene estos sentimientos. La depresión se puede tratar. Es importante hacerle saber a alguien si usted siente depresión. Los servicios de planificación familiar están incluidos si los presta un médico o un practicante. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para programar una cita o si necesita que la lleven a sus citas de atención posparto.

Interrupciones del embarazo médicamente necesarias

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

- 1 La afiliada embarazada sufre un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física, incluida una condición física que ponga en peligro su vida, causada por el propio embarazo o derivada de él, que, según la certificación de un médico, pondría a la afiliada en peligro de muerte, a menos que se interrumpa el embarazo.
- 2 El embarazo es producto de incesto.
- 3 El embarazo es producto de violación.
- 4 La interrupción del embarazo es necesaria por razones médicas según el criterio médico de un médico certificado, que confirma que la continuación del embarazo podría suponer razonablemente un problema grave de salud física o conductual para la afiliada embarazada por lo siguiente:
 - a. La creación de un problema grave de salud físico o conductual para la afiliada embarazada.
 - b. El deterioro grave de una función corporal de la afiliada embarazada.
 - c. La disfunción de un órgano corporal o de una parte de la afiliada embarazada.
 - d. El empeoramiento de un problema de salud de la embarazada.
 - e. El impedimento de que la afiliada embarazada reciba tratamiento para un problema de salud.

Cuidados dentales

Miembros menores de 21 años de edad

Todas las revisiones, las limpiezas y los tratamientos dentales están cubiertos para los miembros menores de 21 años. No se necesita una derivación médica para ver a un dentista. Se cubren dos (2) visitas dentales rutinarias y preventivas al año para los miembros menores de 21 años. Es importante llevar a tus hijos al dentista dos veces al año para mantener sus dientes sanos. A partir de la aparición del primer diente, o del año de edad, los niños deben acudir al dentista para una revisión cada seis meses.



Todos los miembros menores de 21 años deben tener un “hogar dental”. Un hogar dental es un dentista asignado que les proporcionará a usted o a su hijo la atención dental que necesitan. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para seleccionar un dentista o se le asignará uno. Si se le asigna un dentista que no desea o si ve a un dentista que ya está en nuestra red y está contento con ese dentista, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para pedir que se mantenga ese dentista.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan envía cartas de recordatorio de revisiones dentales a los miembros. Es importante acudir a su visita programada porque los dentistas pueden ayudar a prevenir las caries. Pueden utilizar selladores dentales (una capa de plástico que se pinta en los dientes posteriores) y tratamientos con flúor. Los dentistas también le enseñan a usted y a su hijo a cuidar los dientes. Es importante visitar al dentista para revisiones dos veces al año. Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** si necesita ayuda para encontrar un proveedor dental. Una vez que haya elegido un dentista, puede llamar a su consulta para concertar, cambiar o cancelar una cita.

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

- Exámenes dentales
- Limpiezas dentales
- Rellenos de caries
- Radiografías para detectar problemas dentales
- Aplicación de flúor
- Selladores dentales
- Servicios dentales de emergencia

Utilice estas pautas para programar las citas de su hijo:

- Urgente: con la rapidez que requiera el estado de salud del miembro, pero a más tardar tres días laborales después de la solicitud.
- Atención rutinaria: en un plazo de 45 días naturales a partir de la solicitud.
- Asegúrese de llevar la tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan a la cita con el dentista.

Si necesita concertar, cambiar o cancelar una cita con el dentista, contáctese con su dentista o con el Servicio para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para obtener ayuda.

Miembros mayores de 21 años

¿Qué pasa si tengo más de 21 años y tengo una urgencia dental? Los servicios dentales limitados están cubiertos para aliviar el dolor grave o la infección. Los miembros adultos de 21 años o más pueden recibir servicios dentales de urgencia, con un límite de \$1000 por miembro y año de contrato. Los servicios de emergencia que superen la prestación de \$1000 corren a cargo del miembro.

Los servicios dentales de rutina no están cubiertos para los miembros de 21 años o más. AHCCCS cubre los servicios médicos y quirúrgicos relacionados con la atención dental (oral) solo en la medida en que dichos servicios puedan ser realizados bajo la ley estatal por un médico o por un dentista, y los servicios se considerarían servicios médicos si fueran realizados por un médico. Los servicios odontológicos cubiertos para los miembros de 21 años o más deben estar relacionados con el tratamiento de una afección 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 el examen de la boca, las radiografías, el cuidado de fracturas de la mandíbula o de la boca, la administración de anestesia y de medicamentos para el dolor, o antibióticos.



¿Qué más cubre? También están cubiertos ciertos servicios previos al trasplante relacionados con la eliminación de infecciones orales y el tratamiento de enfermedades orales (como limpiezas dentales, limaduras, restauraciones sencillas, extracciones), y la extracción profiláctica de dientes como preparación para el tratamiento con radiación del cáncer de mandíbula, cuello o cabeza. Las limpiezas dentales están cubiertas para los miembros que se encuentran en un entorno hospitalario y están conectados a un ventilador o no pueden realizar la higiene bucal. Estos servicios no forman parte del límite de \$1000 para servicios dentales de urgencia para adultos.

Servicios de farmacia

Nuestro programa de farmacia incluye una terapia de medicamentos de alta calidad y rentable. Trabajamos con proveedores y farmacéuticos para garantizar que cubrimos los medicamentos utilizados para tratar una variedad de afecciones y enfermedades. Cuando son solicitados por un proveedor, cubrimos los medicamentos recetados y ciertos medicamentos de venta libre.

Algunos medicamentos requieren Autorización previa o tienen limitaciones en cuanto a la edad, la dosis y las cantidades máximas. En el caso de algunos medicamentos, primero debe probar otro fármaco, lo que se denomina terapia escalonada. Consulte la Lista de Medicamentos preferidos o PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener más detalles. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubrirá los medicamentos que figuran en nuestra Lista de Medicamentos preferidos siempre que sean medicamento necesarios y adecuados. La PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan incluye todos los medicamentos cubiertos en la Lista de Medicamentos preferidos de AHCCCS relacionada, e incluye medicamentos adicionales que son seguros y eficaces.

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

¿Qué pasa si un medicamento no está en la PDL/el vademécum?

La PDL no es una lista completa de 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 tomar ningún otro medicamento que no sea el recetado, su médico puede solicitarnos una Autorización Previa.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el vademécum o las restricciones adicionales no fueran tan eficaces para tratar su enfermedad o le causaran efectos médicos adversos.

¿Qué ocurre si deniegan mi solicitud?

- Cuando Arizona Complete Health-Complete Care Plan deniega una solicitud de autorización, se envía por correo al miembro un *Aviso de Determinación Adversa de Beneficios* o un *Aviso de Decisión (Notice of Decision, NOD)* y se envía una carta de explicación al proveedor solicitante. El aviso de determinación adversa de la prestación del miembro le indicará cómo presentar una apelación.
- Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan reduce, suspende o termina un servicio existente, hay derechos y normas adicionales que se aplican, aparte de poder presentar una apelación.



¿Cómo completar una receta?

Si toma medicamentos para un problema de salud continuo, puede pedir que le envíen los medicamentos a su casa. Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con una empresa llamada Caremark para ofrecerle este servicio, al que puede acceder sin costo alguno. Si elige esta opción, sus medicamentos llegan directamente a su puerta. Puede programar sus reposiciones y contactarse 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 casa, lugar de trabajo o consulta médica.

También puede visitar la página Buscar un proveedor en nuestro sitio web para encontrar una farmacia cerca de usted. En la farmacia, tendrá que entregar al farmacéutico su receta y su tarjeta de miembro.

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

Si tiene otro seguro además de la Parte D de Medicare, solo pagaremos los copagos (si corresponde) si el medicamento también está en nuestra Lista de Medicamentos cubiertos.

Si tiene problemas con la farmacia o necesita ayuda después de las horas de oficina, los fines de semana o los días festivos (incluso si lo rechazan en la farmacia cuando intenta obtener su receta), póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros llamando al 1-888-788-4408, TTY/TDY: 711 las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Lo que debe saber sobre su nueva receta

Su médico o dentista puede recetarle un medicamento. 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 a base de hierbas.

Cuando busque su receta, el farmacéutico le hablará de su nueva receta. Pregunte a su farmacéutico sobre cómo tomar su medicación y sobre los efectos secundarios que se puedan producir. La farmacia también le entregará información impresa sobre el medicamento cuando complete su receta. Le explicará lo que debe y no debe hacer, y los posibles efectos secundarios.

Resurtidos

La etiqueta del frasco de su medicamento le indica el número de reposiciones que le ha ordenado el médico. Si el médico le ha ordenado reposiciones, solo podrá obtener reposiciones para 30 días por vez. Llame a su farmacia para que le repongan el medicamento; ellos le dirán cuándo puede recogerlo.

Si su médico no ha ordenado reposiciones, usted o la farmacia deben llamar a su médico antes de que se le acabe el medicamento. Hable con su médico o farmacéutico reposiciones. El doctor tal vez quiera verlo antes de darle una reposición.

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

Llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** y lo ayudaremos a averiguar por qué no se puede surtir su receta. A veces, un seguro primario puede estar mal introducido o puede ser demasiado pronto para la reposición. Otras veces el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos,



nuestra Lista de Medicamentos cubiertos. Si la farmacia le rechaza o no le surte la receta, pregunte si usted y el farmacéutico pueden llamar juntos a Servicios de Atención para Miembros para averiguar qué ocurre. Trabajaremos con usted y con 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 de origen o una farmacia exclusiva. Las farmacias exclusivas son elegidas por el miembro o asignadas por Arizona Complete Health-Complete Care Plan para proporcionar todos los medicamentos médicamente necesarios. A los miembros se les pueden asignar farmacias exclusivas si:

Utilizó lo siguiente en un periodo de 3 meses:

más de 4 recetas;

Y

más de 4 drogas diferentes con potencial de abuso;

Y

más de 4 farmacias.

O BIEN

Recibió 12 o más medicamentos de sustancias controladas en los últimos tres meses.

O BIEN

Presentó en la farmacia una receta falsificada o alterada.

¿Cómo acceder a los servicios de salud conductual de Arizona Complete Health-Complete Care Plan?

Su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) puede ayudarlo si tiene una depresión leve, una depresión “posparto”, ansiedad y un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Su PCP puede administrarle medicamentos, vigilar el funcionamiento de los mismos y ordenar diferentes pruebas para su enfermedad. **No necesita una derivación de su médico de cabecera para los servicios de salud mental.**

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

Recibir servicios de salud conductual si está designado como enfermo mental grave

Si se le declara enfermo mental grave, recibirá sus beneficios de salud mental/conductual, incluidos los medicamentos, de Regional Behavioral Health Authority (RBHA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.



Su tarjeta de identificación de AHCCCS tiene nuestro número de teléfono de Servicios de Atención para Miembros al que puede llamar para acceder a los servicios de salud conductual y uso de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor en función de su lugar de residencia. Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Elegibilidad para los servicios de salud conductual

Los siguientes miembros son elegibles para los servicios de salud conductual:

- Personas de AHCCCS a través del Título XIX (Medicaid) o del Título XXI;
- Personas a las que se les ha determinado una Enfermedad Mental Grave; y
- Poblaciones especiales que son elegibles para recibir servicios financiados a través de subvenciones federales en bloque.

El **Título XIX** (Medicaid; también se puede llamar AHCCCS) es un seguro para personas, niños y familias con bajos ingresos. Paga los servicios médicos, dentales (para los niños de hasta 21 años) y de salud mental.

El **Título XXI** (también se puede llamar AHCCCS) es un seguro para los niños menores de 19 años que no tienen seguro y no pueden optar a las prestaciones del Título XIX. Paga los servicios médicos, dentales y de salud mental.

Una enfermedad mental grave (Serious Mental Illness, SMI) es un trastorno mental en personas de 18 años o más que es grave y persistente. Las personas pueden estar tan deterioradas que no pueden permanecer en la comunidad sin tratamiento o servicios. Solari, Inc. (antes Crisis Response Network) es una organización sin fines de lucro contratada por AHCCCS para la determinación de la SMI. Para iniciar el proceso, puede llamar a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

¿Cómo acceder a los servicios de salud conductual?

Arizona Complete Health-Complete Care Plan contrata a una variedad de proveedores para satisfacer sus necesidades de salud conductual. Los proveedores contratados se eligen con mucho cuidado. Deben cumplir estrictos requisitos para atender a nuestros miembros, y comprobamos periódicamente la atención que les prestan. La red de proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre una amplia zona geográfica para que usted pueda recibir servicios cerca de donde vive y trabaja. Nuestra red de proveedores ofrece opciones de servicios culturalmente sensibles, individualizados y completos para niños y familias, y para aquellos con problemas generales de salud mental y abuso de sustancias. Puede seleccionar un proveedor de nuestro directorio de proveedores o llamar a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para obtener ayuda.

Visión de Arizona para la prestación de servicios de salud conductual

Todos los servicios de salud conductual se prestan de acuerdo con los siguientes principios del sistema. AHCCCS apoya un sistema de prestación de servicios de salud conductual que incluye lo siguiente:

- Fácil acceso a la asistencia
- Participación del receptor de salud mental y de los familiares
- Colaboración con la comunidad en general
- Innovación efectiva
- Expectativa de mejora
- Competencia cultural



Los doce principios para la prestación de servicios a los niños

1 Colaboración con los niños y las familias:

- a. El respeto y la colaboración activa con el niño y los padres es la base para lograr resultados positivos en materia de salud conductual.
- b. Los padres y los niños son tratados como socios en el proceso de evaluación y en la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud mental, y sus preferencias se toman en serio.

2 Resultados funcionales:

- a. Los servicios de salud mental están diseñados y aplicados para ayudar a los niños a tener éxito en la escuela, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y convertirse en adultos estables y productivos.
- b. La aplicación del plan de servicios de salud conductual estabiliza el estado del niño y minimiza los riesgos de seguridad.

3 Colaboración con otros:

- a. Cuando los niños tienen la participación de varios organismos y sistemas, se desarrolla una evaluación conjunta y se aplica en colaboración un plan de servicios de salud conductual establecido conjuntamente.
- b. Los equipos centrados en el cliente 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 sea invitada a participar por el niño o sus padres. El equipo también incluye a todas las demás personas necesarias para elaborar un plan eficaz, incluyendo, según proceda, al profesor del niño, al asistente social del Departamento de Seguridad Infantil (Department of Child Safety, DCS) o de la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD), y al agente de libertad condicional del niño.
- d. El equipo:
 - i. Desarrolla una evaluación común de los puntos fuertes y las necesidades del niño y la familia.
 - ii. Desarrolla un plan de servicio individualizado.
 - iii. Supervisa la aplicación del plan.
 - iv. Realiza ajustes en el plan si no está teniendo éxito.

4 Servicios accesibles:

- a. Los niños tienen acceso a una amplia gama de servicios de salud mental, suficientes para garantizar que reciben el tratamiento que necesitan.
- b. La gestión de los casos se realiza en función de las necesidades.
- c. Los planes de servicios de salud conductual identifican el transporte que los padres y el niño necesitan para acceder a los servicios de salud conductual, y cómo se proporcionará la ayuda de transporte.
- d. Los servicios de salud mental se adaptan o se crean cuando son necesarios pero no están disponibles.



5 Las mejores prácticas:

- a. Los servicios de salud mental son prestados por personas competentes, formadas y supervisadas.
- b. los servicios de salud mental se prestan de acuerdo con directrices que incorporan las “mejores prácticas” basadas en la evidencia.
- c. Los planes de servicios de salud conductual identifican y abordan adecuadamente los síntomas conductuales relacionados con: trastornos del aprendizaje, problemas de consumo de sustancias, necesidades de salud conductual especializadas para los niños con discapacidades de desarrollo, antecedentes de trauma (por ejemplo, abuso o negligencia) o eventos traumáticos (por ejemplo, la muerte de un miembro de la familia o un desastre natural), comportamiento sexual inadaptado, conducta abusiva y comportamiento de riesgo. Los planes de servicio también abordarán la necesidad de estabilidad y promoción de la permanencia en las vidas de los miembros de la clase, especialmente los miembros de la clase en cuidado de crianza.
- d. Los servicios de salud mental se evalúan continuamente y se modifican si no son eficaces para lograr los resultados deseados.

6 El entorno más adecuado:

- a. Los niños reciben servicios de salud conductual en su hogar y en la comunidad en la medida de lo posible.
- b. los servicios de salud mental se prestan en el entorno más integrado y adecuado a las necesidades del niño. Cuando se proporciona en un entorno residencial, se trata del entorno más integrado y más parecido a un hogar que se ajusta a las necesidades del niño.

7 Puntualidad:

- a. Los niños identificados como que necesitan servicios de salud conductual son evaluados y atendidos cuanto antes.

8 Servicios adaptados al niño y a la familia:

- a. Los puntos fuertes y las necesidades únicas de los niños y sus familias dictan el tipo, la combinación y la intensidad de los servicios de salud mental prestados.
- b. Se motiva y ayuda a los padres y a los niños a articular sus propios puntos fuertes y necesidades, los objetivos que buscan y los servicios que creen necesarios para alcanzarlos.

9 Estabilidad:

- a. Los planes de servicios de salud mental se esfuerzan por minimizar las colocaciones múltiples.
- b. Los planes de servicio identifican si un miembro de la clase corre el riesgo de sufrir una interrupción de la colocación y, en caso afirmativo, identifican las medidas que se deben tomar para minimizar o eliminar el riesgo.
- c. Los planes de servicios de salud conductual anticipan las crisis que puedan surgir e incluyen estrategias y servicios específicos que se emplearán si se produce una crisis.
- d. Al responder a las crisis, el sistema de salud conductual utiliza todos los servicios de salud conductual apropiados para ayudar al niño a permanecer en casa, minimizar las interrupciones de la colocación y evitar el uso inapropiado de la policía y el sistema de justicia penal.
- e. Los planes de servicios de salud mental anticipan y planifican adecuadamente las transiciones en la vida de los niños, incluidas las transiciones a nuevas escuelas y nuevas ubicaciones, y las transiciones a los servicios para adultos.



10 Respeto por el patrimonio cultural único del niño y de la familia:

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

11 Independencia:

- a. Los servicios de salud conductual incluyen el apoyo y la formación de los padres para satisfacer las necesidades de salud conductual de sus hijos, y el apoyo y la formación de los niños en la autogestión.
- b. Los planes de servicios de salud mental identifican la necesidad de los padres y los niños de recibir formación y apoyo para participar como socios en el proceso de evaluación, y en la planificación, prestación y evaluación de los servicios, y establecen que dicha formación y apoyo, incluida la asistencia para el transporte, las conversaciones previas y la ayuda para comprender los materiales escritos, estarán disponibles.

12 Conexión con apoyos naturales:

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

Nueve principios orientadores para los servicios y sistemas de salud conductual para adultos orientados a la recuperación

- 1 Respetar; el respeto es la base. Acercarse a la persona donde está sin juzgarla, con mucha paciencia y compasión.
- 2 Las personas en recuperación eligen los servicios y son incluidas en las decisiones y los esfuerzos de desarrollo del programa; una persona en recuperación tiene voz y voto. Su autodeterminación a la hora de dirigir los servicios, las decisiones del programa y el desarrollo del mismo es posible, en parte, gracias a la dinámica continua de la educación, el debate y la evaluación, y así crea el “consumidor informado” y la paleta más amplia posible a partir de la cual se realiza la elección. Las personas en recuperación deben participar en todos los niveles del sistema, desde la administración hasta la prestación de servicios.
- 3 Centrarse en el individuo como una persona completa, mientras se incluyen o desarrollan apoyos naturales; una persona en recuperación se considera nada menos que un ser completo: capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. Por ello, se hace hincapié en potenciar la mayor autonomía posible y el estilo de vida más natural y completo. Esto incluye el acceso a y la participación en los apoyos naturales y los sistemas sociales habituales de la comunidad social del individuo.
- 4 Capacitar a las personas para dar pasos hacia la independencia y permitirles asumir riesgos sin miedo al fracaso, una persona en recuperación encuentra la independencia a través de la exploración, la experimentación, la evaluación, la contemplación y la acción. Se mantiene una atmósfera en la que se fomentan y refuerzan los pasos hacia la independencia en un entorno en el que tanto la seguridad como el riesgo se valoran como ingredientes que promueven el crecimiento.



- 5 Integración, colaboración y participación con la comunidad de su elección; una persona en recuperación es un miembro valioso y contribuyente a la sociedad y, como tal, es merecedor y beneficioso para la comunidad. Dicha integración y participación subraya el papel de uno como parte vital de la comunidad, ya que la dinámica comunitaria es inextricable de la experiencia humana. Se valora el servicio comunitario y el voluntariado.
- 6 Asociación entre individuos, personal y miembros de la familia/apoyos naturales para la toma de decisiones compartida con una base de confianza: Una persona en recuperación, como cualquier miembro de una sociedad, encuentra fuerza y apoyo a través de las asociaciones. Las alianzas basadas en la compasión y centradas en la optimización de la recuperación refuerzan la confianza en uno mismo, amplían la comprensión de todos los participantes y conducen a la creación de protocolos y resultados óptimos.
- 7 Las personas en recuperación definen su propio éxito; una persona en recuperación (según su propia declaración) descubre 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 en recuperación son expertas en sí mismas, y definen sus propios objetivos y resultados deseados.
- 8 Servicios basados en los puntos fuertes, flexibles y con capacidad de respuesta que reflejen las preferencias culturales del individuo: Una persona en recuperación puede esperar y merece servicios flexibles, oportunos y con capacidad de respuesta que sean accesibles, disponibles, fiables, responsables y sensibles a los valores y costumbres culturales. Una persona en recuperación es la fuente de su propia fuerza y resistencia. Quienes sirven de apoyo y facilitadores identifican, exploran y sirven para optimizar las fortalezas demostradas en el individuo como herramientas para generar mayor autonomía y eficacia en la vida.
- 9 La esperanza es la base del viaje hacia la recuperación; una persona en recuperación tiene la capacidad de tener esperanza y prospera mejor en asociaciones que fomentan la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia vital y crea el entorno para que se hagan realidad resultados positivos poco comunes e inesperados. Una persona en recuperación se considera ilimitada en cuanto a potencial y posibilidades.

Clínicas interdisciplinarias multiespecialidad

Proveedor de Servicios de Rehabilitación Infantil (CHILDREN'S REHABILITATIVE SERVICES, CRS): Clínicas interdisciplinarias multiespecialidad

Si a su hijo se le diagnostican ciertas afecciones, puede recibir servicios de proveedores especiales a través de un programa llamado Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS). Estos proveedores se denominan Clínicas Interdisciplinarias Multiespecialidad. Los miembros con condiciones de CRS que califiquen pueden elegir obtener servicios de cualquier proveedor contratado por el Plan de Salud dentro de la red; incluidas las Clínicas Interdisciplinarias Multiespecialidad (Multispecialty Interdisciplinary Clinics, MSICs) que sirven como Hogares de Salud que proveen servicios multiespecialidad a los miembros con necesidades complejas. En la MSIC, usted y su familia pueden ver a todos sus especialistas médicos, beneficiarse de la participación de la comunidad y recibir cómodamente servicios de apoyo en un solo lugar.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede proporcionar información adicional y responder a preguntas sobre las MSIC, llame al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para hablar con un representante de Servicios de Atención para Miembros.



Si AHCCCS determina que su hijo es elegible para el programa CRS, su hijo será inscrito en un plan con un proveedor de CRS.

Una vez que su hijo sea miembro de CRS, recibirá una tarjeta de identificación (ID) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. La tarjeta de identificación tiene el nombre de su hijo, el número de ID de CRS y otra información importante.

El tipo de proveedor médico de CRS que tratará la afección de su hijo dependerá de la necesidad de atención médica especial de su hijo. El proveedor médico de CRS de su hijo puede ser uno de los siguientes:

- Cirujano: cirujanos pediátricos generales, cirujanos cardiovasculares y torácicos, cirujanos de oído, nariz y garganta (Ear, Nose and Throat, ENT), neurocirujanos, cirujanos oftalmológicos, cirujanos ortopédicos (generales, de mano, de escoliosis, de amputación), cirujanos plásticos
- Médico especialista: cardiólogo, neurólogo, reumatólogo, pediatra general, genetista, urólogo, especialista en metabolismo
- Proveedor de Cuidado Dental: Dentista, ortodoncista

Para obtener más detalles sobre las especialidades de la clínica, puede visitar el sitio web de la clínica o contactarse con la clínica directamente; o puede llamar a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**. Las Clínicas Interdisciplinarias Multiespecialidad de CRS se encuentran en los siguientes lugares:

DMG Children's Rehabilitative Services

3141 N. 3rd Ave
Phoenix, AZ 85013

1-602-914-1520

www.dmgcrs.org

Los Servicios de Rehabilitación Infantil de DMG se especializan en los siguientes servicios: Audiología, cardiología, endocrinología, ENT, gastroenterología, genética, laboratorio y rayos X, neurología, neurocirugía, nutrición, terapia ocupacional, oftalmología, ortopedia, cirugía pediátrica, fisioterapia, cirugía plástica, atención primaria, psicología, reumatología, escoliosis, rehabilitación del habla y del 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

Children's Clinics se especializa en los siguientes servicios: Anestesiología, audiología, cardiología, vida infantil, odontología y ortodoncia, apoyo educativo, endocrinología, ENT, gastrointestinal, genética, laboratorio y rayos X, hematología, nefrología, neurocirugía, servicios de enfermería, nutrición, terapia ocupacional, ortopedia, oftalmología, programa de terapia con mascotas "Nuestros Mejores Amigos", servicios para pacientes y familias, cirugía pediátrica, medicina física, fisioterapia, cirugía plástica, atención primaria, psicología, neumología, reumatología, logopedia y urología.



Children's Rehabilitative Services

1200 North Beaver
Flagstaff, AZ 86001

1-928-773-2054

1-928-779-3366

nahealth.com/

Flagstaff Medical Center se especializa en los siguientes servicios: Audiología, pérdida de peso con cirugía bariátrica, salud mental, centros oncológicos, centro de salud infantil, diabetes, atención de urgencias, endocrinología, gastroenterología, servicios quirúrgicos, niños en forma, corazón y vascular, enfermedades infecciosas. Neurología, servicios de nutrición, oftalmología, ortopedia, pulmonar, servicios renales, centro del sueño, servicios de traumatología, terapia EntireCare y urología.

Children's Rehabilitative Services

2400 Avenue A
Yuma, AZ 85364

1-928-336-7095

1-928-336-2777

www.yumaregional.org

Yuma Regional Medical Center se especializa en los siguientes servicios: Cardiología, gastroenterología, UCI neonatal, nefrología, neurología, reumatología, cirugía y urología.

¿Cómo concertar, modificar o anular una cita con las Clínicas interdisciplinarias multiespecialidad (MSIC)

Su hijo necesita tener una cita para ver a un proveedor de CRS. Si no pide cita y se presenta sin más, es posible que el proveedor no pueda ver a su hijo. Cuando llame a las Clínicas interdisciplinarias multiespecialidad (MSIC) para pedir una cita, esté preparado para decírselo a la persona que lo atiende por teléfono:

- El nombre de su hijo;
- Número de ID de AHCCCS de su hijo; y
- La razón por la que su hijo necesita una consulta

La consulta de su hijo se hará en función del momento en que el proveedor necesite ver a su hijo o en un plazo de 45 días. Si su hijo tiene una necesidad urgente, puede ver a su proveedor antes. Si cree que la consulta de su hijo debe hacerse antes, puede pedir que lo vean en una fecha anterior. Diga al proveedor por qué cree que su hijo necesita ser visto rápidamente y pida una consulta más temprana.

Si tiene que cancelar o cambiar una consulta, comuníquelo al proveedor de su hijo o a su clínica al menos un día antes de la consulta. Si tiene que cancelar una consulta, asegúrese de cambiarla para otro momento. Si necesita ayuda para hacer, cancelar o reprogramar una consulta, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.



Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS)

¿Qué es CRS?

Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS) es una designación dada a ciertos miembros del AHCCCS que tienen afecciones de salud que califican. Los miembros con una designación de CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos por AHCCCS que los miembros de AHCCCS que no tienen CRS y pueden recibir atención en la comunidad, o en clínicas llamadas Clínicas Interdisciplinarias Multiespecialidad (MSIC). Las MSIC reúnen a muchos proveedores de especialidades en un solo lugar. Su plan de salud ayudará a un miembro con designación de CRS con una coordinación de atención más rigurosa y un seguimiento para asegurarse de que se satisfagan las necesidades especiales de atención médica.

La elegibilidad para una designación de CRS es determinada por la División de Servicios de Atención para Miembros (DMS) de AHCCCS.

¿Quién es elegible para la designación de CRS?

Los miembros de AHCCCS pueden ser elegibles para una designación de CRS cuando:

- Son menores de 21 años
- Tienen una afección médica de CRS que califica

La afección médica debe:

- Requerir tratamiento activo
- Ser encontrada por el DMS de AHCCCS para cumplir con los criterios como se especifica en R9-22-1301-1305

Un solicitante de CRS debe ser elegible para AHCCCS para recibir una designación de CRS. Si el solicitante de CRS no es actualmente un miembro de AHCCCS, debe solicitar AHCCCS:

- En línea en: **www.healtharizonaplus.gov**; o
- Llame a la línea gratuita de AHCCCS al **1-855-HEA-PLUS** (línea gratuita **1-855-432-7587**)

Cualquier persona puede rellenar una solicitud de CRS, incluidos un miembro de la familia, un médico o un representante del plan de salud. Para solicitar una designación de CRS, envíe por correo o por fax:

- Una solicitud de CRS cumplimentada.
- La documentación médica que acredite que el solicitante tiene una afección calificada para CRS que requiere tratamiento activo. La dirección postal y el número de fax se encuentran en la solicitud de CRS.

La Unidad de CRS de AHCCCS puede ayudar a completar la solicitud de CRS. Puede comunicarse con la Unidad de CRS al: **1-602-417-4545** o **1-855-333-7828**.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan proporcionará la atención médicamente necesaria para los servicios de salud física y conductual, y la atención para la condición de CRS.



Afecciones cubiertas por el programa CRS

CRS cubre muchas afecciones de salud crónicas e incapacitantes. Algunas de las afecciones elegibles incluyen, entre otras:

- Parálisis cerebral
- Pie equinovaro
- Caderas dislocadas
- Paladar hendido
- Escoliosis
- Espina bífida
- Afecciones cardíacas debidas a anomalías congénitas
- Trastornos metabólicos
- Neurofibromatosis
- Anemia falciforme
- Fibrosis quística

Servicios para la primera infancia*

Si le preocupa que su hijo no esté creciendo como los demás niños de su edad, dígaselo a su pediatra o médico de familia. Su médico puede remitirlo a especialistas para saber si su hijo va por el buen camino en cuanto a hablar, moverse, usar las manos y los dedos, ver y oír. Si su hijo está atrasado en una o más de estas áreas, hay servicios disponibles para ayudarlo a mejorarlas. El médico puede remitirlo al Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP) si su hijo está entre el nacimiento y los tres años de edad y tiene un retraso. Para saber más sobre otros programas comunitarios para niños con necesidades especiales, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

***Una visita/
revisión de niño
sano es lo mismo
que un EPSDT.**

Head Start

Los programas Head Start de Arizona ofrecen programas de alta calidad para niños en edad preescolar que incluyen educación infantil, servicios de nutrición, salud, salud mental, discapacidades y sociales. En algunas áreas hay programas Head Start de edad temprana para bebés y niños pequeños de tres años de edad. Hay servicios de Head Start en más de 500 lugares en todo el Estado de Arizona. Para más información sobre el Head Start más cercano a usted, llame al **1-866-763-6481**. Necesitará su dirección y código postal cuando llame.

Herramientas de evaluación del desarrollo

Las herramientas de evaluación del desarrollo utilizadas por los PCP que atienden a los niños incluyen las siguientes:

- Para los miembros de 9, 18 y 24 meses de edad, la herramienta de Evaluación del Estado de Desarrollo de los Padres (PEDS) y el Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ).
- Para los miembros de 16 a 30 meses de edad, la Lista de comprobación modificada para el autismo en niños pequeños (MCHAT), para detectar el autismo cuando esté médicamente indicado.



Consejo de Defensa de los Miembros

Encontrará al equipo de defensores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabajando en coaliciones comunitarias, comités y grupos de trabajo promoviendo y protegiendo sus derechos como miembro de AHCCCS. Nuestro equipo de defensa también realiza reuniones mensuales del Consejo de Defensa de los Miembros. Esta es una oportunidad para que su voz sea escuchada y para conocer los cambios o actualizaciones de su plan de salud. Además de nuestros Consejos de Defensa mensuales, hay varias maneras más en las que puede aportar su voz. Puede participar en el Consejo Asesor de su organismo proveedor. Puede formar parte de uno de nuestros comités internos. Incluso puede unirse a nuestro Comité de Gobernanza.

Póngase en contacto con nosotros en **AzCHAdvocates@azcompletehealth.com** para obtener más información sobre la defensa de los derechos o para formar parte de nuestro Consejo de Defensa del Miembro. También puede ponerse en contacto con Servicios de Atención para Miembros llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** y pedir hablar con un representante del Consejo de Defensa del Miembro.

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

<p>Administrador de Defensa del Miembro</p>	<p>Supervisa el equipo de defensores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y trabaja con miembros con necesidades especiales de atención médica, familias, jóvenes, defensores y partes interesadas clave para promover y proteger sus derechos. Trabaja rigurosamente con los comités regionales de derechos humanos y la Oficina de Derechos Humanos.</p>
<p>Defensor del Miembro de Salud Mental de Adultos</p>	<p>Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros adultos que reciben servicios de salud conductual. Incluye la Asistencia Especial y la Oficina de Derechos Humanos.</p>
<p>Defensor del Miembro de Salud Mental Infantil</p>	<p>Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros infantiles que reciben servicios de salud mental y de sus familias.</p>
<p>Defensor del Miembro Veterano</p>	<p>Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros veteranos que reciben servicios de salud física o conductual.</p>
<p>Defensor del Miembro de CRS</p>	<p>Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros que reciben servicios de salud física o conductual a través del programa CRS. Servicios de Rehabilitación Infantil (CRI) es un programa de Arizona que proporciona tratamiento médico a los miembros de AHCCCS con afecciones que califican para CRS. Los miembros de CRS reciben los mismos servicios cubiertos por AHCCCS que los miembros de AHCCCS que no son de CRS. Se proporcionan servicios para la condición de CRS y otros servicios médicos y de salud conductual para la mayoría de los miembros de CRS. Los miembros de CRS pueden recibir atención en la comunidad o en Clínicas Interdisciplinarias Multiespecialidad (MSIC).</p>



Proceso de aprobación y denegación

Algunos servicios médicos y de salud mental pueden necesitar autorización previa. Autorización previa significa que su médico ha solicitado permiso para que usted reciba un servicio especial o una remisión. Debemos aprobar estas solicitudes antes de la prestación de los servicios. Por ejemplo, ingresos hospitalarios no urgentes u otros como:

- Centros de salud conductual para pacientes internados
- Centro residencial de salud conductual
- Entrenamiento domiciliario a clientes de atención domiciliaria (HCTC)
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas
- Terapia electroconvulsiva (ECT)
- Servicios/tratamientos no urgentes fuera de la red
- Algunos medicamentos, consulte la Lista de Medicamentos aprobados (vademécum)
- MRI, MRA, PET
- Pruebas de laboratorio especiales, genéticas
- Cirugías, programadas de antemano
- Diálisis
- Algunos procedimientos y cirugías para pacientes externos
- Trasplante
- Biofarmacia (administración en consulta y con cargo al paciente)

Si lo hacen, su proveedor se encargará de solicitar la autorización de estos servicios. Debemos revisar estas solicitudes de autorización antes de que pueda recibir el servicio.

Si usted o su proveedor desean una remisión para un servicio que no es una prestación cubierta, llame a Servicios de Atención para Miembros al 1-888-788-4408, TTY/TDY: 711 para que podamos discutir otras opciones disponibles para usted.

La autorización previa se aprueba según una revisión de la necesidad médica.

Su proveedor le informará cuando se obtenga la autorización. También puede llamar a Servicios de Atención para Miembros para conocer el estado de la solicitud. Le informaremos por correo si la autorización es denegada. En la carta, tendrá instrucciones sobre cómo presentar una apelación. La carta describirá el motivo de la denegación. Si tiene alguna pregunta sobre la denegación y necesita ayuda, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**. Consulte la sección titulada “*Reclamaciones: ¿Qué debo hacer si no estoy contento?*” en este manual para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre una autorización denegada.

Los criterios en los que se basan las decisiones están disponibles si se solicitan.



Remisiones dentro de la red y libertad de elección de proveedores

Arizona Complete Health-Complete Care Plan le ofrece la libertad de elegir los proveedores de nuestra red. Usted puede cambiar su PCP u otro proveedor en cualquier momento, y puede elegir un PCP o proveedor diferente para cada miembro de la familia que esté en nuestra red.

Debe utilizar proveedores que formen parte de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede encontrar proveedores contratados dentro de la red del Arizona Complete Health-Complete Care Plan en nuestro sitio web en azcompletehealth.com/completecare o llamando a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Copagos

A algunas personas que reciben beneficios de Medicaid de AHCCCS se les pide que paguen copagos por algunos de los servicios médicos de AHCCCS que reciben.

***NOTA:** Los copagos a los que se hace referencia en esta sección significan los copagos que se cobran por Medicaid (AHCCCS). No significa que una persona esté exenta de los copagos de Medicare.

Las siguientes personas no deben pagar copagos:

- Personas menores de 19 años.
- Personas que se determinen como Enfermos Mentales Graves (SMI).
- Personas designadas como elegibles para los Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS) de acuerdo con A.A.C. Título 9, Capítulo 22, Artículo 13.
- Miembros de ACC, CHP y RBHA que residan en centros de enfermería o residenciales como un hogar de vida asistida y solo cuando la afección médica del miembro requiera de otro modo la hospitalización. La exención de copagos para estos miembros está limitada a 90 días en un año de contrato.
- Personas inscritas en el Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Arizona (Arizona Long Term Care System, ALTCS).
- Personas que son beneficiarios calificados de Medicare.
- Personas que reciben cuidados de hospicio.
- Miembros indígenas americanos que son usuarios activos o anteriores del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales operados bajo la Ley Pública 93-638, o programas de salud urbanos indígenas.
- Personas del Programa de Tratamiento del Cáncer de Mama y Cérvix (BCCTP).
- Personas que reciben servicios de bienestar infantil en virtud del Título IV-B por ser un niño en régimen de acogida o que reciben ayuda para la adopción o la acogida en virtud del Título IV-E, independientemente de la edad.
- Personas que están embarazadas y durante todo el período de posparto luego del embarazo.
- Personas del grupo de adultos (por un tiempo limitado**).



****NOTA:** Por un tiempo limitado, las personas que sean elegibles en el grupo de adultos no tendrán ningún copago. Los miembros en el grupo de adultos incluyen a las personas que fueron transferidas del programa de atención de AHCCCS, así como a las personas que tienen entre 19 y 64 años de edad, que no tienen derecho a Medicare, que no están embarazadas y que tienen un ingreso igual o menor al 133% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y que no son elegibles para AHCCCS bajo ninguna otra categoría.

Los copagos para las personas del grupo de adultos con ingresos superiores al 106% del FPL están previstos para el futuro. Se informará a los miembros sobre cualquier cambio en los copagos antes de que se produzca.

Además, no se cobran copagos por los siguientes servicios para cualquier persona.

- Hospitalizaciones.
- Servicios de emergencia.
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Atención médica relacionada con el embarazo y atención médica para cualquier otra afección médica que pueda complicar el embarazo, incluido el tratamiento para dejar de fumar para las mujeres embarazadas.
- Servicios preventivos, como visitas al médico, citologías vaginales, colonoscopias, mamografías y vacunas.
- Servicios prevenibles del proveedor y servicios recibidos en el departamento de emergencias.

Personas con copagos opcionales (no obligatorios)

A las personas elegibles para el AHCCCS a través de cualquiera de los programas que se indican a continuación, se les pueden cobrar copagos no obligatorios, a menos que:

- Estén recibiendo uno de los servicios arriba mencionados a los que no se les puede cobrar un copago.
- Estén en uno de los grupos arriba mencionados a los que no se les puede cobrar un copago.

Los copagos no obligatorios también se denominan copagos opcionales. Si un miembro tiene un copago no obligatorio, el proveedor no puede denegar el servicio si el miembro declara que no puede pagar el copago. Los miembros de los siguientes programas pueden recibir un copago no obligatorio por parte de su proveedor:

- AHCCCS para familias con hijos (1931)
- Young Adult Transitional Insurance (YATI) para jóvenes en régimen de acogida
- Asistencia estatal para la adopción de niños con necesidades especiales que van a ser adoptados
- Recibir un Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) a través de la Administración de la Seguridad Social para personas mayores de 65 años, ciegas o con discapacidades
- SSI Medical Assistance Only (SSI MAO) para personas de 65 años o más, ciegas o con discapacidades
- Freedom to Work (FTW)

Pida a su proveedor que busque su elegibilidad para saber qué copagos puede tener. También puede averiguarlo llamando a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. También puede consultar el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener más información.



A los miembros del AHCCCS con copagos no obligatorios se les puede pedir que paguen los siguientes copagos no obligatorios por servicios médicos:

Montos de copagos opcionales (no obligatorios) para algunos servicios médicos

Servicio	Copago
Recetas	\$2.30
Servicios como paciente externo para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	\$2.30
Visitas al consultorio del médico u otro proveedor para la evaluación y gestión de su atención	\$3.40

Los proveedores médicos le pedirán que pague estas cantidades, pero **NO** le negarán los servicios si no puede pagar. Si no puede pagar su copago, comuníquese a su proveedor de servicios médicos que no puede pagar estas cantidades para que no se le nieguen los servicios.

Personas con copagos requeridos (obligatorios)

Algunos miembros de AHCCCS tienen copagos requeridos (u obligatorios) a menos que estén recibiendo uno de los servicios arriba mencionados a los que no se puede cobrar un copago o a menos que estén en uno de los grupos arriba mencionados a los que no se puede cobrar un copago. Los miembros con copagos obligatorios tendrán que pagar los copagos para poder recibir los servicios. Los proveedores pueden negar los servicios a estos miembros si no pagan los copagos obligatorios. Los copagos obligatorios se cobran a las personas en familias con hijos que ya no son elegibles debido a los ingresos: también conocido como Transitional Medical Assistance (TMA).

Los adultos que reciben TMA tienen que pagar copagos requeridos (u obligatorios) por algunos servicios médicos. Si usted está en el programa de TMA ahora o si llega a ser elegible para recibir beneficios de TMA más adelante, el aviso de DES o AHCCCS se lo dirá. Los copagos para los miembros de TMA se enumeran a continuación.

Montos de copagos requeridos (obligatorios) para las personas que reciben beneficios de TMA

Servicio	Copago
Recetas	\$2.30
Visitas al consultorio del médico u otro proveedor para la evaluación y gestión de su atención	\$4.00
Terapias Físicas, Ocupacionales y del Habla	\$3.00
Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios No Urgentes o voluntarios	\$3.00

Los farmacéuticos y los proveedores médicos pueden rechazar los servicios si no se efectúan los copagos.



Límite del 5% en todos los copagos

El importe de los copagos totales no puede ser superior al 5% de los ingresos totales de la familia (ante impuestos y deducciones) durante un trimestre natural (de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre). El límite del 5% se aplica tanto a los copagos nominales como a los obligatorios.

El AHCCCS hará un seguimiento de los niveles de copago específicos de cada miembro para identificar a los miembros que hayan alcanzado el límite de copago del 5%. Si usted cree que el total de copagos que ha pagado es más del 5% del total de los ingresos trimestrales de su familia y AHCCCS aún no le ha dicho que esto ha ocurrido, debe enviar copias de los recibos u otra prueba de cuánto ha pagado a:



**AHCCCS, 801 E. Jefferson
Mail Drop 4600,
Phoenix, Arizona 85034**

Si está en este programa pero sus circunstancias han cambiado, póngase en contacto con su oficina local del DES para pedir que revisen su elegibilidad. Los miembros siempre pueden solicitar una reevaluación de su límite del 5% si sus circunstancias han cambiado.

Pago de servicios cubiertos

Solo en circunstancias muy limitadas se le pedirá que pague por los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y farmacias pueden verificar su cobertura a través de AHCCCS o llamando a Servicios de Atención para miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Si se le ha pedido que pague por un servicio cubierto o si ha recibido una factura por servicios cubiertos, póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros en el **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para discutir sus opciones de reembolso.

Pago de servicios no cubiertos

Solo cubriremos la atención aprobada por nuestro plan, a menos que se trate de un servicio de urgencia. Si usted obtiene un servicio o receta que no está cubierto por nuestro plan, Arizona Complete Health-Complete Care Plan no será responsable del pago.

Coordinación de beneficios (COB)

AHCCCS es el pagador de último recurso. Esto significa que el AHCCCS se utilizará como fuente de pago para los servicios cubiertos solo después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de pago.

Si usted es un miembro con “otro seguro” o es “doblemente elegible” (lo que significa que también tiene cobertura de Medicare), tómese un momento para llamar a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para informarnos. Cuando nos llame, nos aseguraremos de tener el otro seguro en nuestro sistema.



También puede llamar a la oficina de elegibilidad de AHCCCS para informarles. El AHCCCS nos pasará la información a nosotros. Recuerde, esto también incluye la cobertura de seguro a través de un divorcio o si su hijo tiene un seguro pagado por su excónyuge. A veces, los miembros con otros tipos de seguro como Tricare u otros planes comerciales son aprobados para AHCCCS. Nosotros somos responsables de hacer cualquier copago, coseguro o deducible, incluso si los servicios se prestan fuera de nuestra red.

Si un tercer asegurador (que no sea Medicare) requiere que el miembro pague cualquier copago, coseguro o deducible, somos responsables de pagar la menor de las diferencias entre:

- La cantidad pagada por el seguro principal y la tarifa del seguro principal (es decir, el copago del miembro exigido por el seguro principal).

O BIEN

- La cantidad pagada por el seguro primario y la tarifa por servicio del AHCCCS, incluso si los servicios se prestan fuera de la red.

No somos responsables de pagar el coseguro y los deducibles que son más de lo que habríamos pagado por el servicio completo según el contrato con el proveedor que realiza el servicio, o el equivalente de AHCCCS.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan toma medidas razonables para averiguar quién puede estar legalmente obligado a pagar la totalidad o parte de los servicios cubiertos. Esto se llama establecer la responsabilidad.

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

Reducción de costos significa que evitamos pagar el costo de los servicios en una reclamación si hemos establecido que hay una parte responsable, como otro seguro que debería cubrir el costo.

Recuperación posterior al pago significa que si descubrimos que había una parte responsable después de haber pagado una reclamación, recuperaremos el costo de esa reclamación.

El AHCCCS es el pagador de último recurso, a menos que lo prohíba específicamente la ley estatal o federal aplicable. Esto significa que el AHCCCS se utilizará como fuente de pago para los servicios cubiertos solo después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de pago. Arizona Complete Health-Complete Care Plan tomará medidas razonables para identificar las fuentes de terceros potencialmente responsables.

Información especial para nuestros miembros que tienen cobertura de Medicare

Si usted es un miembro “doblemente elegible”, a menudo significa que tiene beneficios adicionales que pueden no estar cubiertos por AHCCCS. Cuando conocemos su otro seguro, nos ayuda a coordinar la atención que recibe con el otro plan.

Si tiene cobertura de Medicare y acude a un médico que está fuera de nuestra red, es posible que los gastos no estén cubiertos. Es posible que Arizona Complete Health-Complete Care Plan no pague los servicios si



usted decide consultar a un médico fuera de nuestra red sin nuestra autorización previa. Si desea consultar a un médico fuera de nuestra red, llame a nuestros Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para consultar sus opciones. Es importante que usted trabaje con su PCP para ser remitido a los médicos adecuados. No cubriremos los copagos o deducibles por servicios prestados fuera de la red sin autorización previa. La autorización previa no es necesaria para los servicios de emergencia.

Los miembros con doble elegibilidad pueden elegir entre todos los proveedores de la red y no están restringidos a los que aceptan Medicare.

Por qué debe llamar a Servicios de Atención para Miembros e informarnos sobre las diferentes coberturas que tiene? ¡Porque lo ayudará a obtener los máximos beneficios de ambos planes de seguro!

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

Medicaid no cubre la mayoría de los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y no paga los copagos, el coseguro ni la franquicia de los medicamentos de la Parte D de Medicare, excepto en el caso de los miembros con enfermedades mentales graves (SMI). Pueden aplicarse excepciones especiales a esta regla a los miembros que hayan agotado su cobertura de la Parte A, o que solo tengan beneficios de la Parte B. AHCCCS cubre los medicamentos que están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare cuando son médicamente necesarios. Un fármaco excluido es un medicamento que no es elegible para la cobertura de la Parte D de Medicare. AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos de venta libre. Consulte la Lista de medicamentos de venta libre del Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener una lista de los productos disponibles en nuestro sitio web en azcompletehealth.com/completecure o llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para solicitar una copia impresa.

Plazos para la autorización de servicios y medicamentos

Las decisiones de autorización de servicios deben completarse en los plazos que se muestran a continuación y no siguen los mismos plazos utilizados para otros tipos de solicitudes.

Plazos para la autorización de servicios y medicamentos:

- No más de 24 horas después de recibirla.
- Decisión final a más tardar siete días laborales desde el primer día de la solicitud.

Cuando la solicitud de autorización previa de un medicamento no tiene suficiente información para tomar una decisión, Arizona Complete Health-Complete Care Plan pedirá más información al que dio la receta a más tardar 24 horas desde que la reciba. La decisión final y el aviso de la determinación adversa del beneficio se darán a más tardar en siete días laborales a partir de la primera fecha de la solicitud.

Plazo de decisión de autorización estándar para solicitudes de autorización de servicios que no se refieren a medicamentos: con la rapidez que requiera el estado del miembro pero a más tardar 14 días naturales desde el día en que se reciba la solicitud.



Las solicitudes de autorización de servicio estándar (solicitudes que no implican medicamentos), Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede dar 14 días más, hasta un total de 28 días naturales desde el día en que se hizo la solicitud.

Plazo de decisión de autorización de servicios acelerada para solicitudes de autorización de servicios que no se refieran a medicamentos: con la rapidez que requiera el estado del miembro pero a más tardar 72 horas desde su recepción.

Para una solicitud de autorización de servicio acelerada que no se refiera a medicamentos, Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede dar 14 días más, para un total de hasta 17 días naturales desde el día en que se hizo la solicitud.

Reclamos: ¿Cómo presentar un reclamo si estoy descontento?

Quejas y apelaciones

Si no está satisfecho con sus servicios o no está de acuerdo con una decisión tomada sobre sus servicios, comuníquese con el Departamento de Quejas y Apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Siempre tienes derecho a presentar una queja (reclamación) y estamos aquí para apoyarte.

El Departamento de Quejas y Apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan lo ayudará con el proceso para presentar un reclamo (queja) o una apelación. El personal de Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede proporcionar asistencia razonable a los miembros para completar los pasos necesarios para presentar un reclamo (queja). No hay límites de tiempo para presentar un reclamo (queja).

¿No está satisfecho con su atención?

Si no está satisfecho con la atención que recibe, puede presentar un reclamo (queja). Un reclamo también se conoce como una queja. Puede presentar un reclamo (queja) contra un proveedor de servicios o contra Arizona Complete Health-Complete Care Plan. También puede presentar una queja (reclamación), apelar o solicitar una audiencia sobre cualquier servicio de crisis que haya recibido a través de la Autoridad Regional de Salud Mental (Regional Behavioral Health Authority, RBHA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Algunos ejemplos de reclamos (quejas) incluyen retrasos en los servicios e insatisfacción con la calidad de la atención o la calidad del servicio que recibió.

También puede presentar un reclamo (queja) si ha recibido un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios que no entiende o no es correcto. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no resuelve su preocupación sobre el Aviso, también puede ponerse en contacto con AHCCCS Medical Management en **MedicalManagement@azahcccs.gov**.

También puede presentar un reclamo (queja) llamando al Departamento de Servicios de Atención para Miembros entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.



También puede presentar un reclamo (queja) en persona o por escrito. Puede presentar su reclamo (queja) por escrito enviándolo por correo a



Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Attn: Grievance and Appeals Department
1870 W. Rio Salado Parkway
Tempe, AZ 85281

Una vez presentada, su reclamo (queja) será revisado y se le dará una respuesta a más tardar en 90 días a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. En la mayoría de los casos, completaremos nuestra revisión y daremos una respuesta en un plazo de 10 días naturales.

¿No está satisfecho con una decisión?

Si no está satisfecho con una decisión tomada sobre sus servicios, puede presentar una apelación. Una apelación es una solicitud formal para revisar una decisión 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 es una carta escrita que explica una decisión sobre sus servicios. Aunque no haya recibido un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios, puede tener derecho a presentar una apelación.

Usted tiene derechos de apelación con respecto a cualquier servicio cubierto que proporcionemos; esto incluye apelaciones para miembros elegibles para el Título XXIX/AHCCCS y apelaciones para miembros que no están inscritos como personas con enfermedades mentales graves y que no son elegibles para el Título XIX/XXI.

¿Cómo presento una apelación?

Las apelaciones se pueden presentar oralmente o por escrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha del Aviso de Determinación Adversa de Beneficios o del Aviso de Decisión y Derecho de Apelación. El Aviso le explica cómo presentar una apelación y cuál es el plazo para hacerlo. Sin embargo, si tiene alguna pregunta, el Departamento de Quejas y Apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está disponible para ayudarlo. Para ponerse en contacto con un representante del Departamento de Quejas y Apelaciones, póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

Usted o su representante pueden presentar una apelación. Un representante autorizado, incluido un proveedor, también puede presentar una apelación por usted con su permiso por escrito. También puede obtener ayuda para presentar una apelación por sí mismo.

En algunos casos, Arizona Complete Health-Complete Care Plan revisará una apelación de forma acelerada. Una apelación acelerada se resuelve en un plazo de 72 horas debido a las necesidades de salud urgentes de la persona que presenta la apelación. Póngase en contacto con Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** o con su proveedor para ver si se acelerará su apelación. Si su apelación no se acelera, se resolverá en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que se reciba.



Para presentar una apelación oralmente o para obtener ayuda para presentar una apelación por escrito, llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**. Para presentar una apelación por correo, envíe su apelación y documentación a:



Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Attn: Grievance and Appeals Department
1870 W. Rio Salado Parkway
Tempe, AZ 85281

Recibirá un aviso por escrito de que se ha recibido su apelación, en un plazo de 5 días laborales. Si su apelación se acelera, recibirá un aviso de que su apelación se ha recibido en el plazo de 1 día laboral. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan ha decidido que su apelación no necesita ser acelerada, su apelación seguirá los plazos de apelación estándar. Arizona Complete Health-Complete Care Plan hará esfuerzos razonables para notificarle rápidamente la decisión de no acelerar su apelación y le dará seguimiento dentro de 2 días naturales con un aviso por escrito.

¿Qué puedo apelar?

Usted tiene derecho a solicitar una revisión de las siguientes determinaciones adversas de beneficios:

- La denegación o aprobación limitada de un servicio solicitado por su proveedor o equipo clínico
- La reducción, suspensión o finalización de un servicio que estaba recibiendo
- La denegación, total o parcial, del pago de un servicio
- La no prestación de servicios en tiempo y forma
- La falta de actuación dentro de los plazos para resolver una apelación o queja
- La denegación de una solicitud de servicios fuera de la red de proveedores cuando los servicios no están disponibles dentro de la red de proveedores

¿Qué ocurre después de presentar una apelación?

Como parte del proceso de apelación, usted tiene derecho a presentar pruebas que respalden su apelación. Puede proporcionar las pruebas a Arizona Complete Health-Complete Care Plan en persona o por escrito. Para prepararse para su apelación, puede examinar el expediente de su caso, los registros médicos y otros documentos y registros que pueden utilizarse antes y durante el proceso de apelación, siempre que los documentos no estén protegidos de la divulgación por la ley. Si desea revisar estos documentos, póngase en contacto con su proveedor o con Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Las pruebas que entregue a Arizona Complete Health-Complete Care Plan se utilizarán al 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 de los resultados de su apelación.

La fecha de resolución puede prolongarse 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 prórroga.

Cuando hayamos completado nuestra revisión, usted recibirá un Aviso de Resolución de Apelación que le indicará lo siguiente:

- El resultado de la apelación
- Los motivos de la decisión

Si su apelación ha sido denegada, total o parcialmente, el Aviso de Resolución de Recurso también le informará lo siguiente:

- Cómo puede pedir una Audiencia imparcial del Estado
- ¿Cómo pedir que los servicios continúen durante el proceso de la Audiencia Imparcial del Estado, si procede?
- La razón por la que se denegó su apelación y la base legal para la decisión de denegar su apelación
- Que es posible que tenga que pagar por los servicios que reciba durante el proceso de Audiencia Imparcial del Estado si su apelación es denegada en la Audiencia Imparcial del Estado

¿Qué puedo hacer si no estoy satisfecho con los resultados de mi apelación?

Puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado si no está satisfecho con los resultados de una apelación. Si su apelación fue acelerada, puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado acelerada. **TIENE DERECHO A QUE UN REPRESENTANTE DE SU ELECCIÓN LE ASISTA EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO.**

¿Cómo puedo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado?

Debe solicitar una Audiencia Imparcial del Estado por escrito dentro de los 90 días siguientes a la recepción del Aviso de Resolución de Recurso. Esto incluye tanto las solicitudes estándares como las aceleradas para una Audiencia Imparcial del Estado. Las solicitudes de Audiencia Imparcial del Estado deben enviarse por correo a:



Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Attn: Grievance and Appeals Department
1870 W. Rio Salado Parkway
Tempe, AZ 85281



¿Cuál es el proceso para mi Audiencia Imparcial del Estado?

Recibirá un Aviso de Audiencia Imparcial del Estado al menos 30 días antes de que se programe su audiencia.

El Aviso de Audiencia Imparcial del Estado es una carta escrita que le indicará lo siguiente:

- 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 del Estado?

Para la Audiencia Imparcial del Estado estándar, usted recibirá una Decisión del Director de AHCCCS por escrito a más tardar 90 días después de que su apelación fue presentada por primera vez. Este período de 90 días no incluye lo siguiente:

- Cualquier extensión de tiempo que usted haya solicitado
- El número de días entre la fecha en que usted recibió el Aviso de Resolución de Apelación y la fecha en que se presentó su solicitud de Audiencia Imparcial del Estado

La Decisión del Director de AHCCCS le indicará el resultado de la Audiencia Imparcial del Estado y la decisión final sobre sus servicios.

En el caso de la Audiencia Imparcial del Estado acelerada, usted recibirá una Decisión del Director de AHCCCS por escrito dentro de los 3 días laborales siguientes a la fecha en que AHCCCS reciba el expediente de su caso y la información de la apelación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. AHCCCS también tratará de llamarlo para notificarle la decisión del director de AHCCCS.

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación/Audiencia Imparcial del Estado?

Puede pedir que los servicios que ya estaba recibiendo continúen durante el proceso de apelación o el proceso de Audiencia Imparcial del Estado. Si quiere seguir recibiendo los mismos servicios, debe solicitar la continuación de sus servicios por escrito. Debe cumplimentar esta solicitud de continuación de los beneficios en un plazo de 10 días naturales 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 del Estado no es a su favor, es posible que tenga que pagar por los servicios recibidos durante el proceso de apelación o de Audiencia Imparcial del Estado.

Si usted es un miembro al que se le ha determinado que padece una enfermedad mental grave, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan y podremos proporcionarle información adicional sobre sus derechos de reclamación y apelación.



¿TIENE UN PLAN DE MEDICARE PARTE D?

Cada **Parte D del plan de Medicare** debe tener un proceso de excepción y apelación. Si usted tiene cobertura de medicamentos recetados de la **Parte D de Medicare** y presenta una excepción o apelación, es posible que pueda obtener un medicamento recetado que normalmente no está cubierto por la **Parte D del plan**. Póngase en contacto con la **Parte D de su plan** para que lo ayuden a presentar una excepción o una apelación en relación con su cobertura de medicamentos recetados.

Derechos de los miembros

Nuestro objetivo es proporcionar una atención médica y de salud mental de alta calidad. También prometemos escucharlo, tratarlo 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 lo siguiente:

- Presentar una queja sobre la organización de atención administrada. Las quejas se pueden presentar ante Arizona Complete Health-Complete Care Plan o ante AHCCCS.



Para presentar una queja ante Arizona Complete Health-Complete Care Plan, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.



Para presentar una queja directamente a AHCCCS, póngase en contacto con:

Servicios para Miembros de AHCCCS

801 E Jefferson St

Phoenix, AZ 85034

602-417-7000 (fuera del condado de Maricopa: **1-800-654-8713**)

Correo electrónico: **MemberServices@azahcccs.gov**

- Solicite información sobre la estructura y el funcionamiento de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o de nuestros subcontratistas.
- Usted tiene derecho a solicitar información sobre si Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene o no Physician Incentive Plans (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 se requiere un seguro de punto máximo de pérdida y el derecho a un resumen de los resultados de las encuestas a los miembros, de acuerdo con la normativa de los PIP. Puede solicitar esta información llamando a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**. Conozca los tipos de acuerdos de compensación que utiliza Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- El derecho a recibir un trato justo independientemente de la raza, la etnia, el origen nacional, la religión, el género, la edad, la condición de salud conductual (intelectual) o la discapacidad física, la orientación sexual, la identidad de género, la información genética o la capacidad de pago.



- Privacidad de la atención de la salud (confidencialidad)
 - Existen leyes sobre quién puede ver su información médica personal con o sin su permiso. La información sobre el tratamiento del abuso de drogas y las enfermedades transmisibles (por ejemplo, la información sobre el VIH/sida) no puede compartirse con otros sin su permiso por escrito.

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

- médicos y otros organismos que prestan servicios médicos, sociales o asistenciales;
- su médico de cabecera;
- ciertos organismos estatales y escuelas que siguen la ley, que están involucradas en su atención y tratamiento, según sea necesario; y
- miembros del personal clínico que están involucrados en su atención.

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

Puede haber ocasiones en las que quiera compartir su información médica con otros organismos o con determinadas personas que puedan asistirlo. En estos casos, usted puede firmar un formulario de autorización para la divulgación de información en el que se establece que su historia clínica (o ciertas partes limitadas de su historia clínica) puede divulgarse a las personas u organismos que usted nombre en el formulario. Para obtener más información sobre el formulario de autorización para la divulgación de información, póngase en contacto con Arizona Complete Health-Complete Care Plan llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** o visite nuestro sitio web en **azcompletehealth.com/completecure**.

- Una segunda opinión de un profesional de la salud habilitado dentro de la red o solicitar una segunda opinión fuera de la red solo en el caso que no haya una cobertura adecuada dentro de la red; sin costo alguno para el inscrito.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas y los beneficios y desventajas de cada opción de tratamiento disponibles. Se presentan de forma adecuada para su estado y su capacidad para comprender la información.
- Recibir información sobre la formulación de voluntades anticipadas con sus proveedores de atención médica.
- Puede pedir ver la información médica de su historia clínica. También puede pedir que se modifique la historia clínica si no está de acuerdo con su contenido. También puede recibir una copia al año de su historia clínica sin costo alguno para usted. Póngase en contacto con su proveedor o con Arizona Complete Health-Complete Care Plan para pedir ver u obtener una copia de su historia clínica. Los Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden ayudarlo. Solo tiene que llamar al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para solicitar una copia. Recibirá una respuesta a su solicitud en un plazo de 30 días. Si recibe una denegación por escrito a su solicitud, se le proporcionará información sobre el motivo por el que se denegó su solicitud de obtener su historia clínica y sobre cómo puede solicitar una revisión de la denegación.
- Recibir su solicitud de historia clínica en un plazo de treinta (30) días. Esta respuesta consistirá en una copia de su historia clínica o en una razón por la que se denegó su solicitud. Si se deniega una solicitud, en su totalidad o en parte, debemos entregarle una denegación por escrito en un plazo de sesenta (60) días que incluya el motivo de la denegación, sus derechos a no estar de acuerdo y sus derechos a incluir su enmienda con cualquier divulgación futura de su información médica según lo permita la ley. Su derecho a acceder a la historia clínica también puede denegarse si la información consiste en notas de psicoterapia recopiladas para una anticipación razonable de una acción civil, criminal o administrativa, o si es información médica protegida sujeta a las enmiendas federales de mejora de laboratorios clínicos de 1988 o exenta de conformidad con el título 45 del código de regulaciones federales (Code of federal regulations, CFR), Parte 164.
- Modificar o corregir su historia clínica según lo permita la ley.



- Ser libre de restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, comodidad o represalia.
- Recibir información sobre los beneficiarios y el plan.
- Recibir un trato respetuoso y el reconocimiento de su dignidad y derecho a la intimidad. Entendemos su necesidad de privacidad y confidencialidad, incluida la protección de cualquier información que lo identifique.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento de un proveedor y a que un representante facilite las decisiones sobre la atención o el tratamiento cuando usted no pueda hacerlo.
- Disponer de una lista de proveedores disponibles como parte del Directorio de Proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, incluidos aquellos que hablan un idioma distinto al inglés y que pueden acomodar a los miembros con discapacidades.
- Utilizar cualquier hospital u otro entorno para la atención de emergencia sin aprobación.
- Seleccione un médico de atención primaria (primary care physician, PCP) de entre los PCP participantes en Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- En el caso de los miembros que se encuentran en un entorno residencial de servicios a domicilio y comunitarios (Home and community based services, HCBS), o de salud conductual, y que han completado una voluntad anticipada, el documento debe ser confidencial, pero debe estar fácilmente disponible. Por ejemplo: en un sobre cerrado pegado al refrigerador.
- No tener restricción a su libertad de elección entre proveedores de red.
- Recibir información en un idioma y formato que entienda.
- Recibir información sobre protestas, recursos y solicitudes de audiencia.
- Tener acceso a la revisión de la historia clínica de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.
- Solicite una copia del aviso de prácticas de privacidad sin costo alguno para usted. El aviso describe las prácticas de privacidad de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y cómo utilizamos la información médica sobre usted y cuándo podemos compartir esa información médica con otros. Su información sobre la atención médica se mantendrá privada y confidencial. Solo se facilitará con su permiso o si la ley lo permite.
- Respeto y dignidad
 - Obtenga sus servicios en un entorno seguro
 - Puede obtener servicios médicos y de comportamiento que apoyen sus creencias personales, su condición médica y sus antecedentes en un idioma que entienda
- Decisiones de tratamiento
 - Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento adecuadas a su enfermedad, de forma que sea capaz de entenderla y le permita participar en las decisiones sobre su atención médica
 - Decidir quién quiere que lo acompañe durante el tratamiento y aceptar o rechazar los servicios de tratamiento, a menos que los servicios sean ordenados por el tribunal

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices, NPP) disponible en cualquier momento. Puede acceder a este NPP visitando el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, o llamando a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** para solicitar una copia.



Excepciones de 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 decírselo para que pueda protegerse. También debemos llamar a la policía.
- También debemos informar si hay sospechas de maltrato infantil a las autoridades locales.
- Si existe el peligro de que se haga daño a usted mismo, debemos intentar protegerlo. Si esto ocurre, es posible que tengamos que hablar con otras personas de su vida o con otros proveedores de servicios (por ejemplo, hospitales y otros asesores) para protegerlo. Solo se comparte la información necesaria para mantener su seguridad.

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

El fraude es cualquier mentira que se diga a propósito para que usted u otra persona reciba beneficios innecesarios. Esto incluye cualquier acto de fraude definido por la ley federal o estatal.

El despilfarro es la utilización excesiva o inadecuada de los servicios, el mal uso de los recursos o las prácticas que generan costos innecesarios para el Programa de Medicaid.

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

Sanciones: Una persona que es sospechosa de fraude o abuso del sistema AHCCCS se denunciará al AHCCCS. Las sanciones para las personas implicadas en fraudes o abusos pueden ser tanto civiles como penales.

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

- Prestar o vender su tarjeta de identificación del Sistema de Contención de Costos médicos de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) a cualquier persona.
- Cambiar las recetas escritas por cualquiera de nuestros proveedores.
- Vender medicamentos con receta.
- Dar información incorrecta en su solicitud para el AHCCCS.

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

- El uso del sistema de Medicaid por parte de una persona inadecuada, no habilitada, sin licencia o que perdió su licencia.
- La prestación de servicios médicos innecesarios.
- El incumplimiento de las normas profesionales de atención médica.
- La facturación de citas falsas.



El abuso por parte de un miembro consiste en costos 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.
- Pagos por servicios que no son médicamente necesarios.
- El incumplimiento de las normas profesionales de atención médica.
- Cobrar excesivamente por los servicios o suministros.

¿Cómo denunciar el fraude, el despilfarro y el abuso?

Si sospecha que uno de nuestros proveedores o miembros cometió fraude, despilfarro o abuso, póngase en contacto con Arizona Complete Health-Complete Care Plan llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711**.

También puede denunciar el fraude, el despilfarro y el abuso al AHCCCS llamando al **1-602-417-4000** o al número gratuito **1-800-654-8713**.

Educación y prevención del tabaquismo

Si está pensando en dejar de fumar, podemos ayudarlo. Puede inscribirse en un programa que lo ayudará a dejar de fumar a través del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (Arizona Department of Health Services, ADHS).

- Puede obtener orientación sin costo alguno en la Línea de Ayuda para Fumadores de Arizona (ASHLine) llamando al **1-800-556-6222**.
- Puede consultar el sitio web en **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>**

Su plan cubre muchos tipos de productos para ayudarlo a dejar. Entre ellos se encuentran los medicamentos con receta y los de venta libre. Debe ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria para cualquiera de estos productos, incluidos los de venta libre. Su médico decidirá cuál es el mejor para usted. Si es menor de 18 años, su médico tendrá que obtener una autorización previa (prior authorization, PA) para el medicamento que necesita. Su médico se encargará de eso por usted. Su plan cubre hasta un suministro de doce semanas en un periodo 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

Arizona Women Infants And Children (WIC)

Women Infants and Children (WIC) proporciona alimentos, educación sobre la lactancia materna e información sobre dietas saludable para mujeres embarazadas, bebés y niños menores de cinco años.



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



Número de teléfono: **1-800-252-5942**



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

Arizona Head Start

Head Start es un gran programa que prepara a los preescolares 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 alguno para usted.



Número de teléfono: **1-602-338-0449**



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

Arizona Early Intervention Program (AZEIP)

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 de edad. Les proporcionan apoyo y pueden 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.



Número de teléfono: **1-602-532-9960**



Sitio web: **www.azdes.gov/AzEIP**

Arizona At Work

ARIZONA@WORK es la red estatal de desarrollo de la mano de obra que ayuda a los empresarios de todos los tamaños y tipos a contratar, desarrollar y retener a los mejores empleados para sus necesidades. Para los solicitantes de empleo en el estado, ofrecen servicios y recursos para buscar oportunidades de empleo.



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



Vocational Rehabilitation

Vocational Rehabilitation ofrece una serie de servicios a las personas con discapacidad. Su objetivo es ayudar a entrar en la fuerza de trabajo o a 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 de envejecimiento con base en el hogar y la comunidad para los adultos mayores y proporciona asistencia de apoyo, información precisa y conexiones de recursos locales para los cuidadores familiares.



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



Número de teléfono: **1-888-783-7500**

Alzheimer's Association

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



Número de teléfono: **1-800-272-3900**



Sitio web: www.alz.org

Az Suicide Prevention Coalition

Az Suicide Prevention Coalition trabaja para reducir los actos suicidas en Arizona. Su misión es cambiar las condiciones que provocan los actos suicidas en Arizona mediante la concienciación, la intervención y la acción.



PO Box 10745
Phoenix, AZ 85064



Sitio web: www.azspc.org

National Suicide Prevention Hotline

National Suicide Prevention Hotline está comprometida con mejorar los servicios de crisis y la prevención del suicidio capacitando a las personas, utilizando las mejores prácticas profesionales y creando conciencia.



Número de teléfono: **1-800-273-8255**



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



Teen Life Line

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



1441 N. 12th Street
Phoenix, AZ 85006



Número de 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.powermea2z.org/>

ADHS Pregnancy and Breastfeeding Hotline

ADHS 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.



Número de teléfono: **1-800-833-4642**

Fussy Baby/Birth to Five Helpline

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



Número de teléfono: **1-877-705-KIDS (5437)**



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

Poison Control

The Arizona Poison and Drug Information Center proporciona conocimientos médicos expertos a los arizonianos cuando tienen una emergencia por envenenamiento.



Número de teléfono: **1-800-222-1222**



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



Raising Special Kids

Raising Special Kids existe para mejorar la vida de los niños con todo tipo de discapacidades, desde el nacimiento hasta los 26 años. Criar a niños especiales ofrece apoyo, formación, información y asistencia para que las familias puedan ser defensores eficaces de sus hijos.



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



Oficina de Tucson
Número de teléfono: **1-520-441-4007**



Oficina de Yuma
Número de teléfono: **1-928-444-8803**
Línea 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 ayudan a las familias a criar a sus hijos para que 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.



Número de teléfono: **1-800-944-4773**



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

Opioid Assistance and Referral Line

Opioid Assistance and Referral Line ofrece a los pacientes, proveedores y miembros de la familia información, recursos y derivaciones respecto a opiáceos las 24 horas del día, los siete días de la semana (24/7).



Número de teléfono: **1-888-655-4222**



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



Community Information And Referral

Community Information And Referral es un centro de llamadas que puede ayudarlo a encontrar muchos servicios comunitarios. Bancos de alimentos, ropa, refugios, ayuda para pagar el alquiler y los servicios públicos Atención médica, salud en el embarazo, ayuda cuando usted u otra persona tiene problemas, grupos de apoyo, asesoramiento y ayuda con problemas de drogas o alcohol. Ayuda económica, formación laboral, transporte, programas educativos, guardería para adultos, repartos de comidas, atención de relevo, atención médica a domicilio, transporte, servicios de ayuda a domicilio, guardería, programas extraescolares, ayuda familiar, campamentos de verano y programas de juegos, asesoramiento, ayuda para el aprendizaje, servicios de protección.



Número de teléfono: **2-1-1**



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

AzDHS Dump the Drugs AZ

Aplicación que proporciona información sobre dónde deshacerse de los medicamentos. Localice y obtenga indicaciones para llegar al sitio más cercano para eliminar 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 Departamento de Seguridad Económica (Department of Economic Security, DES) colaboraron para desarrollar un sistema que permite 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.



Sitio web: **www.healtharizonaplus.gov**

Arizona Disability Benefits 101 (DB101)

El DB101 ayuda a las personas con discapacidades y a los proveedores de servicios a comprender las conexiones entre el trabajo y los beneficios. El DB101 lo 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. Nuestras agencias asociadas a Az Links en su comunidad están ahí para ayudar.



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



Healthy Families Arizona

Este programa ayuda a las madres a tener un embarazo saludable y las ayuda con el desarrollo del niño, la nutrición, la seguridad y otras cosas. Un trabajador de la salud de la comunidad irá al domicilio de la miembro 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



Número de teléfono: **1-602-542-4791**



Sitio web: **<https://des.az.gov/services>**

Pima Council On Aging

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



8467 East Broadway Blvd.
Tucson, AZ 85710



Número de 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 de envejecimiento con base en el hogar y la comunidad para los adultos mayores y proporciona asistencia de apoyo, información precisa y conexiones de recursos locales para los cuidadores familiares.



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



Número de teléfono: **1-520-836-2758**
Teléfono: **1-800-293-9393**



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



Seago Area Agency On Aging

South Eastern Arizona Governments Organizations (SEAGO) encargadas del envejecimiento defienden, planifican, coordinan, desarrollan y ofrecen servicios de envejecimiento con base en el hogar y la comunidad para los adultos mayores y proporcionan asistencia de apoyo, información precisa y conexiones de recursos locales para los cuidadores familiares.



Número de teléfono: **1-520-432-2528** Ext. **220**



Sitio web: **www.agingcare.com/local/seago-agency-on-aging-bisbee-area-agency-on-aging-az**

NAMI Arizona (National Alliance On Mental Illness)

NAMI Arizona tiene una línea de ayuda para obtener información sobre las enfermedades mentales, derivaciones 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.



Número de teléfono: **1-480-994-4407**



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

Mentally Ill Kids In Distress (MIKID)

El programa 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, derivación a recursos, grupos de apoyo, oradores educativos, apoyo en días festivos y cumpleaños para los niños acogidos fuera de casa, y mentoría voluntaria entre padres.



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



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

Child And Family Resources

Los programas de Child And Family Resources incluyen: Recursos y derivaciones para el cuidado del niño, donde los padres puede llamar para obtener una lista de los centros de cuidado infantil. El Centro para Padres Adolescentes, donde los adolescentes que han tenido un hijo pueden obtener su diploma de bachillerato o de desarrollo de educación general (general educational development, GED) mientras cuidan a sus hijos sin costo alguno.



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



Child & Family Resources Headquarters

Angel Charity Building
2800 E. Broadway Blvd
Tucson, AZ 85716
1-520-881-8940

Casa Grande Office

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

201 S. 3rd Ave.
Yuma, AZ 85364
1-928-783-4003
1-800-929-8194

Proveedores de atención médica de bajo costo/ escala móvil

Si usted es inelegible para Medicaid y no puede conseguir otro seguro médico, puede visitar el sitio web a continuación para buscar clínicas que ofrezcan servicios de salud primaria, mental y dental a bajo costo o sin costo para las personas sin seguro médico.

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

Información sobre la defensa de los derechos

Un defensor de la salud es alguien que trabaja para promover y proteger los derechos de las personas en el sistema 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 ayudarlo a través de un proceso de apelación de protestas, mediar en los problemas con su proveedor de atención médica y conectarse con organizaciones de defensa.



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

<p>Administrador de Defensa del Miembro</p>	<p>Supervisa el equipo de defensores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y trabaja con miembros con necesidades especiales de atención médica, familias, jóvenes, defensores y partes interesadas clave para promover y proteger sus derechos. Trabaja rigurosamente con los comités regionales de derechos humanos y la Oficina de Derechos Humanos.</p>
<p>Defensor del Miembro de Salud Mental de Adultos</p>	<p>Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros adultos que reciben servicios de salud conductual. Incluye la Asistencia Especial y la Oficina de Derechos Humanos.</p>
<p>Defensor del Miembro de Salud Mental Infantil</p>	<p>Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros infantiles que reciben servicios de salud mental y de sus familias.</p>
<p>Defensor del Miembro Veterano</p>	<p>Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros veteranos que reciben servicios de salud física o conductual.</p>
<p>Defensor del Miembro de CRS</p>	<p>Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros que reciben servicios de salud física o conductual a través del programa CRS. Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS) es un programa de Arizona que proporciona tratamiento médico a los miembros de AHCCCS con afecciones que califican para CRS. Los miembros de CRS reciben los mismos servicios cubiertos por AHCCCS que los miembros de AHCCCS que no son de CRS. Se proporcionan servicios para la condición de CRS y otros servicios médicos y de salud conductual para la mayoría de los miembros de CRS. Los miembros de CRS pueden recibir atención en la comunidad o en Clínicas Interdisciplinarias Multiespecialidad (MSIC).</p>

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

Arizona Center for Disability Law – Mental Health

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

National Alliance on Mental Illness (NAMI)

NAMI, National Alliance on Mental Illness es la mayor organización del país relacionada con la salud mental formada por las personas de la comunidad, dedicada a mejorar la vida de los millones de estadounidenses afectados por las 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 atiende a los proveedores de servicios directos de las víctimas y supervivientes de la violencia sexual y doméstica. Su propósito es:

- Aumentar la conciencia pública sobre los problemas de la violencia sexual y doméstica
- Mejorar la seguridad y los servicios para las víctimas y supervivientes de la violencia sexual y doméstica
- Acabar con la violencia sexual y doméstica en las comunidades de Arizona

Si necesita ayuda, llame a la Línea Nacional de Violencia Doméstica: **1-800-799-7233 (SAFE)** o **TTY 1-800-787-3224**.

Arizona Child and Family Advocacy Network

Arizona Child and Family Advocacy Network (ACFAN) ofrece apoyo, formación y orientación para todos los centros de defensa de Arizona y a sus profesionales que coordinan los servicios y responden ante la violencia familiar y la agresión sexual. Se tienen iniciativas para atender las necesidades especiales y a la población multilingüe.

ACFAN tiene centros de defensa ubicados en todo el estado de Arizona y están diseñados para proporcionar servicios in situ a los niños que son víctimas de abuso físico o sexual, así como de negligencia. Algunos centros prestan servicios a los adultos que son víctimas de agresiones sexuales, violencia doméstica o para adultos vulnerables víctimas de abuso. Para obtener más información sobre estos centros de defensa, puede visitar su sitio web en **www.acfan.net** o llamarlos al **1-928-750-3583**.

Family Advocacy Center Services

Los servicios del Family Advocacy Center (FAC) incluyen, entre otros, los siguientes:

- Intervención en crisis
- Evaluación de las necesidades de emergencia
- Planificación de la seguridad
- Número de teléfono 9-1-1
- Acceso a refugios y ayuda para viviendas de emergencia
- Educación sobre los derechos de las víctimas
- Actualizaciones del estado del caso
- Derivaciones para la gestión de casos a largo plazo
- Gestión de casos a corto plazo
- Educación sobre cómo funciona la violencia doméstica
- Educación para aprender a desenvolverse en el sistema de justicia penal

Puede ponerse en contacto con un defensor de las víctimas de la FAC para obtener ayuda con los servicios llamando al **1-602-534-2120** o al **1-888-246-0303**.



Definiciones

Palabras/frases

Apelación: Pedir la revisión de una decisión que deniega o limita un servicio.

Copago: Dinero que se pide al miembro que pague por un servicio de salud cubierto cuando se presta el servicio.

Equipo médico duradero: Equipos y suministros que solicita un proveedor de atención médica por una razón médica para el uso repetido.

Afección médica de emergencia: Una enfermedad, una lesión, un síntoma o una afección (incluido dolor intenso) que una persona razonable podría esperar y que, si no se atiende de inmediato, podría:

- Poner en peligro la salud de la persona.
- Poner en peligro al bebé de una mujer embarazada.
- Causar daños graves a las funciones corporales.
- Causar daños graves a cualquier órgano o parte del cuerpo.

Transporte médico de emergencia: Consultar SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA.

Servicios de ambulancia de emergencia: Transporte en ambulancia para una afección de emergencia.

Atención en la sala de emergencias: La atención que recibe en un servicio de urgencias.

Servicios de Emergencia: Servicios para tratar una afección de emergencia.

Servicios excluidos: Consultar EXCLUIDOS.

Excluidos: Servicios que el AHCCCS no cubre. Algunos ejemplos de esos servicios son los siguientes:

- Servicios que superan un límite.
- Servicios experimentales.
- Servicios que no son médicamente necesarios.



Palabras/frases

Protesta: Una queja que el miembro comunica a su plan de salud. No incluye una queja sobre una decisión del plan de salud de denegar o limitar una solicitud de servicios.

Servicios y dispositivos de habilitación: Consultar HABILITACIÓN.

Habilitación: Servicios que ayudan a una persona a obtener y mantener habilidades, y mantenerse funcional en la vida cotidiana.

Seguro médico: Cobertura de los costos de la atención médica.

Atención médica a domicilio: Consultar SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO.

Servicios de atención médica a domicilio: Los servicios de enfermería, de asistencia médica a domicilio y de terapia, así como los suministros médicos, el equipo y los aparatos que el miembro recibe en su domicilio por prescripción médica.

Servicios de cuidados paliativos: Servicios de comodidad y apoyo para un miembro que un médico considere que está en la última etapa (seis meses o menos) de su vida.

Cuidados Ambulatorios en el Hospital: Atención en un hospital que por lo general no requiere una noche de estadía.

Hospitalización: Estar ingresado o permanecer en un hospital.

Medicamento Necesario: Un servicio proporcionado por un médico o profesional médico autorizado que mejora el problema de salud, detiene la enfermedad o discapacidad, o prolonga el tiempo de vida.

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

Proveedor No Participante: Consultar PROVEEDOR FUERA DE LA RED.

Proveedor fuera de la red: Un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de proveedor con el AHCCCS pero que no tiene un contrato con su plan de salud. Usted puede ser responsable del costo de la atención de los proveedores fuera de la red.



Palabras/frases

Proveedor Participante: Consultar PROVEEDOR DENTRO DE LA RED.

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

Servicios de médicos: Los servicios de atención médica proporcionados por un médico matriculado.

Plan: Consultar PLAN DE SERVICIOS.

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

- Objetivos individuales
- Servicios de apoyo familiar.
- Coordinación de la atención
- Planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida

Preautorización: Consultar AUTORIZACIÓN PREVIA.

Autorización previa: Aprobación de un plan de salud que puede ser necesaria 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 el seguro de salud. Un miembro puede tener otros costos de atención médica, incluidos un deducible, copagos y coseguro.

Cobertura de medicamentos con receta: Fármacos y medicamentos de venta con receta que paga su plan de salud.

Medicamentos con Receta: Medicamentos recetados por un profesional de atención médica y suministrados por un farmacéutico.

Médico de atención primaria: Un médico que se encarga de gestionar y tratar la salud del miembro.



Palabras/frases

Proveedor de atención primaria): Persona responsable de gestionar la atención de la salud del miembro. Un PCP puede ser alguno de los siguientes:

- Una persona autorizada para el ejercicio de la medicina alopática u osteopática
- Un profesional definido como un asistente médico autorizado
- Un enfermero profesional certificado

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

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Consultar REHABILITACIÓN.

Rehabilitación: Servicios que ayudan a una persona a recuperar y mantener las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se habían perdido o deteriorado.

Atención de enfermería especializada: Servicios especializados que enfermeros o terapeutas autorizados prestan en su domicilio o en una residencia de ancianos.

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

Atención de Urgencia: La atención de enfermedades, lesiones o afecciones lo suficientemente graves como para requerir atención médica de inmediato, pero no tan graves como para requerir atención en una sala de emergencias.



Definiciones del servicio de atención a la maternidad

Palabras/frases

La **enfermera partera certificada (certified nurse midwife, CNM)** es una persona certificada por el Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras (American College of Nursing Midwives, ACNM) sobre la base de un examen de certificación nacional y con licencia para ejercer en Arizona otorgada por la junta estatal de enfermería. Las CNM practican la gestión independiente de la atención a las personas embarazadas y a los recién nacidos, proporcionan atención preparto, intraparto, posparto, ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención sanitaria que prevé la consulta médica, la gestión colaborativa o la derivación.

Los **centros de partos autónomos** son instalaciones obstétricas externas, autorizadas por el ADHS y certificadas por la Comisión para la acreditación de centros de parto autónomos. Estos centros cuentan con personal de enfermería titulado para prestar asistencia en los servicios de parto y están equipados para gestionar partos sin complicaciones y de bajo riesgo. Estas instalaciones deberán estar afiliadas a un hospital de cuidados intensivos y estar cerca de él para el tratamiento de las complicaciones, en caso de que surjan.

El **embarazo de alto riesgo** se refiere a una condición en la que la persona embarazada, el feto o el recién nacido tienen, o se prevé que tengan, un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina mediante el uso de las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de la Compañía de Seguros Médicos de Arizona (Medical Insurance Company of Arizona, MICA) o del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG).

Partera licenciada es una persona licenciada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (Arizona Department of Health Services, ADHS) para proporcionar cuidados de maternidad de acuerdo con los Estatutos Revisados de Arizona (Arizona Revised Statutes, A.R.S.) Título 36, Capítulo 6, Artículo 7 y el Código Administrativo de Arizona (Arizona Administrative Code, A.A.C.) Título 9, Capítulo 16 (Este tipo de proveedor no incluye a las enfermeras parteras certificadas licenciadas por la Junta de Enfermería como enfermeras practicantes en partería o asistentes médicos licenciados por la Junta Médica de Arizona).

La **atención a la maternidad** incluye la identificación del embarazo, la atención prenatal, y los servicios de parto y posparto.

La **coordinación de la atención a la maternidad** consiste en las siguientes actividades relacionadas con la atención a la maternidad: determinar las necesidades médicas o sociales de la miembro a través de una evaluación de riesgos; desarrollar un plan de atención diseñado para abordar esas necesidades; coordinar las derivaciones de la miembro a los proveedores de servicios adecuados y a los recursos de la comunidad; supervisar las derivaciones para garantizar que se reciban los servicios; y revisar el plan de atención, según corresponda.



Palabras/frases

Practicante se refiere a los profesionales de enfermería certificados en obstetricia, a los asistentes médicos y a otros profesionales de enfermería. Los asistentes de los médicos y los profesionales de la enfermería se definen en el ARS, Título 32, Capítulos 25 y 15 respectivamente.

Periodo posparto: El periodo que comienza inmediatamente después del parto y termina el último día del mes hasta los 84 días siguientes al parto.

La **atención posparto** es la atención médica que se presta durante un periodo que comienza el último día del embarazo y continúa hasta 84 días después del parto. Los servicios de planificación familiar están incluidos si son prestados por un médico o facultativo.

El **asesoramiento preconcepcional** es la provisión de asistencia y orientación dirigida a identificar/reducir los riesgos conductuales y sociales, a través de intervenciones preventivas y de gestión, en miembros en edad reproductiva que pueden quedarse embarazados, independientemente de que estén planificando concebir. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y la gestión de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye iniciativas para influir en los comportamientos que pueden afectar al 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 preconcepcional se considera incluido en la visita de atención preventiva de bienestar y no incluye las pruebas genéticas.

La **atención prenatal** constituye los servicios de salud que se prestan durante el embarazo y que constan de tres componentes fundamentales:

- Evaluación temprana y continua del riesgo
- Educación y promoción de la salud, y
- Control, intervención y seguimiento médico

Si desea saber más sobre la información contenida en este Manual para miembros, llame a Servicios de Atención para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408, TTY/TDY: 711 o visite nuestro sitio web en azcompletehealth.com/complecare.



Nuevas opciones para administrar sus registros de salud digitales

El 1.º de julio de 2021, una nueva norma federal denominada Norma de Interoperabilidad y Acceso de Pacientes (CMS 9115 F) facilitó que los miembros obtuvieran sus registros de salud cuando más lo necesitaban. Ahora tiene acceso total a sus registros de salud en su dispositivo móvil, lo que le permite administrar mejor su salud y saber qué recursos están disponibles para usted.

Imagínese:

- Ir a un médico nuevo porque no se siente bien y que ese médico pueda ver sus antecedentes médicos de los últimos cinco años.
- Usar un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista.
- Que un proveedor o especialista use su historia clínica para diagnosticarlo y asegurarse de que reciba la mejor atención.
- Usar su computadora para ver si se le ha pagado, denegado o si aún se está procesando una reclamación.
- Poder llevar sus antecedentes médicos con usted si cambia de plan de salud o cuando lo haga.*

**A partir de 2022, los miembros podrán solicitar que sus registros de salud se trasladen con ellos si cambian de plan de salud o cuando lo hagan.*

La nueva norma facilita la búsqueda de información** sobre:

- Reclamaciones (pagadas y denegadas);
- Cobertura de medicamentos de farmacia;
- Partes específicas de su información clínica; y
- Proveedores de servicios de salud

***Puede obtener información sobre las fechas de servicio a partir del 1.º de enero de 2016.*

Para obtener 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.

Fecha de entrada en vigor: 07/01/2017

Para obtener ayuda para traducir o entender esta notificación, llame al **1-888-788-4408**, TTY/TDY **711**.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al teléfono.

1-888-788-4408, TTY/TDY **711**.

Los servicios de interpretación se proporcionan sin costo alguno para usted.

Obligaciones de las entidades cubiertas:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan 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 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 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 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, que se encuentra más abajo.

<https://www.azcompletehealth.com/privacy-practices.html>



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
 - determinar la elegibilidad o la cobertura de los siniestros
 - emisión de facturas de primas
 - 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
 - Gestión de casos y coordinación de la atención
 - Detectar o prevenir el fraude, el despilfarro 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.
- **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 información 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 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
 - Al tribunal administrativo
 - Una citación
 - Un llamado
 - Una orden de detención
 - Una petición de descubrimiento
 - Una petición legal similar
- **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
 - Una orden judicial de detención
 - Una citación
 - Un llamado emitido por un funcionario judicial
 - Una citación del gran jurado

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:** puede 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 mercadeo 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: 1-866-788-4989)** 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

Attn: Privacy Official

1870 W. Rio Salado Parkway

Tempe, AZ 85281





azcompletehealth.com/completecure
1-888-788-4408 TTY/TDY: 711