Manual del Miembro

arizona complete health
Complete Care Plan

UNA GUÍA ÚTIL PARA OBTENER SERVICIOS
AÑO DE BENEFICIOS 2027

Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Regional Behavioral Health Agreement (ACC-RBHA)
Servicio para Miembros con una Designación de Enfermedad Mental Grave (SMI)



Los servicios cubiertos están financiados bajo contrato con AHCCCS.
Revisados: 10/1/2026-09/30/2027

©2027 Arizona Complete Health-Complete Care Plan

7921965_AZ7CADMHBSPA_M_0CCP
CAD_6608356_SPA_ State Approved 09102026

Índice

Información Útil **8**
Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan 8
Número de Teléfono de la Línea de Crisis 8
Dirección 8
Sitio web 8
Programa para el Mejoramiento de la Calidad **9**
Pautas de Práctica Clínica **9**
Información Personal e Información de Contacto **9**
Ayuda en Otro Idioma: ¿Cómo Puedo Obtener Ayuda? **10**
La Discriminación es un Delito **12**
Le damos la bienvenida a Arizona Complete Health-Complete Care Plan **17**
Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan 17
Administración de Cuidados Integrados/Coordinación de Cuidados 18
Línea de Asesoramiento de Enfermería 18
Atención de Emergencia/Atención de Urgencia (Atención Fuera de Horario) **19**
¿Cuándo Debo Acudir a la Sala de Emergencias o Atención de Urgencia? 19
Atención de Urgencia (Atención Fuera de Horario) 19
Servicios de Telemedicina **20**
Atención de Urgencia Móvil **20**
Sala de Emergencias **21**
Cómo Obtener Servicios de Crisis de Salud Conductual **21**
Servicios de Crisis Disponibles para Usted 21
Cómo Acceder a Servicios de Emergencia Mientras se Encuentra Fuera del Área de Servicio **22**
Cómo Encontrar Servicios para el Trastorno por Consumo de Sustancias e Información sobre Opioides **22**
Garantía de Atención Competente desde el Punto de Vista Cultural **23**
Información Impresa para Miembros **24**
Servicios de Interpretación **24**
Intérpretes de Lengua de Señas y Servicios Auxiliares **24**
¿Qué Idiomas Hablan los Proveedores? **25**
¿Cómo puedo obtener ayuda en otro idioma? **25**
El Equipo de Servicios al Miembro está Aquí para Ayudar **26**
Si Visita a un Proveedor que no Pertenece a Nuestra Red **26**
Cómo Obtener un Directorio de Proveedores Impreso **27**
En Dónde Servimos **27**
Su Tarjeta de Identificación de Miembro **27**

Obligaciones de los Miembros 28
Qué Hacer Cuando Cambia el Tamaño de Su Familia o Su Información de Miembro 28
¡Infórmenos si se Muda! 29
¿Cómo Puedo Cambiar mi Plan? 30
Voz y Toma de Decisiones en Familia 31
Política de Transición de la Atención 31
¿Cómo Uso la Sala de Emergencias Correctamente? 32
¿Cuándo Debo Acudir a la Sala de Emergencias o Atención de Urgencia? 32
Qué Hacer en Caso de una Emergencia 33
¿Qué Sucede si Necesita Atención de Emergencia Fuera de Nuestra Área de Servicios? 33
Transporte: ¿Cómo Consigo Transporte para las Citas Médicas? 33
Transporte de Emergencia 33
Transporte que No es de Emergencia 33
Silla de Ruedas o Camilla 34
Cancelación de Traslados a Sus Citas 34
Cuándo el Transporte Está Cubierto 34
Otros Casos en los que se Puede Cubrir el Transporte 35
Normas de Transporte 35
Normas Especiales 35
Para Miembros Menores de 18 Años 35
Plazos para las Citas 35
Consultas al Médico (Atención Primaria) 35
Visitas a un Especialista 35
Consultas Dentales 35
Cuidado Durante el Embarazo 35
Salud del Comportamiento (Salud Mental) 36
Consultas Relacionadas con la Medicación (Salud Mental) 36
¿Necesita Ayuda? 36
¿Qué Está Cubierto? 36
Miembros que Han Sido Designados con una Enfermedad Mental Grave (SMI) y Están Inscritos en Medicaid 36
Miembros con Doble Elegibilidad de Medicaid/Medicare 37
Adultos con una Enfermedad Mental Grave (SMI) que No Están Inscritos en Medicaid 37
Programas Financiados por Subvenciones para Ciudadanos de Arizona sin Seguro y con Seguro Insuficiente 37
Servicios de Salud Física Cubiertos por Medicaid 37
Nueva Tecnología 41

Administración de Enfermedades **42**
Atención Ortopédica **42**
Servicios Adicionales Cubiertos para Miembros Adultos con una Designación de SMI de 18 a 21 Años **42**
Servicios Médicos Adicionales Cubiertos para Jóvenes Inscritos en Medicaid Menores de 21 Años **43**
Servicios de Salud Conductual Cubiertos **44**
Servicios no Cubiertos: ¿Qué no Cubre AHCCCS? **52**
Tabla de Exclusiones y Limitaciones **53**
Consentimiento para el Tratamiento **55**
Servicios Financiados por Subvenciones Disponibles para Ciudadanos de Arizona Inscritos y No Asegurados o con Seguro Insuficiente por Medicaid **55**
Tipos de Subvenciones **56**
Subvenciones Federales en Bloques 56
Subvenciones Estatales y Federales para el Trastorno por Consumo de Opioides 56
Otras Subvenciones Federales y Estatales 56
Acceso a los Servicios que No Pertenecen al Título 19/21 Coordinados a través del Arizona Complete Health-Complete Care Plan-Regional Behavioral Health Agreement (ACC-RBHA) **57**
Servicios de Vivienda **57**
Vivienda de Apoyo Permanente (PSH) 58
¿Qué es PSH? **58**
Oportunidades de Vivienda y Salud (H2O) 58
Programa de Vivienda de AHCCCS (AHP): 59
¿Quién es elegible para el AHP? **59**
¿Quién emite remisiones para el AHP? **59**
Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) 60
Recursos Comunitarios y Apoyo Adicional 60
Servicios de Empleo **60**
¿Sabía que...? 60
Servicios de Empleo de AHCCCS 60
Cómo Conectarse con los Servicios de Empleo 61
Otros Recursos de Empleo 61
Vocational Rehabilitation (VR) **61**
ARIZONA@WORK **61**
Educación y Planificación de Beneficios **62**
Recursos de Apoyo de Pares y Familias **62**
Atención de Salud para Pacientes Terminales **63**
Servicios y Remisiones a Especialistas **64**

Rechazo de Solicitudes de Servicios Especializados 65
Miembros Indígenas Estadounidenses 66
Su Proveedor de Atención Primaria (PCP) 66
Cómo Elegir o Cambiar de PCP 66
¿Cómo Pueden las Visitas al Médico Ayudarlo a Mantenerse Saludable? 67
Cómo Programar, Cambiar o Cancelar una Cita 67
Cita Clínica y Cita Mínima de la Red: ¿Cuánto Tiempo Debería Tardar en Atenderlo un Proveedor? 68
Consultas de Bienestar 69
¿Qué es una Visita de Servicio de Cuidado Preventivo y de Bienestar? 69
Bienestar Infantil/Servicios de Tratamiento, Diagnóstico y Exámenes Médicos Iniciales de Rutina (EPSDT)* 70
Cantidad, Duración y Alcance: 70
Cuidado Preventivo y de Bienestar 72
Llamadas para Programar Citas 73
Planificación Familiar 73
Atención de Maternidad 74
Identificación del Embarazo 75
Cuidado Prenatal 76
Prueba de VIH/SIDA 78
Embarazo de Alto Riesgo 78
Atención al Parto 78
Cuidado Posparto 78
Servicios y Suministros de Planificación Familiar 78
Terminaciones de Embarazos Médicamente Necesarias 79
Cuidado Dental 80
Miembros Menores de 21 Años 80
Miembros Mayores de 21 Años 81
Servicios de Farmacia 81
Sustitución Genérica 82
Terapia Escalonada 82
¿Qué es la Autorización Previa? 82
¿Qué Sucede si un Medicamento no Está en la PDL/el Formulario? 83
¿Qué Sucede si se Rechaza mi Solicitud? 83
Cómo Dispensar una Receta 83
Lo que Necesita Saber sobre su Nueva Receta 84
Reabastecimiento 84
¿Qué Debo Hacer si la Farmacia no Puede Dispensar mi Receta? 84

Farmacias Exclusivas 84
Cómo acceder a los Servicios de Salud Conductual de Arizona Complete Health-Complete Care Plan 85
Cómo Recibir Servicios de Salud Conductual si Tiene una Designación de Enfermedad Mental Grave (SMI) o una Identificación de Perturbación Emocional Grave (SED) 85
Elegibilidad para Servicios de Salud Conductual 85
Cómo Acceder a los Servicios de Salud Conductual 86
Sistema de Cuidado Infantil: Visión y Principios Guía 86
Visión de Arizona 87
12 PRINCIPIOS 87
Nueve Principios Guía Para El Desarrollo De Sistemas, La Prestación De Servicios Y La Colaboración 89
Clínicas Interdisciplinarias de Especialidades Múltiples 90
Proveedor de Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS): Clínicas Interdisciplinarias de Especialidades Múltiples 90
Cómo Programar, Cambiar o Cancelar una Cita con una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC) 92
Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS) 92
¿Qué es CRS? 92
¿Quién es Elegible para la Designación CRS? 93
Condiciones Cubiertas a través del Programa CRS 93
Servicios para la Primera Infancia 93
Head Start 94
Herramientas de Evaluación del Desarrollo 94
Asistencia Especial 94
Consejo de Defensoría del Miembro 95
Proceso de Aprobación y Rechazo 96
Remisiones dentro de la Red y Libertad de Elección de Proveedores 97
Copagos 97
Las Siguientes Personas no Deben Pagar Copagos: 97
Personas con Copagos Optativos (No Obligatorios): 98
Montos de Copagos Optativos (No Obligatorios) para Algunos Servicios Médicos 99
Personas con Copagos Requeridos (Obligatorios): 99
Montos de Copagos Requeridos (Obligatorios) para Personas con Beneficios TMA 100
Límite del 5% en Todos los Copagos 100
Copagos para Miembros que no Pertenecen al Título 19/21 100
Pago de Servicios Cubiertos 101
Pago de Servicios No Cubiertos 101

Coordinación de Beneficios (COB) **101**
Información Especial para Nuestros Miembros con Cobertura de Medicare **102**
Información Importante para Miembros de AHCCCS con Cobertura Medicare Part D (Miembros con Doble Elegibilidad) 103
Plazos para Autorización de Servicios y Medicamentos 103
Plazos de Decisión de la Autorización de Servicios para los Medicamentos 103
Quejas: Cómo Presentar un Reclamo Si No Estoy Satisfecho **104**
¿No Está Satisfecho con su Atención? 104
Apelaciones: ¿No Está Satisfecho con una Decisión? 106
¿Cómo Presento una Apelación? 106
¿Qué Puedo Apelar? 107
¿Qué Sucede Después de Presentar un Reclamo? 107
¿Cómo se Resuelve mi Apelación? 107
¿Qué Puedo Hacer si no Estoy Satisfecho con los Resultados de mi Apelación? 108
¿Cómo Solicito una Audiencia Imparcial del Estado? 108
¿Cuál es el Proceso para mi Audiencia Imparcial del Estado? 108
¿Cómo se Resuelve mi Audiencia Imparcial del Estado? 109
¿Continuarán mis Servicios Durante el Proceso de Apelación/Audiencia Imparcial del Estado? 109
Apelaciones para Personas con una Enfermedad Mental Grave (SMI) 110
¿Continuaré Recibiendo mis Servicios Durante el Proceso de Apelación? 111
¿Qué Puedo Hacer si No Estoy Satisfecho con los Resultados de mi Apelación? 112
Cambio de su Plan de Servicios de Salud Física para Miembros Designados como SMI **112**
Derechos de los Miembros **113**
Excepciones a la Confidencialidad **116**
¿Qué son los Fraudes, Dispendios y Abusos? **117**
Cómo Informar un Fraude, Dispendio y Abuso: 118
Educación y Prevención del Consumo de Tabaco **118**
Recursos de la Comunidad **119**
Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) 119
Count the Kicks 119
Arizona Head Start/Early Head Start 119
Vaccines for Children (VFC) 119
Arizona Immunization Program 120
Arizona Early Intervention Program (AzEIP) 120
ARIZONA@WORK 120
Vocational Rehabilitation 120

Area Agency On Aging....121
Pima Council on Aging.... 121
Pinal-Gila Council for Senior Citizens 121
Seago Area Agency on Aging 121
Alzheimer's Association 121
AZ Suicide Prevention Coalition 122
Teen Lifeline 122
Power Me A2Z 122
ADHS Pregnancy and Breastfeeding Hotline....122
Fussy Baby/Birth to Five Helpline....123
Poison Control 123
Encircle Families (anteriormente conocido como "Raising Special Kids") 123
Strong Families AZ 124
Postpartum Support International 124
Opioid Assistance and Referral Line 124
Community Information and Referral....124
Dump the Drugs AZ 125
Health-E-Arizona Plus....125
Arizona Disability Benefits 101 (DB101)....125
AZ Links....125
Healthy Families Arizona....125
NAMI Arizona (National Alliance on Mental Illness)....126
Mentally Ill Kids in Distress (MIKID) 126
Child and Family Resources 126
Proveedores de Atención Médica de Bajo Costo y con Tarifas Variables 126
Equipo de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan....127
Información de Defensa 127
Asistencia Especial para Miembros con una Designación de SMI 129
Definiciones y Terminología de la Atención Administrada 130
Definiciones del Servicio de Atención Maternal 134
Nuevas Opciones para Administrar Sus Registros de Salud Digitales....136

Información Útil

Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

1-888-788-4408, TTY/TDD: **711**.
El horario de atención de Servicios para Miembros es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Número de Teléfono de la Línea de Crisis

- Números Telefónicos de la Línea de Crisis para Todo el Estado: **1-844-534-4673** o **1-844-534-HOPE**, TTY/TDD: **711**
- Texto: **4HOPE (44673)**
- Chat: **crisis.solari-inc.org/start-a-chat**
- Nación Tohono O'Odham: **1-844-423-8759**
- Comunidades Indígenas de Gila River y Ak-Chin: **1-800-259-3449**
- Comunidad Indígena de Salt River Pima Maricopa: **1-480-850-9230**
- Comunidades Tribales del Norte de Arizona: **1-833-990-6400**
- Línea de Apoyo a Comunidades Tribales: **1-855-728-8630**
- Línea Nacional de Crisis (llamada o mensaje de texto): **988**
- Chat: **988lifeline.org/get-help/**

Dirección

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

Sitio web

azcompletehealth.com/completecare

Programa para el Mejoramiento de la Calidad

El Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene un Programa para el Mejoramiento de la Calidad integral para garantizar que usted reciba atención y servicios de calidad. Utilizamos métricas de calidad y desempeño, como los datos de HEDIS (Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad del Cuidado de la Salud) y CAHPS (Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica), para evaluar la experiencia de los miembros con la atención médica y garantizar que reciban una atención de alta calidad. Como siempre, nos complace compartir esta información con usted. Para obtener más información sobre el Programa para el Mejoramiento de la Calidad, o si desea una copia del programa, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o visite **azcompletehealth.com/members/medicaid/resources/quality-improvement.html**.

Pautas de Práctica Clínica

Arizona Complete Health-Complete Care Plan utiliza pautas de práctica clínica para ayudar a los proveedores a tomar decisiones sobre la atención médica adecuada para condiciones clínicas y conductuales específicas. Arizona Complete Health-Complete Care Plan adopta pautas de práctica que consideran las necesidades de sus miembros, que pueden incluir pautas relacionadas con cualquier condición aguda o crónica aplicable, problemas relacionados con la salud conductual y pautas preventivas o no preventivas. Para obtener una copia de las pautas de práctica clínica, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o visite **azcompletehealth.com/providers/resources/practice-guidelines.html**.

Información Personal e Información de Contacto

Mi número de ID de miembro de AHCCCS: _____

	Nombre	Número de Teléfono
Mi Proveedor de Cuidado Primario (PCP):		
Hospital:		
Farmacia:		
Administrador de cuidados:		
Mi Psiquiatra o Enfermero:		

Ayuda en Otro Idioma: ¿Cómo Puedo Obtener Ayuda?

Se le proporciona el Manual para Miembros y el Directorio de Proveedores sin costo. Si necesita este manual, el Directorio de Proveedores u otra información de salud en otro idioma o formato, como letra grande, audio o PDF accesible, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o visite **azcompletehealth.com/completecare**.

Si necesita un intérprete, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** al menos siete a 10 días antes de su cita médica. De esta manera, podremos obtener asistencia lingüística a tiempo para sus citas. La asistencia lingüística es gratuita. No es necesario que recurra a familiares o amigos para que se encarguen de la interpretación. De hecho, no se lo recomendamos. Se debe recurrir a nuestros intérpretes para cualquier necesidad de asistencia lingüística.

arizona complete health™

Discrimination is Against the Law

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

Arizona Complete Health:

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

If you need these services, contact Member Services at:

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

If you believe that Arizona Complete Health failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance with:

1557 Coordinator
PO Box 31384, Tampa, FL 33631
Phone: **1-855-577-8234** (TTY/TDD: **711**)
Fax: **1-866-388-1769**
Email: **SM_Section1557Coord@centene.com**

You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination.

If you need help filing a grievance, our 1557 Coordinator is available to help you.

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

Complaint forms are available at **https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html**

This notice is available at the Arizona Complete Health website: **Accessibility, Privacy & Safety - azcompletehealth.com/accessibility-privacy-safety.html**

CAD_4320264_MLT_Internal Approved 05272025 6686151_AZ6CADINSMLT_M_0CCP
©2026 Arizona Complete Health

arizona complete health™

La Discriminación es un Delito

Arizona Complete Health cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Arizona Complete Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Arizona Complete Health:

- Brinda asistencia y servicios, sin costo alguno, a las personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas sin costo para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

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

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

Si considera que Arizona Complete Health no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

1557 Coordinator
PO Box 31384, Tampa, FL 33631
Teléfono: **1-855-577-8234** (TTY/TDD: **711**)
Fax: **1-866-388-1769**
Correo electrónico: **SM_Section1557Coord@centene.com**

Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. La queja debe presentarse por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja advierta lo que considera discriminación.

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador 1557 está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights, 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 de reclamo están disponibles en **https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html**

Este aviso se encuentra disponible en el sitio web de Arizona Complete Health: **Accesibilidad, Privacidad y Seguridad - azcompletehealth.com/accessibility-privacy-safety.html**

CAD_4320264_MLT_Internal Approved 05272025 6686151_AZ6CADINSMLT_M_0CCP
©2026 Arizona Complete Health

arizona complete health™

Language assistance services, auxiliary aids and services, larger font, oral translation, and other alternative formats are available to you at no cost. To obtain this, please call **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**).

Spanish	Servicios de asistencia lingüística, servicios y asistencia auxiliares, letra más grande, traducción oral y otros formatos alternativos están disponibles sin costo alguno. Para obtenerlos, llame al **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**).
Navajo	T'aa jiik'ehgo saad bee aka ana'alwo'igii, t'aa ajilii bee aka ana'alwo'igii, nitsahakees bee nidaalnishigii, saad bitsaa' dah naasha, doo t'aa ajilii bina'anish adiiljj' bee holo holne'go niha nił holo doo binahji' baa holo. Dii bee nil holoo dooleel, t'aa shoodi béeso bich'į' ya'at'éehigii **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**).
Chinese (Mandarin)	您可以免费使用语言协助服务、辅助设施与服务、较大的字型、口译服务，以及其他替代格式。如需获取，请致电 **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**)。
Chinese (Cantonese)	您可以免費使用語言協助服務、輔助設施與服務、較大的字型、口譯服務，以及其他替代格式。若要取得這些服務，請致電 **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**)。
Vietnamese	Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, dịch vụ hỗ trợ và trợ giúp phụ trợ, phông chữ lớn hơn, phiên dịch và các định dạng thay thế khác được cung cấp miễn phí cho quý vị. Để nhận dịch vụ này, vui lòng gọi số **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**).

©2026 Arizona Complete Health

Arabic	تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية ومساعِدات وخدمات إضافية وخط أكبر وترجمة شفهية وغيرها من التنسيقات البديلة مجانًا. للحصول على ذلك، يُرجى الاتصال على الرقم **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**).
Tagalog	Ang mga serbisyo ng tulong sa wika, mga pansuportang tulong at serbisyo, malalaking font, pasalitang pagsasalin, at iba pang alternatibong format ay available para sa inyo nang wala kayong gagastusin. Para makuha ito, tumawag sa **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**).
Korean	언어 보조 서비스, 보조 지원과 서비스, 큰 글씨, 구두 번역 및 기타 대체 형식은 무료로 제공됩니다. 자세한 정보를 확인하려면 **1-866-918-4450**(TTY/TDD **711**)번으로 전화해 주십시오.
French	Des services d'assistance linguistique, des aides et des services auxiliaires, une police plus grande, une traduction orale et d'autres formats sont disponibles gratuitement. Pour cela, veuillez appeler le **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**).
German	Ihnen stehen kostenlose Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und -dienste, größere Schrift, mündliche Übersetzungshilfen und andere alternative Formate zur Verfügung. Um dies zu erhalten, rufen Sie unter **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**) an.

©2026 Arizona Complete Health

Russian	Вы можете бесплатно получить услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и услуги, включая услуги устного перевода, а также материалы крупным шрифтом и в других альтернативных форматах. Для получения данных услуг позвоните по номеру **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**).
Japanese	言語支援サービス、補助支援およびサービス、大活字、通訳、その他の代替形式を無料でご利用いただけます。ご利用するには、**1-866-918-4450**（TTY/TDD **711**）までお電話ください。
Persian (Farsi)	خدمات کمک زبانی، وسایل و خدمات کمکی، فونت بزرگ‌تر، ترجمه شفاهی و سایر فرمت‌های جایگزین به‌صورت رایگان در اختیار شما قرار دارد. برای دریافت این خدمات، لطفاً با شماره **1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**) تماس بگیرید.
Syriac	ܝܥܝܓܬܐ ܕܒܝܫܐ ܕܒܬܒܚܐ ܕܠܥܬܐ ܕܒܬܒܚܐ ܐܬܝ ܝܥܝܓܬܐ ܕܒܬܒܚܐ ܚܒ ܒܘܦܐ ܕܚܬܐ ܕܒܬܒܚܐ ܚܒ ܒܘܦܐ ܕܚܬܐ ܕܒܬܒܚܐ ܐܬܝ ܝܥܝܓܬܐ ܕܒܝܫ

Thai	**บริการช่วยเหลือด้านภาษา เครื่องมือช่วยเหลือและบริการเสริม แบบอักษรขนาดใหญ่ การแปลด้วยวาจา และรูปแบบอื่นๆ พร้อมให้คุณใช้งานโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการรับข้อมูลนี้ โปรดโทรติดต่อที่หมายเลข 1-866-918-4450** (TTY/TDD **711**)

AZCompleteHealth.com

CAD_4320264_MLT_Internal Approved 05272025 6686151_AZ6CADINSMLT_M_0CCP
©2026 Arizona Complete Health

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

Bienvenido a Arizona Complete Health-Complete Care Plan y al Arizona Regional Behavioral Health Agreement (ACC-RBHA). Gracias por confiar en nosotros. Esperamos serle de utilidad. En este manual, utilizamos "usted" y "su" para referirnos al "miembro de AHCCCS". Utilizamos "nosotros", "nos", "nuestro" y "nuestro plan" para referirnos a "Arizona Complete Health-Complete Care Plan". Solo el miembro puede obtener los beneficios que se abordan en este manual. Los servicios cubiertos se financian bajo contrato con el Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS). "Servicios cubiertos" se refiere a los servicios de atención médica que pagaremos.

Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros (Servicios para Miembros) cuenta con personal que habla varios idiomas, incluidos inglés y español. El Departamento de Servicios para Miembros también utiliza un servicio de intérprete telefónico para miembros que hablen un idioma no disponible dentro del departamento. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Si habla un idioma que no sea inglés o español, llame a Servicios para Miembros y lo ayudaremos a conseguir un intérprete que lo ayude con la llamada telefónica. Servicios para Miembros puede conectarlo con otros departamentos del plan de salud.

Cuando llame a Servicios para Miembros, tenga a mano lo siguiente:

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

Estas son algunas de las maneras en que Servicios para Miembros puede ayudarlo:

- Responder preguntas sobre sus servicios, beneficios y copagos cubiertos.
- Proporcionar información sobre médicos, enfermeros profesionales y asistentes médicos.
- Proporcionar información sobre los programas para miembros.
- Ayudarlo a elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Ayudarlo a conseguir un traslado para sus citas médicas.
- Ayudarlo a programar, cambiar o cancelar sus citas médicas; para ello, debe ponerse en contacto con su proveedor de atención médica.
- Proporcionarle información a su dentista o especialista.
- Ayudarlo si tiene un reclamo o problema.
- Ayudarlo con sus derechos como miembro.
- Ayudarlo a conseguir un intérprete de idiomas para sus citas médicas si no puede comunicarse con su proveedor. **Este servicio se le proporcionará de manera gratuita.**
- Ayudarlo a cambiar su número de teléfono y dirección con AHCCCS.
- Proporcionarle las Pautas de Práctica Clínica cuando lo solicite.

- Si actualmente está recibiendo tratamiento para condiciones como diabetes, cáncer, asma, salud conductual, VIH/SIDA, o cualquier discapacidad, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** inmediatamente. Lo derivaremos a un administrador de cuidados integrados para asegurarnos de que reciba la atención que necesita.

Administración de Cuidados Integrados/Coordinación de Cuidados

La administración médica, la administración de cuidados integrados y la coordinación de cuidados son beneficios que ofrecemos a los miembros inscritos en Medicaid sin costo alguno para usted. Nuestro objetivo es ayudarlo a mantenerse saludable a través de la educación y su propia planificación de la atención médica. Nuestros enfermeros, profesionales de la salud conductual y coordinadores de atención lo ayudarán a usted y/o a un miembro de la familia a:

- Recibir la atención que necesita.
- Conocer todos los medicamento que toma.
- Ayudarlo a obtener nombres y números de recursos de la comunidad.
- Trabajar con usted y su PCP y/o centro de salud conductual para obtener cualquier otro servicio que necesite para mantenerse saludable.

Su administrador de atención también lo ayudará cuando salga del hospital o de otro entorno médico a corto plazo para asegurarse de que reciba los servicios que necesita cuando llegue a casa. Estos servicios pueden incluir visitas de atención en el hogar o terapias.

Si desea un administrador de cuidados, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener una autorremisión. Su PCP o su centro de salud conductual también pueden remitirlo a la administración médica/coordinación de cuidados.

Los coordinadores de servicios de atención materno infantil (MCH) la ayudarán con las preguntas o los problemas que tenga sobre su embarazo. Si necesita ayuda para buscar un proveedor que la atienda durante el embarazo y el parto, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener una remisión del médico.

Si tiene necesidades de atención médica graves o necesita pruebas de VIH, asesoramiento y tratamiento, nuestro personal de administración de cuidados lo ayudará a encontrar el proveedor que necesita. Si desea un administrador de cuidados, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener una remisión del médico. Su PCP y/o su centro de salud conductual también pueden remitirlo a estos servicios.

Línea de Asesoramiento de Enfermería

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con una Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para sus miembros. Nuestro personal de enfermería le indicará si debe:

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

Línea de Asesoramiento de Enfermería

1-866-534-5963, TTY/TDD: 711

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

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

En caso de emergencias potencialmente mortales, siempre llame al **911**. Para los servicios de emergencia no se necesita autorización previa.

Atención de Emergencia/Atención de Urgencia (Atención Fuera de Horario)

En caso de emergencias potencialmente mortales, siempre llame al **911**. Para los servicios de emergencia no se necesita autorización previa.

¿Cuándo Debo Acudir a la Sala de Emergencias o Atención de Urgencia?

La atención de urgencia es necesaria cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro de 24 a 72 horas. No es una amenaza para la vida, pero no puede esperar a tener una consulta en el consultorio de su PCP. La atención de urgencia *no* constituye atención de emergencia.

Si tiene un problema de salud repentino que no es una emergencia, llame a su PCP. Su PCP le indicará qué hacer. Si el consultorio está cerrado, su llamada puede pasar a un servicio de respuestas. Escuche con cuidado. Le pueden pedir que deje un mensaje para que alguien lo llame.

Si no se puede comunicar con su PCP, puede ser atendido un centro de atención de urgencia. No necesita una cita para ser atendido en un centro de atención de urgencia. Debe usar un centro de cuidado urgente que sea parte de la red Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Para acceder a una lista de los centros de atención de urgencia cerca suyo, visite **azcompletehealth.com/completecare**.

Atención de Urgencia (Atención Fuera de Horario)

Un centro de atención de urgencia es un excelente lugar para obtener ayuda porque normalmente tienen un horario extendido (fuera de horario), tienen proveedores para tratar problemas comunes y pueden atenderlo rápidamente (por lo general en menos de una hora). Los centros de atención de urgencia pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Infecciones de oído.
- Dolores de garganta.
- Infecciones del tracto urinario.
- Cortes y quemaduras menores.
- Esguinces.
- Muchos otros problemas comunes de salud.

La atención de urgencia puede utilizarse para problemas con los que normalmente ayudaría su PCP. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia cerca de usted.

Servicios de Telemedicina

Los servicios de telemedicina brindan atención cuando no puede recurrir personalmente a su PCP. Consulte a su proveedor para conocer las opciones de telemedicina de su proveedor. Los miembros también pueden llamar a Teladoc las 24 horas del día, los siete días de la semana y conectarse con un proveedor de atención médica en minutos. Teladoc puede tratar varios problemas diferentes, como resfríos, gripe, fiebre, erupciones y condiciones cutáneas, infecciones de los senos paranasales, síntomas de alergias e infecciones respiratorias. También pueden recetar medicamentos para tratar esos problemas. Puede llamar a Teladoc al **1-800-835-2362**, TTY/TDD: **711**.

Atención de Urgencia Móvil

Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con DispatchHealth para brindarle atención médica cuando está enfermo o lesionado. Este servicio de atención médica está disponible para los miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en la mayoría de las áreas del condado de Pima, para la próxima vez que sufra una enfermedad o lesión urgente que no requiera una visita a ER. Utilizan muchas herramientas que también se encuentran en una sala de emergencias. Cada equipo médico tiene un asistente médico o un miembro del personal de enfermería profesional y un técnico médico, junto con un médico de la sala de emergencias disponible por teléfono. De hecho, estos son los mismos proveedores que usted vería en su sala de emergencias local.

DispatchHealth está disponible de 8 a.m. a 10 p.m., los siete días de la semana, los 365 días del año, incluidos los feriados. Para recibir atención en Tucson, llame al **1-520-479-2552**.

En caso de emergencias, incluidas, entre otras, dolor torácico, signos de un accidente cerebrovascular, reacciones alérgicas o lesiones graves, llame al **911**.

Ejemplos de Síntomas en la Sala de Emergencias	Ejemplos de Síntomas de Atención de Urgencia
Dificultad para respirar extrema	**Vómitos durante más de seis horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)**
Desmayos	**Diarrea durante más de seis horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)**
Sobredosis o intoxicación	**Esguince de tobillo**
Dolores en el pecho	**Quemaduras y erupciones leves**
Sangrado no controlado	**Una reacción alérgica menor**
Convulsiones	**Gripe, dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos**

Sala de Emergencias

Las salas de emergencia son para el tratamiento de las condiciones médicas de emergencia, como fracturas, dolor intenso, posible sobredosis o intoxicación por medicamentos, pérdida de la conciencia, sangrado no controlado, convulsiones, dolor de pecho o dificultad para respirar.

En caso de emergencias potencialmente mortales, siempre llame al **911**. Para los servicios de emergencia no se necesita autorización previa.

Cómo Obtener Servicios de Crisis de Salud Conductual

Si teme que usted o alguien que conoce se lastime a sí mismo o a otros, llame al **911** de inmediato. Para los servicios de emergencia de salud conductual no se necesita autorización previa.

Si está teniendo un problema de salud conductual, una crisis de salud mental o pensamientos suicidas, no está solo. Muchas personas tienen luchas similares. Hay recursos disponibles para ayudarlo. Durante una crisis, usted puede sentir que las cosas no van a cambiar nunca. Llamar a una línea de crisis de salud conductual es un buen modo de comenzar a obtener ayuda.

Si tiene una crisis de salud conductual, llame a una de estas líneas de crisis:

- Número Telefónico de la Línea de Crisis para Todo el Estado: **1-844-534-4673** o **1-844-534-HOPE**
- Texto: **4HOPE (44673)**
- Chat: **crisis.solari-inc.org/start-a-chat**
- Nación Tohono O'Odham: **1-844-423-8759**
- Comunidades Indígenas de Gila River y Ak-Chin: **1-800-259-3449**
- Comunidad Indígena de Salt River Pima Maricopa: **1-480-850-9230**
- Comunidades Tribales del Norte de Arizona: **1-833-990-6400**
- Línea de Apoyo a Comunidades Tribales: **1-855-728-8630**
- Línea Nacional de Crisis (llamada o mensaje de texto): **988**
- Chat: **988lifeline.org/get-help/**

Estas líneas de crisis ofrecen ayuda inmediata y confidencial las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año para cualquier persona que sufra una crisis de salud conductual. No importa qué seguro tenga o si no tiene seguro.

Servicios de Crisis Disponibles para Usted

Puede acceder a los servicios de crisis, incluso si no califica para el Título 19/21 (es decir, no califica para AHCCCS o no está en Medicaid) o si no se determinó que tiene una Enfermedad Mental Grave (SMI). Los servicios de crisis disponibles para usted incluyen:

- Servicios telefónicos gratuitos de crisis, disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Servicios de crisis móviles, disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Servicios de estabilización y vigilancia de crisis 23 horas, incluidos los servicios de desintoxicación y, según lo permita la financiación, hasta 72 horas de estabilización adicional de crisis.
- Servicios de crisis relacionados con el abuso de sustancias, incluidos servicios de seguimiento.

Cómo Acceder a Servicios de Emergencia Mientras se Encuentra Fuera del Área de Servicio

Es posible que necesite servicios de emergencia estando lejos de casa y fuera del área de servicios de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Esto se denomina "atención fuera del área". Usted tiene el derecho de usar cualquier hospital u otro entorno para la atención de emergencia. Si necesita atención de emergencia fuera del área:

- Acuda a un hospital o centro de crisis y pida ayuda.
- Solicite al hospital o al centro de crisis que llame al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.
- El hospital o centro de crisis se comunicará con Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener la aprobación de los servicios.
- En caso de emergencias potencialmente mortales, siempre llame al **911**.

Si tiene una emergencia, puede acceder a servicios de emergencia en cualquier hospital o sala de emergencias (dentro o fuera de la red). No se necesita autorización previa para los servicios de emergencia.

Puede optar por cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia. Sin embargo, existen ciertos entornos de emergencia, como la atención de urgencia, la Línea de Asesoramiento de Enfermería o los servicios de telemedicina dentro de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan que pueden ser más fáciles de usar.

Cómo Encontrar Servicios para el Trastorno por Consumo de Sustancias e Información sobre Opioides

Los miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden recibir servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (SUD) sin costo alguno. Si tiene preguntas sobre el consumo de sustancias, el tratamiento con opioides o los medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD) y desea obtener servicios de tratamiento, llame a su PCP o a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Hay financiación disponible para el tratamiento de trastornos por consumo de opioides para ciudadanos no asegurados y subasegurados de Arizona a través de subvenciones estatales y federales. Obtenga más información sobre estos programas en nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

También puede usar el Localizador de Servicios para el Trastorno por Consumo de Opioides de AHCCCS en **opioidservicelocator.azahcccs.gov**.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene subvenciones para ayudar con el trastorno por consumo de sustancias y el consumo de opioides. Estas subvenciones pueden proporcionar cierto tratamiento y apoyo durante un breve período. Estas subvenciones incluyen financiación de State Opioid Response Grant (SOR) y de Substance Use Block Grant (SUBG).

Estos son algunos ejemplos de los servicios financiados por estas subvenciones estatales:

- Trastorno por consumo de opioides y Medicamentos para el Consumo de Opioides (MOUD) para personas sin seguro y con seguro insuficiente.
- Actividades de difusión y prevención.
- Ayuda para que las personas vuelvan a la comunidad después de salir de la cárcel o la prisión.
- Capacitaciones (escuelas, planes de salud y otros lugares).

Garantía de Atención Competente desde el Punto de Vista Cultural

Lo valoramos. Entendemos que la gente de Arizona tiene diversos orígenes culturales y étnicos. También sabemos que su salud se ve afectada por sus creencias, cultura y valores.

La atención competente desde el punto de vista cultural incluye, entre otros:

- Reconocer a la familia de la persona como la principal fuente de apoyo para la toma de decisiones en materia de atención médica.
- Fomentar la colaboración.
- Proporcionar información imparcial.
- Reconocer la individualidad y la diversidad cultural, racial, étnica, geográfica, social, espiritual y económica.
- Apoyar las necesidades, deseos y anhelos individuales.

Queremos ayudarlo a conservar y mantener una buena salud y buenas relaciones con proveedores que comprendan sus necesidades. Si cree que hay un problema, llámenos. Lo ayudaremos a encontrar un proveedor que comprenda mejor sus necesidades.

Llámenos y avísenos si hemos pasado por alto algo que sea importante para usted. Queremos ayudar. Queremos que se sienta cómodo con nuestros servicios. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711 si desea hacer lo siguiente:

- Compartir información cultural que considere importante para su atención médica.
- Seleccionar un proveedor en función de la conveniencia, la ubicación, las adaptaciones para discapacidades, los idiomas hablados o las preferencias culturales.

- Si necesita materiales y/o servicios competentes desde el punto de vista cultural, incluidos materiales traducidos.

Información Impresa para Miembros

Si necesita alguno de los materiales para miembros impresos, puede solicitarlo sin costo. Ofrecemos traducciones en más de 140 idiomas. Si necesita traducir algún material escrito para miembros, se lo proporcionaremos sin costo alguno. Si necesita materiales en formatos alternativos como letra grande o braille, también podemos entregárselos sin costo alguno. Llame a su proveedor o a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. También puede visitar **azcompletehealth.com/completecare** para obtener materiales en formatos alternativos. Si necesita ayuda para leer o comprender algún material para miembros, llame a Servicios para Miembros.

Puede obtener los materiales para miembros, junto con este manual, traducidos a su idioma o en un formato que sea más fácil de usar para usted sin costo alguno. Se incluyen los siguientes:

- En letra grande.
- En Braille.
- En disco compacto (CD) de audio.
- En formatos electrónicos accesibles.
- Otros materiales accesorios con los eslóganes de los idiomas prevalentes que no sean inglés en Arizona.

Servicios de Interpretación

Podemos brindarle asistencia lingüística, lo que incluye interpretación oral e intérpretes de lengua de señas, sin costo alguno. La asistencia lingüística puede ser en persona, por video o por teléfono. Además, podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que hable su idioma. Si no puede comunicarse con su proveedor debido a una barrera idiomática, podemos conseguir un intérprete que lo ayude. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Intérpretes de Lengua de Señas y Servicios Auxiliares

Si es sordo o tiene problemas de audición, puede solicitar *servicios auxiliares*. Las ayudas auxiliares son servicios o dispositivos que ayudan a las personas que necesitan apoyo adicional para comunicarse. También pueden ayudar a los miembros con hipoacusia a entender la información hablada. Hay muchos tipos diferentes de servicios auxiliares, los cuales puede obtener sin costo alguno para usted.

Los servicios de audiología para evaluar la hipoacusia están cubiertos. Esto incluye dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) tanto para equipos que generan voz como para los que

no. Si desea recibir ayuda para encontrar un proveedor, llame a su administrador de cuidados o llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

También puede solicitar un intérprete de lengua de señas. Los intérpretes de lengua de señas ofrecen interpretación, generalmente en Lengua de Señas Estadounidense, a personas sordas o con problemas de audición. Si usted o su proveedor necesitan una lista de intérpretes de lengua de señas o las leyes relacionadas con intérpretes en el estado de Arizona, visite el sitio web de la Arizona Commission for the Deaf and the Hard of Hearing en **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 (videófono)**.

¿Qué Idiomas Hablan los Proveedores?

Puede encontrar una lista de todos los proveedores, sus ubicaciones, números de teléfono e idiomas hablados en línea en **azcompletehealth.com/fap**. Si desea elegir un proveedor según su conveniencia, ubicación, adaptaciones para discapacidades, idiomas hablados o preferencia cultural, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

¿Cómo puedo obtener ayuda en otro idioma?

Valoramos a nuestros miembros y entendemos que hay una gran diversidad de orígenes culturales y étnicos. También sabemos que su salud puede verse afectada por sus creencias, cultura y valores. Queremos que usted pueda comprender completamente la información que le damos. Estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted.

Ofrecemos traducciones en más de 140 idiomas, incluida la lengua de señas estadounidense, y podemos proporcionarle servicios de interpretación para sus consultas de atención de la salud. Nuestro Directorio de Proveedores en **azcompletehealth.com/fap** incluye los idiomas que habla cada uno de los proveedores de nuestra red. Agregamos nuevos proveedores a nuestra red constantemente. Visite **azcompletehealth.com/completecare** y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en el menú de la izquierda.

Para obtener una copia impresa del Directorio de Proveedores o un nuevo Manual para Miembros, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Puede obtener ambos sin costo alguno. Los materiales para miembros también se pueden encontrar en **azcompletehealth.com/completecare**.

Puede adquirir los materiales para miembros, junto con este manual, traducido a un idioma o formato que sea más fácil de usar para usted sin costo alguno. Por ejemplo:

- En letra grande.
- En Braille.
- En disco compacto (CD) de audio.
- En formatos electrónicos accesibles.
- Otros materiales accesorios con los eslóganes de los idiomas prevalentes que no sean inglés en Arizona.

El Equipo de Servicios al Miembro está Aquí para Ayudar

Arizona Complete Health-Complete Care Plan lo ayudará a elegir un proveedor de la red de proveedores. Si desea seleccionar un proveedor según su conveniencia, ubicación, alojamiento por discapacidad o preferencia cultural, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Si tiene necesidades de atención médica graves o necesita pruebas de VIH, asesoramiento y tratamiento, el personal de administración de cuidados lo ayudará a navegar por la red de proveedores. Si desea un administrador de cuidados, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener una remisión del médico. Su PCP y/o su centro de salud conductual también pueden remitirlo a los servicios de administración médica/coordinación de cuidados.

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

Si no está satisfecho con su proveedor actual, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para conocer otras opciones disponibles.

Si no tiene acceso a Internet en casa, las bibliotecas suelen ofrecer servicio de Internet gratuito. También puede obtener una copia impresa o un formato legible por máquina del Directorio de Proveedores sin costo alguno llamándonos al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o en **azcompletehealth.com/completecare**.

Si Visita a un Proveedor que no Pertenece a Nuestra Red

Debe recibir servicios a través de proveedores de la red contratados por Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede encontrar una lista de proveedores del Arizona Complete Health-Complete Care Plan en **azcompletehealth.com/completecare**. Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un Proveedor) en el menú de la izquierda. También puede llamar a la Línea de Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener ayuda.

La herramienta “Find a Provider” (Buscar un Proveedor) tendrá la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores, incluidos los nombres, las direcciones, los números de teléfono, si aceptan nuevos pacientes, las calificaciones profesionales, los idiomas hablados, el sexo, la especialidad y el estado de certificación de la junta.

Si visita a un proveedor que no pertenezca a nuestra red, es posible que los servicios que recibe no estén cubiertos. Es posible que deba pagar de su bolsillo por estos servicios. Las excepciones a esto incluyen servicios de emergencia y acuerdos de un solo caso fuera de la red aprobados y autorizados por el departamento de administración de utilización de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede obtener servicios de emergencia del hospital o la sala de emergencias más cercano sin costo alguno para usted, incluso si ese centro no tiene contrato con Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Esto incluye centros de emergencia fuera del estado cuando se viaja fuera de Arizona.

Si no encuentra un proveedor contratado por Arizona Complete Health-Complete Care Plan que pueda satisfacer sus necesidades de atención médica, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener ayuda. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no puede encontrar un proveedor 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 para usted. Para obtener una copia, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o, para obtener una versión en línea, utilice la herramienta de directorio de proveedores en **findaprovider.azcompletehealth.com/location**.

En Dónde Servimos

Arizona Complete Health-Complete Care Plan se enfocó en prestar servicios a los habitantes de Arizona inscritos en el programa estatal de Medicaid, conocido como AHCCCS, en las siguientes áreas geográficas de servicios: Condado de Apache, Condado de Cochise, Condado de Coconino, Condado de Gila, Condado de Graham, Condado de Greenlee, Condado de La Paz, Condado de Maricopa, Condado de Mohave, Condado de Navajo, Condado de Pima, Condado de Pinal, Condado de Santa Cruz, Condado de Yavapai y Condado de Yuma.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan es un plan de atención administrada. Un plan de atención administrada es un plan de salud que brinda atención a sus miembros a través de un grupo selecto de médicos, hospitales y farmacias. Usted y su PCP desempeñan un papel importante en su plan de atención administrada. Su PCP lo ayuda a decidir qué servicios necesita y lo ayuda a organizar la mayoría de estas necesidades. Es su responsabilidad consultar a su PCP y/o a su centro de salud conductual y hablar con estos profesionales sobre su salud.

A VECES, SU PCP NECESITARÁ SOLICITAR A ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMPLETE CARE PLAN QUE APRUEBE SUS TRATAMIENTOS O VISITAS A OTRO PROVEEDOR ANTES DE PRESTARLE LOS SERVICIOS. ESTO SE DENOMINA *AUTORIZACIÓN PREVIA*. ASEGÚRESE DE QUE EL PROVEEDOR SEPA QUE USTED ES MIEMBRO DE ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMPLETE CARE PLAN. RECUERDE LLEVAR SU TARJETA DE ID A LA CITA.

Su Tarjeta de Identificación de Miembro

Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el Estado, AHCCCS obtendrá su fotografía de la Arizona Department of Transportation Motor Vehicle Division (MVD). La computadora del consultorio de su proveedor tendrá su foto (si está disponible) y detalles sobre su cobertura.

Siempre proteja su tarjeta de identificación. **Recuerde: solo usted puede usar su tarjeta de ID de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Nunca preste, venda ni permita que otra persona utilice su tarjeta. Podría perder su elegibilidad. También se pueden tomar medidas legales en su contra. Es muy importante que guarde su tarjeta de identificación en un lugar seguro y que no la deseche.**

Obligaciones de los Miembros

Como miembro del Arizona Complete Health-Complete Care Plan, usted tiene la responsabilidad de:

- Entregar tanta información como pueda para que sus proveedores puedan brindarle atención.
- Seguir las instrucciones de sus proveedores.
- Conocer el nombre de su PCP asignado.
- Programar citas durante el horario de atención, siempre que sea posible, en lugar de utilizar centros de atención de urgencia o salas de emergencias.
- Llegar a las citas a tiempo.
- Avisar a su proveedor en caso de que sea necesario cancelar o reprogramar una consulta.
- Lleve los registros de vacunación a cada cita para niños de 18 años o menos.
- Compartir información y:
  - Si no entiende su condición médica o plan de tratamiento, pídale a su proveedor que le explique.
  - Proporcionar a sus médicos y administrador de cuidados todos los datos sobre sus problemas de salud, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, vacunas y otras inquietudes de salud.
- Participar en la recuperación al:
  - Conocer el nombre de sus proveedores y/o su administrador de cuidados.
  - Participar en la creación de su plan de servicio.
  - Seguir las instrucciones que usted y sus proveedores han acordado.

Qué Hacer Cuando Cambia el Tamaño de Su Familia o Su Información de Miembro

Si el tamaño de su familia aumenta debido a que se casó o tuvo un bebé, o si la cantidad de miembros de su familia se reduce debido a que alguien se mudó o un familiar falleció, debe llamar al consultorio que lo hizo elegible para Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Esto podría ser lo siguiente:

- Department of Economic Security (DES): **healthearizonaplus.gov/Login/Default** o **1-855-HEA-PLUS** (**1-855-432-7587**).

- KidsCare: **healthearizonaplus.gov/Login/Default** o **1-855-HEA-PLUS** (**1-855-432-7587**).
- Solo asistencia médica de SSI: **1-602-417-5010** o al **1-800-654-8713** (línea gratuita).
- Social Security Administration: **ssa.gov** o **1-800-772-1213**.
- Arizona Long Term Care Systems (ALTCS): **azahcccs.gov/members/ALTCSlocations.html** o **1-888-621-6880**.

Recuerde que es importante informar si nace un nuevo bebé inmediatamente después del nacimiento para que su bebé pueda recibir los servicios.

Si cambia su información, como su número de teléfono o dirección, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Podemos ayudarlo a realizar modificaciones.

¡Infórmenos si se Muda!

Como miembro de nuestro plan, su área de servicios es el estado de Arizona. Si se muda fuera del estado de Arizona o de los Estados Unidos, no podrá seguir con su plan actual. Antes de mudarse, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para actualizar su dirección. Muchas veces podemos actualizar su dirección con la oficina de elegibilidad de AHCCCS.

Ningún servicio tiene cobertura fuera de 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 denominada “¿Para qué hay cobertura?”

Si tiene una emergencia mientras se encuentra lejos, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Muestre su tarjeta de miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al hospital. Solicite al hospital que facture a Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

No existe cobertura para la atención de seguimiento y de rutina que no esté relacionada con una emergencia mientras se encuentra fuera del área de cobertura. Esto incluye las recetas. Debe recibir atención de seguimiento de su PCP. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede aprobar los servicios de atención médica que solo están disponibles fuera del lugar donde usted vive. En este caso, es posible que paguemos los costos de transporte (viajes), 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 para Miembros antes de su viaje para que podamos ayudarlo a efectuar los preparativos necesarios. Puede comunicarse con nosotros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Otros lugares a los que debe notificar incluyen:

- Su PCP.
- La oficina de Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI) si recibe beneficios de SSI.
- Department of Economic Security (DES) si recibe beneficios de TANF o SNAP (estampillas de alimentos).

Usted podría perder su atención con AHCCCS si no les informa que se muda.

- Para los miembros de KidsCare (Título 21), llame a AHCCCS al **1-602-417-5437** o al número gratuito para todo el estado al **1-877-764-5437**.
- Cómo actualizar su dirección con AHCCCS: **azahcccs.gov/AHCCCS/Downloads/How-to-Update-Your-Mailing-Address.pdf**

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

¿Cómo Puedo Cambiar mi Plan?

Si usted es un miembro elegible para Medicaid y no se ha determinado que tiene una enfermedad mental grave, la siguiente información le indica cómo puede cambiar su plan de salud.

Si desea cambiar su plan de salud antes o después de su fecha de aniversario, puede hacerlo a través del sistema HEAplus (healthearizonaplus.gov/Login/Default) o comunicándose con AHCCCS al 1-602-417-7100 o al 1-800-334-5283. AHCCCS solo le permitirá cambiar su plan inmediatamente (fuera de su aniversario) por las siguientes razones:

1. No le dieron la posibilidad de elegir sus planes de salud.
2. No le informaron sobre su Elección de Inscripción Anual o recibió su aviso de Elección de Inscripción Anual, pero no pudo realizar la elección por motivos fuera de su control.
3. No pudo realizar la Elección de Inscripción Anual porque no estaba en AHCCCS durante su período de Elección de Inscripción Anual, pero el tiempo que no estuvo en AHCCCS fue menor de 90 días.
4. Otros familiares suyos se inscribieron en otro plan de salud.
5. Regresó a AHCCCS dentro de los 90 días y no le dieron el mismo plan de salud que antes.
6. No tuvo 90 días desde la fecha de notificación de asignación del plan para elegir un nuevo plan de salud para su recién nacido.
7. No tuvo 90 días desde la fecha de inscripción para elegir un nuevo plan de salud para su hijo con subsidio de adopción.
8. Usted es elegible para el Título 19 y no tuvo 90 días desde la fecha de su entrevista de elegibilidad, o desde la fecha en que usted recibió la carta de elección, para elegir un nuevo plan de salud.

Llame a AHCCCS al 1-800-334-5283 o al 1-602-417-7100.

Si necesita cambiar su plan de salud fuera del Período de Inscripción Anual, contáctenos por teléfono. El Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudar a resolver cualquier duda que tenga sobre su plan de salud, como las siguientes:

1. Está cursando un embarazo y necesita seguir recibiendo atención de su médico actual, que no pertenece a la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
2. Debe seguir viendo a su proveedor actual para garantizar la continuidad de su atención médica, ya que el proveedor no forma parte de la red del Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** si necesita cambiar su plan de salud por cualquiera de los motivos mencionados anteriormente. Solicite hablar con el Departamento de Apelaciones y Quejas. O puede escribirnos a:

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

Voz y Toma de Decisiones en Familia

Se espera que nuestros proveedores de atención médica incluyan a familiares responsables y a otras personas autorizadas como responsables de la toma de decisiones en el proceso de planificación del tratamiento para los servicios infantiles y en el proceso de planificación del tratamiento para miembros adultos cuando lo solicite el miembro adulto (los tutores legales deben incluirse en toda la planificación del tratamiento). Es importante que los familiares responsables y otras personas autorizadas asistan a las reuniones de planificación del tratamiento para asociarse con el miembro y tomar las decisiones más informadas acerca de su atención.

Si siente que lo están ignorando, escriba a nuestro Equipo de Defensoría en **AzCHAdvocates@azcompletehealth.com**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y solicitar hablar con alguien del Equipo de Defensoría.

Política de Transición de la Atención

Queremos ayudarlo si se muda y tiene un nuevo plan de AHCCCS. Podemos ayudarlo a hacer la transición de su atención a su nuevo plan de salud y sus nuevos proveedores.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan siempre ayudará con la coordinación de la atención para todos nuestros miembros durante las transiciones de la atención. Algunos ejemplos de estas transiciones son:

- Transiciones entre Arizona Complete Health-Complete Care Plan y otras organizaciones de atención administrada.
- Cambios en las áreas de servicios.
- Cambios en los proveedores de atención de salud.

También ayudamos a los miembros a coordinar la atención para las transiciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan a un programa de cargo por servicio, o de un programa de cargo por servicio a Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Es posible que algunos miembros necesiten más ayuda durante un período de transición. Si tiene preguntas sobre la coordinación de la atención cuando realiza cambios, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan recibirá información de su plan de salud anterior o se comunicará con su nuevo plan de salud para ayudarlo con la coordinación de su atención a fin de garantizar que su atención continúe sin interrupciones. Si tiene inquietudes sobre una posible transición de su atención, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

¿Cómo Uso la Sala de Emergencias Correctamente?

Si su vida está en peligro inmediato, llame al **911**. Si necesita consultar a un médico de inmediato, llame a su PCP para obtener asesoramiento o programar una cita. Si su PCP no puede atenderlo o el consultorio no está abierto, considere ir al centro de atención de urgencia más cercano. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia cerca de usted.

¿Cuándo Debo Acudir a la Sala de Emergencias o Atención de Urgencia?

En una emergencia, usted puede ir o recurrir a una sala de emergencias (dentro o fuera de la red) para recibir atención de emergencia. Cuando reciba atención, muestre su tarjeta de identificación e informe que usted es miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Usted no necesita una derivación de su PCP o 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/TDD: **711** si no está seguro de si se trata de una emergencia.

Si tiene un problema que debe verse con urgencia, pero no es potencialmente mortal, puede acudir a un centro de atención de urgencia o al consultorio de su PCP. A continuación, se enumeran algunos ejemplos de la diferencia entre una emergencia y algo que es posible que se deba ver con urgencia.

Ejemplos de Síntomas en la Sala de Emergencias	Ejemplos de Síntomas de Atención de Urgencia
Dificultad para respirar extrema	**Vómitos durante más de seis horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)**
Desmayos	**Diarrea durante más de seis horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)**
Sobredosis o intoxicación	**Esguince de tobillo**
Dolores en el pecho	**Quemaduras y erupciones leves**
Sangrado no controlado	**Una reacción alérgica menor**
Convulsiones	**Gripe, dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos**

Qué Hacer en Caso de una Emergencia

Las emergencias médicas son situaciones de vida o muerte. Pueden provocar discapacidad o la muerte si no se tratan lo antes posible. **No se necesita una autorización previa para la atención de emergencia.**

Si siente que sus síntomas son una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a buscar servicios de emergencia en cualquier hospital o sala de emergencias (dentro o fuera de la red). Informe al personal de la sala de emergencias que usted 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 le diga al personal de la sala de emergencias que usted es miembro de nuestro plan.

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

¿Qué Sucede si Necesita Atención de Emergencia Fuera de Nuestra Área de Servicios?

Nuestro plan pagará la atención de emergencia mientras esté fuera del condado o estado. Si necesita atención de emergencia, muestre su tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para que el proveedor de atención de emergencia pueda notificarnos.

Transporte: ¿Cómo Consigo Transporte para las Citas Médicas?

Transporte de Emergencia

El transporte de emergencia es un beneficio cubierto. No se necesita autorización previa para el transporte de emergencia.

En situaciones de crisis, Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene recursos disponibles para el transporte. Llame a la Línea de Crisis estatal al **1-844-534-4673** o al **1-844-534-HOPE**, TTY/TDD: **711**.

Transporte que No es de Emergencia

Se puede proporcionar transporte al proveedor más cercano para los servicios cubiertos. Los miembros pueden obtener traslados a las citas médicas de varias maneras. La manera más fácil es viajar con un familiar o amigo. Si eso no es posible y tiene un centro de salud conductual, su centro de salud conductual debe ayudarlo a programar el transporte con el proveedor de transporte del plan de salud.

Si no tiene un centro de salud conductual o su centro de salud conductual no puede satisfacer sus necesidades de transporte, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y seleccione la opción de transporte. Lo ayudaremos a obtener transporte para sus citas médicas. Llame al menos tres días antes de la cita.

Para los traslados médicos, trataremos de asegurarnos de que:

- Llegue a su cita a tiempo.
- No llegue más de **1 hora antes** de su cita.
- El transporte de regreso a casa no salga antes de que termine su tratamiento.
- No espere más de **1 hora después** de finalizar su tratamiento para el transporte de regreso a casa.

Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** los fines de semana y los feriados para el transporte a centros de atención de urgencia cuando esté enfermo.

Recuerde marcar siempre **911** en una verdadera emergencia médica.

Si llama para obtener un traslado a una cita médica, tenga a mano esta información:

- Su nombre, número de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono (para fines de verificación).
- La fecha, la hora y la dirección de su visita médica.
- Si necesita un viaje de ida o de ida y vuelta.
- Sus necesidades de viaje (silla de ruedas, camilla u otro).
- Cualquier necesidad especial (oxígeno, IV, alguien que necesita viajar con usted, una silla de ruedas eléctrica o extra ancha, un vehículo de alta categoría, etc.).
- Cualquier niño menor de 5 años necesita un asiento para automóvil. Los niños de 5 a 7 años y menores de 4’9” necesitan un asiento de refuerzo. Debe llevar una silla de automóvil para su hijo durante el viaje.

Silla de Ruedas o Camilla

Si necesita una silla de ruedas o una camilla para trasladarse a una cita médica de rutina, las camionetas para servicios de transporte de pacientes pueden llevarlo allí y llevarlo de vuelta. Debe llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para programar estos traslados, al menos, tres días hábiles antes de la fecha de su cita.

Cancelación de Traslados a Sus Citas

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

Cuándo el Transporte Está Cubierto

Lo ayudaremos con el transporte hacia y desde los servicios de salud cubiertos. Esto incluye tanto las consultas de salud física como las de salud mental. No debe disponer de su propio medio de transporte, ni debe haber ningún medio de transporte gratuito disponible. Lo llevaremos al proveedor más cercano que pueda ayudarlo.

Otros Casos en los que se Puede Cubrir el Transporte

El transporte también puede estar cubierto cuando necesite recoger recetas (para medicamentos). Asimismo, se puede utilizar para acudir a servicios de la comunidad, como programas de ayuda para la búsqueda de empleo u otros servicios de apoyo.

Normas de Transporte

Todos los viajes deben ser seguros y estar a cargo de un proveedor autorizado. No debe necesitar atención médica durante el viaje. Los vehículos deben ser seguros, estar asegurados y ser conducidos por un conductor con licencia. Todos deben respetar las normas sobre el uso del cinturón de seguridad y las normas de seguridad.

Normas Especiales

Algunos viajes a farmacias en los condados de Maricopa y Pima pueden estar limitados a 15 millas, a menos que cuenten con autorización previa. Es posible que algunos desplazamientos especiales, como las visitas a ciertas clínicas o centros tribales, no tengan este límite de distancia. En casos excepcionales, se puede recurrir al transporte aéreo o a otros medios especiales si las carreteras no son seguras para circular.

Para Miembros Menores de 18 Años

La mayoría de los miembros menores de 18 años deben ir acompañados por uno de sus padres, un tutor o un adulto autorizado durante el viaje. En algunos casos, los adolescentes de 16 o 17 años pueden viajar solos si cuentan con el permiso correspondiente y respetan todas las normas.

Plazos para las Citas

Queremos que reciba atención lo antes posible.

Consultas al Médico (Atención Primaria)

Las consultas urgentes deben programarse en un plazo de **2 días**. Las consultas de rutina deben programarse en un plazo de **21 días** desde su solicitud.

Visitas a un Especialista

Las consultas urgentes con especialistas deben programarse en un plazo de **2 días**. Las consultas de rutina deben programarse en un plazo de **45 días** después de su remisión.

Consultas Dentales

Las consultas dentales urgentes deben programarse en un plazo de **3 días**. Las consultas dentales de rutina deben programarse en un plazo de **45 días**. Algunos planes para niños pueden ofrecer visitas de rutina en un plazo de **30 días**.

Cuidado Durante el Embarazo

Si está embarazada, la fecha de su primera consulta debe programarse en función del tiempo de gestación que tenga. En el primer trimestre, debe acudir a la consulta en un plazo de **14 días**. En el segundo

trimestre, en un plazo de **7 días**. En el tercer trimestre, en un plazo de **3 días**. Los embarazos de alto riesgo deben ser atendidos lo antes posible, pero a más tardar en un plazo de **3 días**.

Salud del Comportamiento (Salud Mental)

Las necesidades urgentes en materia de salud del comportamiento deben atenderse en un plazo de **24 horas**. Su primera consulta debe realizarse en un plazo de **7 días**. Las consultas de seguimiento se determinarán en función de sus necesidades, pero no deberán espaciarse más de **45 días**.

Consultas Relacionadas con la Medicación (Salud Mental)

Se programarán citas para la entrega de medicamentos con el fin de evitar que se quede sin ellos. Estas visitas ayudan a mantener su tratamiento bajo control y a cuidar su salud.

¿Necesita Ayuda?

Llame a Servicios para Miembros al: **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Visite: **azcompletehealth.com/completecare**

¿Qué Está Cubierto?

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

Para que pueda recibir un servicio de atención médica a través de nuestro Plan, dicho servicio debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Un beneficio cubierto basado en su cobertura.
- Médicamente necesario.

Un "beneficio cubierto" significa que usted puede recibir este servicio a través de AHCCCS y Arizona Complete Health-Complete Care Plan. "Médicamente necesario" se refiere a un servicio cubierto brindado por un médico u otro profesional autorizado del arte de la salud dentro del alcance de la práctica conforme a la ley estatal para prevenir enfermedades, discapacidades u otras condiciones adversas o su progresión, o para prolongar la vida.

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

Miembros que Han Sido Designados con una Enfermedad Mental Grave (SMI) y Están Inscritos en Medicaid

Si usted es un adulto inscrito en Medicaid y está inscrito en Arizona Complete Health-Complete Care Plan que ha sido designado como SMI, puede obtener tanto su atención médica física como su atención médica conductual a través de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Miembros con Doble Elegibilidad de Medicaid/ Medicare

Si usted es un miembro con “doble elegibilidad” (es decir, está inscrito en Medicare y Medicaid), puede tener beneficios adicionales que no están cubiertos por AHCCCS. Es importante que nos informe de su otra cobertura tan pronto como tenga conocimiento. Cuando sabemos sobre su otro seguro, nos ayuda a coordinar la atención que recibe con el otro plan.

Si tiene cobertura de Medicare y consulta a un proveedor que no pertenece a nuestra red, es posible que los cargos no estén cubiertos. Si decide hacerlo sin nuestra aprobación, es posible que no paguemos esos servicios porque fueron prestados por un proveedor que no está en nuestro plan. Es importante que trabaje con su PCP y/o con su proveedor de atención médica a domicilio o conductual para ser derivado a los proveedores adecuados. Este requisito no incluye servicios de emergencia. No necesita aprobación para recibir servicios de emergencia. No cubriremos copagos ni deducibles para servicios fuera de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan sin autorización previa.

Adultos con una Enfermedad Mental Grave (SMI) que No Están Inscritos en Medicaid

Si usted **no** es un adulto inscrito en Medicaid y está inscrito en el Arizona Complete Health-Complete Care Plan que ha sido designado como SMI, usted es elegible solo para un beneficio limitado de salud conductual. Consulte la tabla de beneficios de salud conductual para obtener más información.

Programas Financiados por Subvenciones para Ciudadanos de Arizona sin Seguro y con Seguro Insuficiente

Si vive en los condados de Apache, Cochise, Coconino, Graham, Greenlee, La Paz, Mohave, Navajo, Pima, Pinal, Santa Cruz, Yavapai o Yuma y tiene un trastorno por consumo de sustancias (SUD) o un trastorno por consumo de opioides (OUD), puede ser elegible para recibir servicios de tratamiento de SUD a través de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener más información.

Servicios de Salud Física Cubiertos por Medicaid

Los siguientes servicios están disponibles para los miembros inscritos en Medicaid. Consulte a continuación para obtener más detalles. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o hable con

su PCP y/o su hogar de salud para obtener más información sobre estos servicios.

- Ambulancia para atención de emergencia.
- Servicios de audiología para evaluar la pérdida de audición tanto para pacientes ambulatorios como internados. Esto incluye dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) tanto para equipos que generan voz como para los que no. Para obtener ayuda sobre cómo encontrar un proveedor, llame a su administrador de cuidados o con Servicios para Miembros.
- Salud conductual.
- Atención durante el embarazo.
- Administración de cuidados.
- Controles para niños, miembros embarazadas y Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB).
- Servicios para niños, incluido el cuidado dental de rutina.
- Servicios quiroprácticos para miembros con doble elegibilidad QMB independientemente de la edad, si Medicare lo aprueba.
- Implantes cocleares después de realizar una evaluación médica y de demostrar una necesidad médica.
- Servicios médicos y quirúrgicos de emergencia relacionados con la atención dental (oral).
- Beneficios dentales de emergencia para adultos de hasta $1,000 por año de contrato (del 1 de octubre al 30 de septiembre) cuando los proporciona un médico o dentista autorizado. La atención dental de emergencia para adultos cubre la atención dental de emergencia médicamente necesaria y las extracciones para miembros que tienen un problema dental grave que causa dolor o infección graves.
  - Este beneficio dental de emergencia de $1,000 no se aplica a miembros con cáncer de mandíbula, cuello o cabeza; miembros que se someten a trasplantes; miembros en el hospital que están en tratamiento con ventiladores; o miembros indígenas de los Estados Unidos/Nativos de Alaska (AI/AN) que reciben servicios de atención dental en un centro del IHS/638. Llame a su administrador de cuidados para que lo ayude con la coordinación de cuidados.
- Diálisis.
- Administración de enfermedades.
- Consultas al médico.
- Tratamiento médico de atención de emergencia o urgente.
- Anteojos o lentes de contacto para niños.
- Anteojos o lentes de contacto para adultos solo después de que se hayan eliminado las cataratas.
- Planificación familiar (anticoncepción).
- Servicios de cuidado de los pies y los tobillos para adultos, incluidos el cuidado de heridas, el tratamiento de úlceras por presión, el cuidado de fracturas, las cirugías reconstructivas y los servicios de bunionectomía limitados.
- Servicios de atención médica, incluidos exámenes de detección, diagnóstico y tratamientos médicamente necesarios.

- Servicios comunitarios y en el hogar (HCBS).
- Atención hospitalaria: Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre servicios hospitalarios para pacientes internados. Si necesita ser admitido en un hospital y no es una emergencia, su PCP o especialista coordinará su traslado a un hospital de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y seguirá su atención incluso si necesita otros proveedores. durante su estancia en el hospital. Arizona Complete Health-Complete Care Plan debe aprobar todos los servicios. Para saber si un hospital está en la red o si tiene alguna otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o utilice el directorio de proveedores en **findaprovider.azcompletehealth.com/location**. Si tiene una emergencia y lo internan en un hospital, usted o un miembro de su familia o amigo debe informar a su PCP lo antes posible, antes de las 24 horas después de haber ingresado al hospital. Los servicios hospitalarios pueden incluir, entre otros, los siguientes:
  - Sangre y plasma sanguíneo.
  - Terapia intensiva.
  - Servicios de laboratorio, radiografías e imágenes.
  - Medicamentos.
  - Cuidado de enfermería.
  - Sala de operaciones y atención hospitalaria.
  - Servicios de médicos, cirujanos o especialistas.
- Inmunizaciones (vacunas).
- Bombas de insulina.
- Análisis de laboratorio y radiografías.
- Alimentos médicos para miembros diagnosticados con una de las siguientes condiciones metabólicas hereditarias:
  - Fenilcetonuria.
  - Homocistinuria.
  - Enfermedad de la Orina con Olor a Jarabe de Arce.
  - Galactosemia (requiere fórmula de soja).
  - Deficiencia de Beta-Ceto-Tiolasa.
  - Citrullinemia.
  - Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD).
  - Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD).
  - Acidemia Glutárica Tipo I.
  - Deficiencia de 3 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. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre servicios de podología médicamente necesarios que son prestados por un podólogo autorizado y ordenados por un proveedor de cuidado primario o un médico de cuidado primario.
- Medicamentos de la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) aprobada de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Centro de enfermería.
- Terapia ocupacional. Los servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios son un beneficio cubierto por Arizona Complete Health-Complete Care Plan, como se especifica a continuación:
  - Los servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios están cubiertos para todos los miembros menores de 21 años.
  - Los servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios están cubiertos para miembros con enfermedades agudas mayores de 21 años de la siguiente manera:
    - » Quince consultas de terapia ocupacional por año de beneficios con el propósito de restaurar una habilidad o nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez restaurada.
    - » Quince consultas de terapia ocupacional por año de beneficios con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez adquirida.
- Fisioterapia:
  Los servicios de fisioterapia para pacientes internados están cubiertos para todos los miembros que reciben atención para pacientes internados en un hospital, centro de enfermería o centro de cuidados básicos. Los servicios de terapia física para pacientes ambulatorios son un beneficio cubierto por Arizona Complete Health-Complete Care Plan, como se especifica a continuación.
  - Los servicios de terapia física para pacientes ambulatorios están cubiertos para todos los miembros menores de 21 años.
  - Los servicios de terapia física para pacientes ambulatorios están cubiertos para miembros adultos mayores de 21 años de edad de la siguiente manera:
    - » Quince consultas de fisioterapia por año de beneficios con el propósito de restaurar una habilidad o nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez restaurada.
    - » Quince consultas de fisioterapia por año de beneficios con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener ese nivel de función una vez adquirido.

- Terapia del habla:
  - Los servicios de terapia del habla se brindan a todos los miembros que reciben atención para pacientes internados en un hospital, centro de enfermería o centro de cuidados básicos cuando los servicios son solicitados por el PCP o médico tratante del miembro.
  - La terapia del habla se cubre de forma ambulatoria para todos los miembros con base en la necesidad médica.
- Visitas al consultorio del PCP para niños, QMB o cuando un adulto tiene un síntoma o enfermedad.
- Exámenes físicos.
- Cuidado durante el embarazo.
- Interrupción del embarazo solo en situaciones especiales (siga las directrices de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sobre el uso de medicamentos para interrumpir un embarazo).
- Medicamentos recetados (no cubiertos si tiene Medicare).
- Servicios de podología prestados por un podólogo.
- Servicios posteriores a la estabilización: servicios que se prestan y cubren una vez que una condición médica de emergencia se ha controlado. Estos servicios son necesarios para mejorar o solucionar una condición médica.
- Terapia respiratoria.
- Viajes para acudir a consultas médicas.
- Atención de especialista.
- Suministros y equipos, incluida la Lista de Medicamentos preferidos (PDL), equipos y suministros para pruebas de diabetes.
- Servicios quirúrgicos.
- Controles del niño sano, incluidos servicios dentales, de audición, audífonos, vacunas y atención de la visión para niños menores de 21 años de edad y Servicios de Diagnóstico y Tratamiento de Detección Temprana y Periódica (EPSDT) para niños menores de 21 años elegibles para Medicaid.

Solo cubrimos servicios dentro de la red (a menos que sea un servicio de emergencia). Si acude a un proveedor fuera de la red sin aprobación previa, usted será responsable de todos los costos asociados con esos servicios. Asegúrese de que sus proveedores estén dentro de la red usando la herramienta "Find A Provider" (Buscar un Proveedor) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en nuestro sitio web en **findaprovider.azcompletehealth.com/location** o llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Nueva Tecnología

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con un comité de médicos que revisa nuevos tratamientos para personas con determinadas enfermedades. Revisan la información de otros médicos y

agencias científicas. Los nuevos tratamientos que se comparten con los proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Los médicos decidirán si el nuevo tratamiento es el mejor tratamiento para los miembros.

Administración de Enfermedades

La administración de enfermedades es un servicio ofrecido sin costo para los miembros que reciben atención médica a través de nuestro plan integrado. Si tiene un problema de salud como ansiedad, dolor crónico, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o trastornos del espectro de esquizofrenia, nuestros administradores de cuidados están aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** si desea ayuda con el manejo de enfermedades o para obtener más información.

Atención Ortopédica

Dispositivos ortopédicos **para miembros menores de 21 años de edad** se proveen si están recetados por el PCP del miembro, médico a cargo o practicante.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre dispositivos ortopédicos para miembros de 21 años de edad y mayores cuando:

- El aparato ortopédico es médicamente necesario como el tratamiento preferido con base a los lineamientos de Medicare; **Y**
- El aparato ortopédico es menos costoso que todos los otros tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma condición; **Y**
- Los aparatos ortopédicos los indica un médico o un médico de cuidado primario (enfermero profesional o asistente médico).

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

El equipo médico puede alquilarse o comprarse solo si no hay otras fuentes no tienen los artículos sin costo alguno. El costo total de los arrendamientos no debe exceder el precio de compra de los artículos.

Las reparaciones o ajustes razonables del equipo comprado están cubiertos para todos los miembros para que el equipo funcione correctamente, o cuando el costo de reparación sea menor que el alquiler o la compra de otra unidad. Las piezas se pueden reemplazar si se proporciona información que demuestre que las piezas no funcionan correctamente cuando se solicita autorización.

Servicios Adicionales Cubiertos para Miembros Adultos con una Designación de SMI de 18 a 21 Años

- Identificación, evaluación y rehabilitación de la pérdida de audición.
- Cuidado personal médicamente necesario. Puede incluir ayuda para bañarse, ir al baño, vestirse, caminar y otras actividades que el miembro no pueda realizar por razones médicas.

- Servicios dentales preventivos de rutina, incluidos exámenes de salud bucal, limpiezas, educación sobre higiene bucal, radiografías, empastes, extracciones y otros procedimientos terapéuticos y médicamente necesarios.
- Servicios de la visión, incluidos exámenes y anteojos (se cubre una selección limitada de lentes y marcos).
- Terapia del habla, ocupacional y física para pacientes ambulatorios.
- Sedación consciente.
- Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS) (se aplican limitaciones).
- Servicios adicionales para los QMB.
- Servicios de relevo.
- Servicios quiroprácticos.
- Todos los servicios cubiertos por Medicare pero no por AHCCCS.
- Servicios de crisis de salud conductual.

Servicios Médicos Adicionales Cubiertos para Jóvenes Inscritos en Medicaid Menores de 21 Años

Estos servicios también se ofrecen a los miembros menores de 21 años que estén inscritos en Medicaid:

- Identificación, evaluación y rehabilitación de la pérdida de audición.
- Cuidado personal médicamente necesario. Puede incluir ayuda para bañarse, ir al baño, vestirse, caminar y otras actividades que el miembro no pueda realizar por razones médicas.
- Pruebas de detección, evaluación y terapia nutricional.
- Control del desarrollo con orientación de prevención y exámenes de detección.
- Servicios dentales preventivos de rutina, incluidos exámenes de salud bucal, limpiezas, educación sobre higiene bucal, radiografías, empastes, extracciones y otros procedimientos terapéuticos y médicamente necesarios.
- Servicios de oftalmología, incluidos exámenes y lentes recetados (se cubre una selección limitada de lentes y marcos).
- El reemplazo y la reparación de anteojos sin restricciones a los servicios de la visión.
- Terapia del habla, ocupacional y física para pacientes ambulatorios.
- Sedación consciente.
- Servicios adicionales para los QMB.
- Servicios de relevo.

- Servicios quiroprácticos.
- Todos los servicios cubiertos por Medicare pero no por AHCCCS.

Servicios de Salud Conductual Cubiertos

Todos los miembros de Medicaid inscritos en Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden obtener los siguientes servicios de salud conductual financiados por AHCCCS. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711 o hable con su PCP y/o su hogar de salud para obtener más información sobre estos servicios:

- Servicios de administración de cuidados.
- Control del comportamiento (capacitación de atención a domicilio, autoayuda de salud conductual, apoyo de pares).
- Medicamentos psicotrópicos.
- Control y ajuste de medicamentos psicotrópicos.
- Servicios de enfermería de salud conductual.
- Servicios de emergencia o crisis.
- Transporte médicamente necesario de emergencia y que no sea de emergencia.
- Selección, evaluación y evaluación.
- Asesoramiento y terapia individual, grupal y familiar.
- Servicios hospitalarios para pacientes internados.
- Instituto de enfermedades mentales (limitado).
- Servicios de laboratorio, radiología e imágenes médicas para la regulación y el diagnóstico de medicamentos psicotrópicos.
- Tratamiento con agonistas opiáceos.
- Servicios de centros de salud conductual de pacientes internados.
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias (opioides, drogas y alcohol).
- Cuidados de relevo (con limitaciones).
- Capacitación y desarrollo de habilidades.
- Rehabilitación psicosocial (entrenamiento en capacidades para la vida, promoción de la salud, servicios de apoyo de empleo).
- Servicios de atención de la salud conductual (consulte la tabla en la página siguiente).

Servicios Cubiertos de Salud Conductual Disponibles			
Servicios		**Todos los Niños y Adultos que Pertenecen al Título 19/21**	**Personas que no Pertenecen al Título 19/21 que se Determinó que tienen una Enfermedad Mental Grave**
Servicios de Tratamiento			
Asesoramiento y tratamiento de la salud conductual	**Individual**	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
	Grupo	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
	Familia	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Pruebas de detección de salud conductual, evaluación de salud mental y pruebas especializadas	**Estudios de salud conductual**	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
	Evaluación de salud mental	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
	Pruebas especializadas	Disponible.	Se proporcionan según los fondos estatales disponibles.

Servicios Cubiertos de Salud Conductual Disponibles			
Servicios		**Todos los Niños y Adultos que Pertenecen al Título 19/21**	**Personas que no Pertenecen al Título 19/21 que se Determinó que tienen una Enfermedad Mental Grave**
Servicios de Tratamiento			
Otro profesional	**Curación tradicional**	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones federales disponibles.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones federales disponibles.
	Acupuntura auricular	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones federales disponibles.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones federales disponibles.
	Servicios intensivos para pacientes ambulatorios	Disponible.	Se proporcionan según la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles (solo servicios SUD).
	Terapia multisistémica para jóvenes	Disponible.	No disponible.
Servicios de Rehabilitación			
Capacitación y desarrollo de habilidades y rehabilitación psicosocial (capacitación en habilidades de vida, promoción de la salud, servicios de empleo compatibles)	**Individual**	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
	Grupo	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.

Servicios Cubiertos de Salud Conductual Disponibles		
Servicios	**Todos los Niños y Adultos que Pertenecen al Título 19/21**	**Personas que no Pertenecen al Título 19/21 que se Determinó que tienen una Enfermedad Mental Grave**
Servicios de Rehabilitación		
Rehabilitación cognitiva	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Educación para la prevención y promoción de la salud conductual	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Servicios psicoeducativos y apoyo continuo para mantener el empleo	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Servicios Médicos de Salud Conductual		
Servicios de medicamentos de salud conductual	Disponible.	El tratamiento asistido por medicamentos se proporciona según la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles (limitaciones del fondo de subsidios). Consulte la Lista de Medicamentos para la Salud Conductual para conocer los medicamentos cubiertos.

Servicios Cubiertos de Salud Conductual Disponibles		
Servicios	**Todos los Niños y Adultos que Pertenecen al Título 19/21**	**Personas que no Pertenecen al Título 19/21 que se Determinó que tienen una Enfermedad Mental Grave**
Servicios Médicos de Salud Conductual		
Laboratorio de salud conductual, radiología e imágenes médicas	Disponible.	Pruebas de laboratorio relacionadas con el tratamiento asistido por medicamentos, proporcionadas según la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles (limitaciones del fondo de subsidios).
Administración médica relacionada con la salud conductual	Disponible.	Pruebas de laboratorio relacionadas con el tratamiento asistido por medicamentos, proporcionadas según la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles (limitaciones del fondo de subsidios).
Terapia electroconvulsiva	Disponible.	No disponible.
Servicios de Apoyo		
Administración del cuidado	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.

Servicios Cubiertos de Salud Conductual Disponibles		
Servicios	**Todos los Niños y Adultos que Pertenecen al Título 19/21**	**Personas que no Pertenecen al Título 19/21 que se Determinó que tienen una Enfermedad Mental Grave**
Servicios de Apoyo		
Cuidado personal	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Capacitación de cuidado en el hogar (familia)	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Servicios de autoayuda, apoyo de pares y apoyo familiar	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Capacitación de cuidado en el hogar para un cliente con atención en el hogar (HCTC)	Disponible.	No disponible.
Cuidado de relevo (consulte la sección de limitaciones para obtener más detalles sobre los límites de cobertura)	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Viviendas de apoyo	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.

Servicios Cubiertos de Salud Conductual Disponibles		
Servicios	**Todos los Niños y Adultos que Pertenecen al Título 19/21**	**Personas que no Pertenecen al Título 19/21 que se Determinó que tienen una Enfermedad Mental Grave**
Servicios de Apoyo		
Lenguaje de señas o servicios interpretativos orales	Se brindan sin cargo para el miembro.	Se brindan sin cargo para el miembro.
Transporte de emergencia de salud conductual	Disponible.	Se proporcionan según los fondos estatales disponibles.
Transporte de salud conductual que no es de emergencia	Disponible.	Limitado a transporte relacionado con el servicio de crisis.
Intervención en crisis (móvil y basada en la comunidad)	Disponible.	Disponible.
Intervención en crisis (teléfono)	Disponible.	Disponible.
Servicios de crisis (estabilización de hasta 23 horas, en un centro)	Disponible.	Disponible.
Servicios para Pacientes Internados		
Centro para pacientes internados de desintoxicación de salud conductual (trastornos por consumo de sustancias)	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones federales disponibles.
Centro hospitalario de salud conductual (trastornos de salud mental)	Disponible.	Límite de tres días por admisión en centros de cuidados subagudos solo basado en la financiación estatal disponible.

Servicios Cubiertos de Salud Conductual Disponibles		
Servicios	**Todos los Niños y Adultos que Pertenecen al Título 19/21**	**Personas que no Pertenecen al Título 19/21 que se Determinó que tienen una Enfermedad Mental Grave**
Servicios Residenciales		
Centro residencial de salud conductual (tratamiento de salud mental)	Disponible.	No disponible.
Centro residencial de salud conductual (tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias)	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Alojamiento y comidas	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Programas Diurnos de Salud Conductual		
Programa de día supervisado de cuidado parcial	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Programa de día terapéutico de cuidado parcial	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.
Programa de cuidado parcial de días médicos	Disponible.	Se proporcionan en función de la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles.

Servicios no Cubiertos: ¿Qué 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 para la infertilidad que incluyen pruebas y tratamiento.
- Reversión de la esterilización electiva.
- Operaciones de reafirmación de género.
- Exámenes para establecer la necesidad de audífonos, anteojos o lentes de contacto para miembros mayores de 21 años, excepto después de una cirugía de cataratas.
- Audífonos, anteojos o lentes de contacto para miembros mayores de 21 años, excepto después de una cirugía de cataratas.
- Servicios o artículos por motivos estéticos.
- Artículos personales o de comodidad (solo cubiertos para EPSDT, si se indica médicamente).
- Medicamentos o suministros sin receta.
- Medicamentos recetados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos clasificados como medicamentos de Implementación de Estudios de Eficacia de Medicamentos (DESI) por la FDA.
- Marihuana medicinal.
- Medicamentos utilizados para perder peso.
- Servicios prestados en una institución para el tratamiento de la tuberculosis (TB).
- Servicio médico brindado a un recluso o a una persona que está en custodia de una institución de salud mental estatal.
- Articulación/prótesis de extremidad inferior controlada por microprocesador para miembros mayores de 21 años.
- Cualquier servicio determinado como experimental, de investigación o realizado principalmente para investigación o que no haya sido aprobado por agencias reguladoras. Los miembros de AHCCCS que están inscritos en un plan pueden participar en tratamientos experimentales, pero AHCCCS no reembolsará el tratamiento experimental.
- Trasplantes, incluidos trasplantes de páncreas solamente (células totales, parciales o de los islotes) o cualquier otro trasplante que AHCCCS no indique como cubierto.
- Examen físico para fines no médicos (por ejemplo, exámenes de empleo, escolares o de seguros).
- Asesoramiento relacionados con el aborto y abortos (a menos que sean médicamente necesarios según las políticas médicas de AHCCCS).
- Cualquier servicio médico fuera del país.
- Circuncisiones de rutina y recién nacidos.
- Atención médica de rutina (fuera del área).

Monto, Duración y Alcance: la ley de Medicaid define los servicios EPSDT que incluyen servicios de detección de enfermedades, servicios de visión, servicios dentales, servicios de audición y "todos los otros servicios médicamente necesarios, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en la ley federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar defectos y afecciones y enfermedades físicas y mentales descubiertas por los servicios, ya sea que los servicios estén o no cubiertos bajo el plan del estado (AHCCCS)".

Tabla de Exclusiones y Limitaciones

Los siguientes servicios no están cubiertos o son servicios limitados para adultos de 21 años y mayores. Si usted es un QMB, continuaremos pagando su deducible y coseguro de Medicare por estos servicios.

Beneficio/Servicio	Descripción del Servicio	Servicio Excluido de Pago
Audífonos anclados al hueso	Un audífono que se coloca en el hueso de una persona cerca del oído mediante cirugía. Esto sirve para transportar el sonido.	AHCCCS no pagará por audífonos anclados al hueso (BAHA). Se pagan los materiales, el mantenimiento del equipo (cuidado del audífono) y la reparación de todas las partes.
Prótesis o articulación controlada por microprocesador del extremidad inferior	Un dispositivo que reemplaza una parte faltante del cuerpo y usa una computadora para ayudar con el movimiento de la articulación.	AHCCCS no pagará la prótesis de extremidad inferior (pierna, rodilla o pie) que incluya un microprocesador (chip de computadora) que controla la articulación.
Aparatos Ortopédicos	Un soporte o férulas para articulaciones o músculos débiles. Un aparatos ortopédico también puede sostener una parte deformada del cuerpo. Aparatos ortopédicos significa artículos como férulas para piernas, para muñecas y para el cuello.	Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre dispositivos ortopédicos para **miembros de 21 años de edad y mayores** cuando: • El aparato ortopédico es médicamente necesario como el tratamiento preferido con base a los lineamientos de Medicare; **Y** • El aparato ortopédico es menos costoso que todos los otros tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma condición; **Y** Los aparatos ortopédicos los indica un médico o un médico de cuidado primario (enfermero profesional o asistente médico).

Los siguientes servicios no están cubiertos o son servicios limitados para <u>adultos de 21 años y mayores</u>. Si usted es un QMB, continuaremos pagando su deducible y coseguro de Medicare por estos servicios.		
Beneficio/Servicio	**Descripción del Servicio**	**Servicio Excluido de Pago**
Cuidados de relevo	Servicios continuos o a corto plazo que se ofrecen como un descanso temporario para los cuidadores y miembros, a fin de que se tomen un tiempo para ellos mismos.	El número de horas de relevo disponible para adultos y niños que reciben beneficios de ALTCS o servicios de salud conductual es de 600 horas por persona dentro de un período de 12 meses. Los 12 meses van desde el 1 de octubre al 30 de septiembre del próximo año.
Servicios prestados por un podólogo	Cualquier servicio que realice un proveedor que trate los problemas en los pies y en los tobillos.	AHCCCS cubre servicios de podología médicamente necesarios que son prestados por un podólogo autorizado y solicitados por un PCP o un profesional de cuidado primario.
Trasplantes	Un trasplante es cuando un órgano o células se trasladan de una persona a otra.	La aprobación depende de la necesidad médica y de si el trasplante está en una lista "cubierta". Solo se pagarán los trasplantes que AHCCCS designe como cubiertos.
Fisioterapia	Ejercicios enseñados o brindados por un terapeuta físico para hacerlo más fuerte o para ayudar a mejorar el movimiento.	Las consultas de fisioterapia ambulatoria para restablecer la función están limitadas a 30 por año de contrato (del 1 de octubre al 30 de septiembre del año siguiente). Un miembro que tiene Medicare debería hablar con el plan de salud para recibir ayuda para determinar cuántas consultas se contarán.

El Arizona Complete Health-Complete Care Plan no se hará responsable del pago de ningún servicio no cubierto que usted decida recibir. En casos especiales, es posible que pueda obtener servicios fuera de su área de servicios. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711 si desea obtener más información sobre este tema.

Consentimiento para el Tratamiento

Tiene derecho a aceptar o rechazar los servicios de salud conductual que se le ofrecen. Si desea recibir los servicios de salud conductual ofrecidos, usted o su tutor legal deben firmar un formulario de "Consentimiento para el Tratamiento" que le otorgue a usted o a su tutor legal el permiso para que reciba los servicios de salud conductual. Cuando firma un formulario de "Consentimiento para el Tratamiento", también le otorga permiso a AHCCCS para acceder a sus registros.

Para brindarle ciertos servicios, su proveedor necesita obtener su permiso. Su proveedor puede pedirle que firme un formulario o que otorgue permiso verbal para obtener un servicio específico. Se le proporcionará información sobre el servicio para que pueda decidir si desea o no ese servicio. Esto se denomina consentimiento informado. Consentimiento informado significa:

- Informar al paciente sobre un tratamiento propuesto, un procedimiento quirúrgico, un medicamento psicotrópico o un procedimiento de diagnóstico.
- Informar al paciente sobre otras opciones.
- Informar al paciente sobre los riesgos y las posibles complicaciones.
- Obtener permiso del paciente o del representante del paciente.

Un ejemplo sería si su proveedor le receta un medicamento. Su proveedor le informará sobre los beneficios y riesgos de tomar el medicamento. También le informarán sobre otras opciones de tratamiento. Su proveedor le pedirá que otorgue permiso escrito o verbal para tomar el medicamento. Informe a su proveedor si tiene preguntas o no entiende la información que le brinda. Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. Su proveedor le explicará lo que sucederá si decide retirar su consentimiento.

Servicios Financiados por Subvenciones Disponibles para Ciudadanos de Arizona Inscritos y No Asegurados o con Seguro Insuficiente por Medicaid

Los individuos inscritos en Medicaid, no asegurados y con un seguro insuficiente pueden recibir ciertos servicios a través del financiamiento de subvenciones. Hay muchos tipos de subsidios. Todos ellos tienen pautas sobre quién puede obtener estos fondos y qué servicios se pueden utilizar. Por ejemplo, los fondos de subsidios podrían ofrecer servicios a personas que no están cubiertas por Arizona Complete Health-Complete Care Plan, que no están aseguradas o que tienen un seguro insuficiente. Llame a su proveedor de atención médica, al Centro de Salud Conductual y/o al Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener más información sobre las subvenciones. Puede comunicarse con nosotros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Tipos de Subvenciones

Subvenciones Federales en Bloques

Estas incluyen la Subvención en Bloque para el Uso de Sustancias (SUBG) y la Subvención en Bloque para la Salud Mental (MHBG).

1. Los fondos de SUBG Block Grant se utilizan para el tratamiento y los servicios de apoyo de recuperación a largo plazo para las siguientes personas, en orden de prioridad:
   - Personas embarazadas o adolescentes que consumen drogas inyectables.
   - Personas embarazadas o adolescentes que consumen sustancias.
   - Otras personas que consumen drogas inyectables.
   - Mujeres que consumen sustancias con hijos dependientes y sus familias, incluidas las mujeres que intentan recuperar la custodia de sus hijos.
   - Según la disponibilidad de fondos: todas las demás personas con un trastorno por consumo de sustancias, independientemente del sexo o la vía de consumo.
2. La Mental Health Block Grant (MHBG) se utiliza para establecer o ampliar servicios comunitarios para servicios de salud mental que no corresponden al Título 19/21 a niños con Perturbaciones Emocionales Graves (SED), adultos con SMI y personas que sufren un Primer Episodio de Psicosis (FEP).

Subvenciones Estatales y Federales para el Trastorno por Consumo de Opioides

El financiamiento está disponible a través de subvenciones estatales y federales para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides para ciudadanos sin seguro y con seguro insuficiente de Arizona. Puede obtener más información sobre estos programas en **azcompletehealth.com/completecare** o llamando a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Otras Subvenciones Federales y Estatales

Arizona Complete Health-Complete Care Plan a veces ofrece subvenciones especiales como:

- Subvenciones para miembros con determinadas condiciones.
- Subvenciones para ayudar a personas sin seguro y con seguro insuficiente con trastorno por consumo de opioides.
- Subvenciones para ayudar con la prevención y el alcance de la salud.
- Subvenciones que apuntan a la epidemia de opioides.
- Subvenciones para ayudar a las personas que abandonan la cárcel o la prisión.
- Subvenciones para capacitar proveedores, escuelas, planes de salud y otras organizaciones.
- Subvenciones a corto plazo que tienen un único propósito y terminan después de un tiempo o actividad establecidos.

Acceso a los Servicios que No Pertenecen al Título 19/21 Coordinados a través del Arizona Complete Health-Complete Care Plan-Regional Behavioral Health Agreement (ACC-RBHA)

AHCCCS cubre servicios de salud conductual que no corresponden al Título 19/21 con ciertas limitaciones para los miembros del Título 19/21 y los que no pertenecen al Título 19/21 cuando sea médicamente necesario. Entre los servicios, se incluye acupuntura auricular, cuidado infantil (SUD solamente), curación tradicional, vivienda con apoyo y alojamiento y comida (cuando se encuentra en un centro residencial de salud conductual).

Algunos servicios del Acuerdo Regional de Salud Conductual están disponibles para los miembros que no son elegibles para Medicaid (que no pertenecen al Título 19/21). Los programas financiados por el estado y las subvenciones incluyen actividades para lo siguiente:

- Prevenir y tratar trastornos por consumo de sustancias y de opioides.
- Prestar servicios para el VIH y la tuberculosis.
- Proporcionar servicios de salud mental a adultos con una designación de SMI y niños con una identificación de SED.

Estos servicios son limitados y se proporcionan según haya o no financiamiento disponible.

Los fondos de las subvenciones se pueden utilizar para cubrir los copagos en función de los fondos y la elegibilidad disponibles. Consulte la sección *Copagos* para obtener más información sobre este tema. Estos fondos son proporcionados por las siguientes subvenciones: Mental Health Block Grant (MHBG), State Opioid Response (SOR), State Pilot Grant Program for Treatment for Pregnant and Postpartum Women (PPW-PLT) y Substance Use Prevention, Treatment, and Recovery Services Block Grant (SUBG).

Para obtener más información sobre estos programas, visite **azcompletehealth.com/completecare**, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o envíe un correo electrónico a **AzCHHousing@azcompletehealth.com**.

Servicios de Vivienda

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con un Equipo de Vivienda. El Equipo de Vivienda ayuda a conectar a los miembros con la comunidad local y los recursos de viviendas. También puede enviarles un correo electrónico a **AzCHHousing@azcompletehealth.com** o llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y solicitar hablar con un miembro del Equipo de Vivienda.

Vivienda de Apoyo Permanente (PSH)

¿Qué es PSH?

PSH es un servicio que apoya las necesidades de vivienda individuales de los miembros, independientemente de su estado de vivienda. Los servicios de PSH pueden incluir ayuda para lo siguiente:

- Solicitar ayuda para pagar el alquiler.
- Solicitar ayuda para evitar un desalojo.
- Recursos de servicios públicos.
- Localización de recursos comunitarios.
- Renovaciones de alquileres.
- Facilitar y asistir a las citas de ABC/HOM Inc.

PSH también colabora con el centro de salud de sus miembros para complementar los servicios de apoyo y mejorar la estabilidad de la vivienda. Los servicios cubiertos de Salud en el Hogar pueden incluir lo siguiente:

- Administración de cuidados.
- Asesoramiento.
- Tratamiento de salud mental.
- Tratamiento por consumo de sustancias.
- Educación sobre la salud.
- Apoyo con el empleo.
- Apoyo con las actividades diarias.
- Apoyo con la socialización.
- Capacitación en habilidades.
- Respuesta a crisis.

Las agencias proveedoras ayudan y brindan apoyo a los miembros para conseguir y mantener una vivienda. Esto forma parte de la prestación de servicios de salud. Estos servicios incluyen ayuda con algunas cosas. Algunas de estas cosas son obtener documentos, encontrar un apartamento, aprender habilidades de vida y colaborar con el Administrador del Programa de Vivienda de AHCCCS (AHP), así como otros programas y viviendas basados en la comunidad (por ejemplo, cupones de elección de vivienda, programas de COC del Department of Housing and Urban Development (HUD)).

Encuentre un Proveedor de Vivienda de Apoyo Permanente (PSH) en la red del Arizona Complete Health-Complete Care Plan en azcompletehealth.com/find-a-doctor.html. La lista en formato PDF de los proveedores de PSH se encuentra al final de la página, en la sección de Agencias de Servicios Comunitarios.

Oportunidades de Vivienda y Salud (H2O)

- Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con proveedores especialistas en vivienda y Solari para apoyar a los miembros elegibles para H2O en la coordinación de su atención con proveedores de la red.
- Arizona Complete Health-Complete Care Plan es la agencia principal responsable de ayudar a nuestros miembros a acceder a recursos de vivienda. Para obtener más información, comuníquese con el Equipo de Vivienda en **AzCHHousing@azcompletehealth.com**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y solicitar hablar con un Especialista en Gestión de Viviendas.

- Arizona Complete Health-Complete Care Plan colabora con Solari, el administrador de H2O, para apoyar a los miembros elegibles para H2O. Este apoyo incluye la coordinación de la atención con nuestros proveedores. Puede encontrar más detalles sobre elegibilidad y remisiones en el sitio web de Solari: **h2o.solari-inc.org/**.

Programa de Vivienda de AHCCCS (AHP):

Arizona Complete Health-Complete Care Plan se asocia con AHCCCS para proporcionar a los miembros opciones de vivienda y servicios de apoyo. La mayoría de los subsidios de vivienda financiados por AHCCCS apoyan a los miembros con una designación de enfermedad mental grave (SMI). Puede haber fondos disponibles para las necesidades de General Mental Health and/or Substance Use Disorder (GMHSU). Arizona Behavioral Health Corporation (ABC) es el Administrador Estatal de Vivienda para el AHP. La función del Administrador Estatal de Vivienda incluye:

- Necesidades de inspección de los Estándares de Calidad de la Vivienda (HQS).
- Firma de contratos de arrendamiento.
- Coordinación de remisiones.
- Administración de las listas de espera de vivienda del Administrador Estatal de Vivienda.
- Capacitación sobre el proceso de solicitud de AHP para personas que hacen remisiones.

¿Quién es elegible para el AHP?

El miembro debe:

- Tener una designación de SMI o GMHSU (elegible para T19/Medicaid) Y una necesidad alta/costo alto determinado por Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Ser ciudadano estadounidense o tener una situación migratoria elegible.
- Tener, como mínimo, 18 años.
- Tener una situación identificada de falta de vivienda o una necesidad de vivienda documentada por el proveedor clínico o el equipo de tratamiento del miembro.

¿Quién emite remisiones para el AHP?

Las agencias deben ser aprobadas por AHCCCS. Las agencias aprobadas pueden ser:

- Centros de salud.
- Clínicas integradas.
- Proveedores de salud conductual.
- Centros residenciales.
- Programas de Salud de Indígenas Americanos.
- Autoridades Regionales Tribales de Salud Conductual (TRBHA).
- ALTCS tribal.
- Centros del Servicio de Salud para Indígenas.
- 638 centros que son propiedad de una tribu o que están operados por estas.
- Equipo de Project for Assistance to Transition from Homelessness (PATH).

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)

Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con proveedores de vivienda para ayudar a los miembros elegibles a conectarse con los programas locales Continuum of Care (COC) del HUD y los programas de vivienda de la Administración de Veteranos (VA). Arizona cuenta con tres COC que apoyan iniciativas en los 15 condados, cada uno con objetivos locales específicos adaptados a sus respectivas regiones. Los proveedores y los planes de salud participan en los COC.

Conéctese con un programa local Continuum of Care:

- Maricopa Association of Governments: **maricopacoc.org**
- Tucson and Pima Collaborative to End Homelessness (TPCH): **tpch.net**
- Saldo del Local Coalition to End Homelessness (LCEH) del estado a través del Arizona Department of Housing: **housing.az.gov/general-public/homeless-assistance-agencies**

Recursos Comunitarios y Apoyo Adicional

Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarlo a conectarse con recursos comunitarios y de vivienda. Envíe un correo electrónico a: **AzCHHousing@azcompletehealth.com** si tiene alguna pregunta.

Servicios de Empleo

¿Sabía que...?

- Trabajar puede ser una parte importante en la recuperación de una persona, ya que le da estructura y una rutina, a la vez que aumenta su autoestima y mejora su independencia financiera.
- Incluso si está cobrando beneficios públicos, como el Seguro Social, es posible que pueda generar más dinero y seguir conservando sus beneficios médicos.
- Para las personas con discapacidades, Vocational Rehabilitation es un recurso importante que lo ayuda a alcanzar sus objetivos laborales.

Servicios de Empleo de AHCCCS

Es posible que pueda acceder a servicios de empleo y rehabilitación a través de su centro de salud conductual o integrada. Incluye servicios previos y posteriores al empleo para ayudarlo a obtener un trabajo y mantenerlo. Estos son algunos ejemplos de los servicios de empleo que puede obtener:

- Asesoramiento profesional y educativo.
- Educación y planificación de beneficios.
- Acceso a la rehabilitación vocacional y a los recursos comunitarios.
- Capacitación en habilidades laborales.
- Preparación del currículo y habilidades para una entrevista de trabajo.
- Ayuda para encontrar empleo.
- Apoyo laboral (orientación laboral).

Para obtener más información acerca de los servicios y apoyos para el empleo, o para conectarse, pregunte en su hogar de salud conductual o integrado, o llame al Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Cómo Conectarse con los Servicios de Empleo

La mayoría de los centros de salud conductual o integrada tienen personal de empleo especializado que puede ayudarlo. Los miembros del personal pueden conectarlo con ayudas y servicios de empleo que satisfagan sus necesidades. El personal y usted trabajarán juntos para determinar los mejores servicios según su objetivo de trabajo.

Pregunte si su centro de salud conductual o integrada tiene personal de empleo especializado. Si es así, programe una reunión para hablar sobre sus objetivos de trabajo. Si su centro de salud conductual o integrada no cuenta con personal de empleo especializado, hable con su administrador de cuidados o con otro empleado para saber cómo conectarse.

¿Aún necesita ayuda? Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Podemos conectarlo con el Equipo de Empleo de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Otros Recursos de Empleo

Vocational Rehabilitation (VR)

VR es un programa dentro del Arizona Department of Economic Security (ADES) que ayuda a las personas con discapacidades que sean elegibles a prepararse para un trabajo, obtenerlo y mantenerlo. Puede calificar para VR si cumple con los siguientes criterios:

- Tiene una discapacidad física o mental documentada.
- Su discapacidad física o mental genera una barrera significativa para trabajar.
- Necesita servicios de VR para prepararse, obtener, mantener o recuperar el empleo.
- Puede beneficiarse de los servicios de VR y lograr como resultado un empleo.

Una vez que solicite el programa de VR y se determine que cumple con los requisitos, trabajará junto a un asesor de VR para desarrollar un plan de empleo. Esto incluye identificar una meta de empleo competitiva. También abordará cualquier barrera de empleo relacionada con su discapacidad. Pregunte en su centro de salud conductual o integrada acerca de las remisiones a VR, o llame directamente a la oficina local de VR.

Para obtener más información y encontrar la oficina de VR más cercana, visite **des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation-vr**.

ARIZONA@WORK

Este centro de trabajo estatal ofrece una amplia variedad de servicios laborales para quienes busquen empleo en Arizona sin costo alguno. A través de ARIZONA@WORK, puede conectarse con empleadores locales que tienen ofertas de trabajo inmediatas gracias a la base de datos de empleo más grande de Arizona, el sitio web de Arizona Job Connection.

ARIZONA@WORK puede conectarlo con sus socios para obtener asesoramiento y orientación por parte de expertos sobre cualquier tema, desde cuidado infantil, necesidades básicas, vocational rehabilitation para personas con discapacidades que buscan empleo y oportunidades educativas.

Para obtener más información y encontrar la oficina de ARIZONA@WORK más cercana, visite **arizonaatwork.com**.

Educación y Planificación de Beneficios

Existen muchos mitos sobre el trabajo y sus beneficios. Hay muchas personas con discapacidades que trabajan y reciben beneficios, y viven mejor así. Tener una discapacidad no implica que no pueda trabajar. Pregunte en su centro de salud conductual o integrada para obtener más información sobre los siguientes recursos:

- **Arizona Disability Benefits 101 (DB101):** Esta herramienta en línea, gratuita y fácil de usar ayuda a las personas a superar los mitos y la confusión acerca de los beneficios del Seguro Social, la atención médica y el empleo. DB101 ayuda a que las personas tomen decisiones informadas sobre cómo obtener un trabajo y cómo se relacionan los beneficios y los ingresos laborales. Visite **az.db101.org** para utilizar esta herramienta.
- **ABILITY360:** Dentro de ABILITY360 hay un programa llamado Benefits 2 Work Arizona de Work Incentives Planning & Assistance (B2W WIPA) que puede ayudarlo a entender cómo los ingresos laborales afectarán sus beneficios en efectivo, médicos y de otro tipo. Llame al B2W WIPA al **1-602-443-0720** o al **1-866-304-WORK (9675)**, o envíe un correo electrónico a **b2w@ability360.org** para saber si califica para este servicio sin costo alguno.
- **AHCCCS Freedom to Work:** Es un seguro de salud económico para personas con discapacidades que tienen un empleo. El programa, también conocido como programa Medicaid Buy-In, es proporcionado por el estado de Arizona y administrado por el Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS). Conozca más sobre AHCCCS Freedom to Work en el siguiente enlace: **azahcccs.gov/Members/GetCovered/Categories/workingdisabled.html**

Recursos de Apoyo de Pares y Familias

Los servicios de apoyo entre pares y los servicios de apoyo familiar son servicios de salud conductual disponibles para nuestros miembros. Las organizaciones administradas por pares son propiedad, administradas y cuentan con personal de personas que han recibido servicios de salud mental. Entienden por lo que está pasando. Estas organizaciones proporcionan una amplia gama de servicios a los miembros adultos, entre los que se incluyen los siguientes:

- Apoyo entre pares.
- Habilidades para vivir.
- Habilidades laborales.
- Apoyo al salir de prisión.
- Apoyo para veteranos.
- Y más.

Los servicios de apoyo familiar son brindados por familiares de niños con problemas de salud mental. Estas organizaciones ofrecen servicios a las familias con niños y/o adultos con problemas de salud conductual, emocional y mental. Pueden proporcionar servicios, incluidos:

- Apoyo familiar.
- Servicios de relevo.
- Bienestar y habilidades para vivir.
- Apoyo juvenil.

- Apoyo con el manejo de las adaptaciones educativas para su hijo.
- Apoyo en la utilización del Sistema de Justicia Juvenil.
- Habilidades laborales para las familias de niños que reciben servicios de salud conductual.

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

Atención de Salud para Pacientes Terminales

La atención de salud para pacientes terminales (EOL) es un enfoque centrado en el miembro con el objetivo de preservar los derechos y la dignidad del miembro mientras recibe cualquier otro servicio cubierto por Medicaid médicamente necesario. La atención de salud para pacientes terminales incluye enseñar a los miembros y a las familias acerca de las enfermedades y las opciones de tratamiento para mantener a los miembros sanos y darles una mejor opción en su tratamiento cuando se enfrentan a una enfermedad que limita la vida, independientemente de la edad o la etapa de la enfermedad. La atención de salud para pacientes terminales también les da a los miembros una planificación anticipada de la atención, cuidados paliativos, cuidados de apoyo y servicios de un centro de cuidado para pacientes terminales. Por lo general, también incluye la creación de instrucciones anticipadas (consulte a continuación).

A veces, las personas no pueden tomar sus propias decisiones de atención médica. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para delegar en alguien el derecho a tomar decisiones acerca de su salud.
- Entregar instrucciones por escrito a sus médicos sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar esas instrucciones se denominan “instrucciones anticipadas”. Estos documentos son una forma de informarles sus deseos a sus familiares, amigos y proveedores de atención médica. Le permite expresar sus deseos de atención médica por escrito en caso de que esté gravemente enfermo o lesionado y no pueda decirles a otras personas lo que desea.

Existen dos tipos de instrucciones anticipadas en Arizona:

- **Testamento vital:** Un documento que le informa a su proveedor de atención médica si debe seguir brindándole tratamiento en caso de estar cercano a la muerte o si está permanentemente inconsciente sin esperanza de recuperación. *(Testamento vital: Estatutos Revisados de Arizona §§ 36-3261 y siguientes)*
- **Poder notarial duradero para atención médica:** Un documento en el que usted nombra a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted, incluidas las decisiones sobre el soporte vital, si ya no puede hablar por sí mismo. Esta persona es su agente de atención médica y también puede llevar a cabo los deseos descritos en su testamento vital. *(Poder legal para la atención médica duradero: Estatutos Revisados de Arizona, sección 36-3221 y siguientes. Poder legal duradero para la atención de la salud mental: Estatutos Revisados de Arizona, sección 36-3281 y siguientes)*

Si quiere crear una instrucción anticipada:

- Puede pedir un formulario a sus proveedores, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social.
- Complete y firme el formulario. Recuerde, este un documento legal. Recomendamos que un abogado lo ayude a completar el formulario.
- Entregue copias a las personas que necesiten conocerlo, incluidos sus proveedores y la persona que usted designe como su agente. Quizás también desee entregar copias a sus amigos cercanos o a sus familiares.
- Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si va a ser hospitalizado, lleve al hospital una copia de las instrucciones anticipadas. En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si tiene en su poder ese documento. Si usted no firmó un formulario de instrucción anticipada, el hospital dispone de formularios y se le preguntará si quiere firmar uno.

El plan de salud no puede rechazar la atención ni discriminarlo de ninguna manera, en función de que tenga o no instrucciones anticipadas. También puede presentar una queja si considera que el plan de salud o un proveedor no cumplió con los requisitos de las instrucciones anticipadas. Puede presentar la queja comunicándose con Arizona Complete Health-Complete Care Plan Grievance and Appeals Department o directamente con AHCCCS y la ADHS Division of Licensing Services.

Si desea obtener más información sobre el cuidado al final de la vida útil y las instrucciones anticipadas para usted o un ser querido, o si desea presentar una queja, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Servicios y Remisiones a Especialistas

Una *remisión* es cuando su administrador de cuidados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, PCP o centro de salud conductual lo envía a un especialista para que reciba un servicio específico. Es posible que su administrador de cuidados, su PCP o su centro de salud conductual deseen que consulte a un especialista o que reciba servicios especiales. Puede llamar a Arizona Complete Health-Complete Care Plan, a su centro de salud conductual o a su PCP si cree que necesita una remisión del médico para recibir atención especializada. Una remisión puede ser para un proveedor de especialidad, laboratorio u hospital. Su PCP o su centro de salud conductual coordinará los servicios especializados que se enumeran a continuación. Algunos de estos servicios especializados pueden necesitar autorización previa.

- Evaluaciones nutricionales para miembros de 21 años o más.
- Consultas de la salud en el hogar.
- Trasplantes de órganos.
- Cuidado en un centro de convalecencia especializada.
- Servicios de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla.
- Atención de especialista.
- Cirugía.
- Ciertas radiografías, exploraciones o pruebas médicas.
- Equipo médico duradero (DME), como sillas de ruedas u oxígeno.

No necesita una remisión para los siguientes servicios de especialidad:

- Servicios de emergencia, incluidos los departamentos de emergencia fuera de la red no contratados.
- Servicios de atención de urgencia.
- La mayoría de los servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios (consulte la sección *Servicios de Salud Conductual*).
- Servicios de obstetricia/ginecología (OB/GYN).
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios de audiología para evaluar la pérdida de audición tanto para pacientes ambulatorios como internados. Esto incluye dispositivos de Comunicación Aumentativa y Alternativa (AAC) para equipos que generan voz y que no generan voz. Para obtener ayuda sobre cómo encontrar un proveedor, llame a su administrador de cuidados o con Servicios para Miembros.
- Servicios dentales para niños menores de 21.

Tenga en cuenta lo siguiente: los miembros pueden hacerse una prueba de Papanicolaou o una mamografía *(después de los 40 años y a cualquier edad si se considera médicamente necesario)* una vez al año sin una remisión de su PCP. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener más información sobre Papanicolaou y mamografías.

Es posible que debamos revisar y aprobar ciertas remisiones y servicios especiales antes de que los reciba. Algunos servicios médicos y especialistas necesitan nuestra aprobación previa. En ese caso, su administrador de cuidados, su PCP o su centro de salud conductual coordinarán la autorización previa para estos servicios. Debemos revisar estas solicitudes. Su administrador de cuidados, PCP, proveedor especializado o centro de salud conductual de Arizona Complete Health-Complete Care Plan le informará si su solicitud de autorización previa es aprobada. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para averiguar el estado de su solicitud.

Rechazo de Solicitudes de Servicios Especializados

Si se rechaza su solicitud de proveedor de especialidad, se lo informaremos por correo. En nuestra carta también se le indicará cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho con ella. Si tiene preguntas sobre la denegación, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación por una autorización denegada, consulte la sección titulada *Reclamos: ¿Qué Debo Hacer si no Estoy Satisfecho?* en este manual.

Si recibe servicios de SUD financiados por la Substance Use Block Grant (SUBG), tiene derecho a recibir servicios de un proveedor cuyo carácter religioso o moral no se opone a sus creencias. Si se opone al carácter religioso o moral de su proveedor de tratamiento de SUD, puede solicitar una remisión a otro proveedor de tratamiento de SUD. Usted tendrá una cita con el nuevo proveedor en el plazo de los siete días de su solicitud de remisión o antes, si fuera necesario. El nuevo proveedor debe estar disponible para usted y proporcionarle servicios de SUD similares a los servicios que estaba recibiendo del proveedor anterior.

Si tiene problemas para obtener servicios, como servicios de asesoramiento o remisiones, debido a las objeciones morales o religiosas de un proveedor, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que pueda satisfacer sus necesidades. También puede encontrar un proveedor en **azcompletehealth.com/fap**.

Miembros Indígenas Estadounidenses

Los miembros indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención de la salud de cualquier centro del Servicio de Salud para Indígenas (IHS) o en un centro que sea propiedad de una tribu y/o que esté operado por ella en cualquier momento.

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Su PCP o su centro de salud conductual organiza la mayoría de sus servicios de atención médica. Su PCP o su centro de salud conductual pueden proporcionar sus servicios médicos. Su PCP o su centro de salud conductual también pueden hacer planes para que usted reciba estos servicios de otro proveedor (a veces llamado especialista). **Siempre debe llamar a su PCP o a su centro de salud conductual antes de consultar a cualquier otro proveedor o intentar obtener servicios externos.**

No es necesario que consulte a su PCP o a su centro de salud conductual para lo siguiente:

- Servicios de emergencia.
- Servicios de atención de urgencia.
- Servicios de crisis.
- Servicios de salud conductual.
- Servicios para trastornos por consumo de sustancias.
- Servicios de obstetricia/ginecología (OB/GYN).
- Servicios dentales.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los miembros pueden hacerse una prueba de Papanicolaou o una mamografía *(después de los 40 años y a cualquier edad si se considera médicamente necesario)* una vez al año sin una remisión de su PCP. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener más información sobre Papanicolaou y mamografías.

Cómo Elegir o Cambiar de PCP

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

- Un médico general o de familia.
- Un internista.
- Un OB/GYN.
- Un pediatra o un médico especialista en adolescentes.
- Un profesional de enfermería certificado.
- Un asistente médico.
- Un especialista que realiza funciones de PCP.

Es importante que elija un PCP que lo haga sentir cómodo. Cuando se sienta satisfecho con su PCP, este podrá ayudarlo mejor con su atención médica. Esta relación es muy importante para proporcionarle la atención que necesita. Puede encontrar una lista de nuestros proveedores en nuestro sitio web en **azcompletehealth.com/completecare** o llamando a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Si quiere cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros, al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener ayuda. Podemos cambiar su PCP el mismo día en que solicita un cambio. Sin embargo, le solicitamos que intente no cambiar su PCP más de dos veces al año.

¿Cómo Pueden las Visitas al Médico Ayudarlo a Mantenerse Saludable?

- Asegúrese de que los niños menores de 21 años reciban sus exámenes anuales de bienestar y sus vacunas.
- Los adultos de 21 años o más deben realizarse sus exámenes rutinarios anuales y visitar a su PCP cuando se enferman o cuando deseen recibir atención para una afección crónica.
- Acceda a exámenes preventivos como Papanicolaou, mamografías *(después de los 40 años y a cualquier edad si se consideran médicamente necesarios)* y pruebas de detección de cáncer una vez al año o según sea necesario. Hable con su proveedor sobre otras pruebas de detección y preventivas importantes, como colonoscopias, exámenes de próstata, pruebas de diabetes y colesterol, una revisión de las vacunas necesarias (inmunizaciones), asesoramiento sobre el estilo de vida y cualquier otra remisión del médico necesaria.
- Asistir a su cita para las pruebas que su proveedor le ha indicado.
- Sepa por qué es importante que se haga la prueba y qué podría suceder si no lo hace.
- Pídale a su proveedor que lo ayude a aprender cómo cuidarse mejor.

Cómo Programar, Cambiar o Cancelar una Cita

Cómo concertar una cita:

- Llame a su PCP, dentista o especialista para programar su cita.
- Informe al consultorio del proveedor su nombre, su número de identificación del Arizona Complete Health-Complete Care Plan (aparece en la parte delantera de su tarjeta de ID del plan), el nombre de su proveedor y por qué necesita consultar a este proveedor.

Cómo cambiar una cita:

- Llame al consultorio de su proveedor, al menos, 24 horas antes de tiempo.
- Informe al consultorio del proveedor su nombre, su número de identificación del Arizona Complete Health-Complete Care Plan y la fecha de su cita. Solicite establecer una nueva fecha para ver a su proveedor.

Cómo cancelar su cita:

- Llame al consultorio de su proveedor con 24 horas de anticipación.
- Informe al consultorio del proveedor que desea cancelar su cita y proporciónele su nombre, su número de ID de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y la fecha de su cita.
- Si ya está dispuesto, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para cancelar los servicios de transporte o intérprete cuando ya no los necesite.

Si no puede llamar al consultorio de su proveedor y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros del Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711.

Cita Clínica y Cita Mínima de la Red: ¿Cuánto Tiempo Debería Tardar en Atenderlo un Proveedor?

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

PCP	• **Urgente:** De manera tan rápida como lo requiera la condición de salud del miembro, pero no más de 2 días hábiles luego de la solicitud. • **Rutina:** dentro de los 21 días calendario luego de la solicitud.
Especialidades/ Especialidad Dental	• **Urgente:** de manera tan rápida como lo requiera la condición de salud del miembro, pero no más de 2 días hábiles luego de la solicitud. • **Rutina:** dentro de los 45 días calendario luego de la solicitud.
Servicio Dental	• **Urgente:** de manera tan rápida como lo requiera la condición de salud del miembro, pero no más de 3 días hábiles luego de la solicitud. • **Rutina:** dentro de los 45 días calendario luego de la solicitud.
Maternidad	• **Primer Trimestre:** dentro de los 14 días calendario luego de la solicitud. • **Segundo Trimestre:** Dentro de los 7 días calendario luego de la solicitud. • **Tercer Trimestre:** Dentro de los 3 días hábiles luego de la solicitud. • **Embarazos de Alto Riesgo:** De manera tan rápida como lo requiera la condición de salud del miembro y no más de 3 días hábiles después de la identificación de alto riesgo por parte de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o un proveedor de atención de maternidad, o de manera inmediata si existe una emergencia.
Salud Conductual - Citas con Proveedores	• **Urgente:** De manera tan rápida como lo requiera la condición de salud del miembro, pero no más de 24 horas después de la identificación de la necesidad. • **Evaluación inicial:** Dentro de los 7 días calendario posteriores a la remisión inicial o la solicitud de servicios de salud conductual. • **Primera cita:** Dentro de los plazos establecidos según las necesidades clínicas: – Para miembros de 18 años de edad o más, no más de 23 días calendario después de la evaluación inicial. – Para los miembros menores de 18 años de edad, no más de 21 días después de la evaluación inicial. • **Servicios de salud conductual posteriores:** Dentro de los plazos que se determinen en función de las necesidades de la persona, sin que superen los 45 días naturales a partir de la identificación de la necesidad.
Salud Conductual - Medicamentos psicotrópicos	· Evaluar la urgencia de la necesidad de manera inmediata. · Si se indica clínicamente, proveer una cita con el Profesional Médico de Salud Conductual (BHMP) dentro de un período que garantice que el miembro a) no se quede sin medicamentos; o b) no empeore su condición de salud conductual antes de comenzar con los medicamentos, pero no más de 30 días calendario después de la identificación de la necesidad.

Para personas bajo la custodia legal del Department of Child Safety y niños adoptados de acuerdo con A.R.S. §8-512.01, los estándares de las citas de salud del comportamiento son:

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

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

Consultas de Bienestar

Las consultas de bienestar (exámenes de rutina) están cubiertas para los miembros menores de 21 años mediante el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT). La mayoría de las consultas de bienestar (también llamadas controles o exámenes físicos) incluyen antecedentes médicos, examen físico, exámenes de la salud, asesoramiento médico y vacunaciones médicamente necesarias.

¿Qué es una Visita de Servicio de Cuidado Preventivo y de Bienestar?

El cuidado preventivo lo ayuda a mantenerse sano y previene que se enferme. Una visita preventiva anual de bienestar es un beneficio cubierto que usted recibe como miembro del Arizona Complete Health-Complete Care Plan. No hay copago u otro cargo para esta consulta de atención preventiva. Usted recibe servicios como los siguientes:

- Examen físico (examen de bienestar) que evalúa la salud general.
- Examen clínico de las mamas.
- Examen pélvico según necesidad.
- Inmunizaciones (vacunas) y pruebas basadas en su edad y cualquier factor de riesgo.
- Pruebas de detección, asesoramiento y remisiones según sea necesario, con un enfoque en cómo llevar un estilo de vida saludable y reducir sus riesgos para la salud, incluidos:
  - Nutrición correcta.
  - Actividad física.
  - Índice de masa corporal (BMI) elevado que indica obesidad.
  - Consumo, abuso y/o dependencia de sustancias/tabaco.
  - Examen de detección de depresión.
  - Pruebas de detección de violencia interpersonal y doméstica, que incluyen pruebas de detección y asesoramiento (adolescentes incluidos) de manera culturalmente sensible y de apoyo para abordar las preocupaciones de seguridad y salud.
  - Infecciones de transmisión sexual (STI).
  - Pruebas de sífilis anuales (a partir de los 15 años de edad).

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Asesoramiento previo a la concepción que incluye una conversación sobre un estilo de vida saludable antes y entre embarazos que incluye:
  - Antecedentes reproductivos y prácticas sexuales.
  - Peso saludable, incluida 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.
  - Manejo terapéutico de enfermedades crónicas.
  - Bienestar emocional.
  - Consumo de tabaco y sustancias (cafeína, alcohol, marihuana y otras drogas), incluido el consumo de medicamentos recetados.
  - Intervalos recomendados entre embarazos.

Inicio de las remisiones necesarias cuando se identifica la necesidad de evaluación, diagnóstico y/o tratamiento adicionales.

Las pruebas genéticas solo están cubiertas en circunstancias específicas.

Bienestar Infantil/Servicios de Tratamiento, Diagnóstico y Exámenes Médicos Iniciales de Rutina (EPSDT)*

Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) es el nombre del beneficio de Medicaid que asegura que los miembros de AHCCCS menores de 21 años reciban atención médica integral a través de prevención, intervención temprana, diagnóstico, corrección, mejora y tratamiento de las afecciones de salud física y conductual. El objetivo del EPSDT es asegurar la disponibilidad y el acceso a recursos de atención de la salud, además de asistir a los miembros con la edad adecuada para el EPSDT y a sus padres o tutores para usar estos recursos de manera efectiva.

Cantidad, Duración y Alcance:

La Ley de Medicaid define los servicios EPSDT como aquellos que incluyen servicios de detección de enfermedades, servicios de visión, reemplazo y reparación de anteojos, servicios dentales, servicios de audición y todos los otros servicios de atención de la salud necesarios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en la ley federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar defectos, y afecciones y enfermedades físicas y mentales descubiertas por los servicios de detección, ya sea que estos servicios estén o no cubiertos bajo el Plan del Estado AHCCCS. Las limitaciones y exclusiones que no sean requisitos para necesidad médica y efectividad de costos no aplican a los servicios EPSDT.

Esto significa que los servicios cubiertos bajo EPSDT incluyen todas las categorías de servicios en la ley federal, incluso las que no están enumeradas como servicios cubiertos en el Plan del Estado AHCCCS, los estatutos, las reglas o las políticas de AHCCCS, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios y tengan una buena relación costo beneficio.

Algunos ejemplos adicionales de servicios cubiertos bajo por el EPSDT incluyen, entre otros, consultas de niños sanos (preventivas), servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, servicios de laboratorio y rayos X, servicios médicos, servicios naturopáticos, servicios de enfermería, medicamentos, servicios de terapia, servicios de salud conductual, equipo médico, aparatos y suministros, aparatos ortopédicos, prótesis, asistencia para programar citas, transporte a citas médicas, servicios y suministros de planificación familiar y servicios de maternidad. EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, exámenes de detección y estudios preventivos y de rehabilitación. Sin embargo, el EPSDT no incluye servicios que sean experimentales, tengan solamente un fin estético o no tengan una buena relación costo beneficio cuando se los compara con otras intervenciones. Las consultas de niños sanos para miembros con edad para el EPSDT, incluso cuando están sanos, son importantes porque incluyen todas las evaluaciones y servicios descritos en los cronogramas del EPSDT y de periodicidad dental de AHCCCS y pueden identificar problemas de forma temprana.

El programa del niño sano incluye los siguientes procedimientos y pruebas que se realizarán según lo recomendado por Arizona Complete Health-Complete Care Plan o en cualquier momento si se indica médicamente:

- Evaluación de los antecedentes médicos.
- Mediciones de estatura y peso, incluido el BMI para aquellos de 24 meses o más.
- Circunferencia de la cabeza desde el nacimiento hasta los 24 meses.
- Medición de la presión arterial (la necesidad de medir la presión arterial para 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 del habla.
- Evaluación del desarrollo, incluida la detección del trastorno del espectro autista (ASD).
- Evaluaciones conductuales que incluyen el consumo de alcohol y drogas, el suicidio adolescente y la depresión posparto.
- Examen físico.
- Inmunizaciones.
- Prueba de tuberculina (tuberculosis) para miembros en riesgo entre los 12 meses y los 20 años.
- Análisis de hematocrito/hemoglobina.
- Análisis de orina.
- Detección de plomo/pruebas verbales.
- Prueba de detección de plomo y análisis de plomo en sangre a los 12 y 24 meses de edad y a los 36 y 72 meses si no se realizó la prueba previamente.
- Orientación anticipatoria.

- Prueba de detección de dislipidemia.
- Pruebas de dislipidemia (prueba única entre los 18 y los 20 años).
- Examen de detección de STI (evaluación de riesgos para personas de 11 a 20 años).
- Examen de detección de displasia cervical (evaluación de riesgos para personas de 11 a 20 años).
- Evaluaciones de salud bucal cada seis meses.
- Evaluación metabólica para recién nacidos.
- El PCP puede aplicar barniz de fluoruro durante estas consultas a partir de los 6 meses de edad con al menos un diente y se puede repetir cada tres meses hasta los 5 años.
- Remisión dental: Se recomienda que el primer examen comience a los 6 meses de edad. Repetir las visitas dentales cada seis meses o según lo indique el estado de riesgo del niño. Para obtener más información sobre la cobertura de cuidado dental, consulte la sección "Cuidado Dental" en este manual.

El cuidado de niños sanos también le dará ideas sobre cómo:

- Mantener bien a su hijo.
- Proteger a su hijo de lastimarse.
- Detectar problemas de salud anticipadamente.
- Solicitar servicios como WIC, Head Start, Children's Rehabilitative Services (CRS) y el Arizona Early Intervention Program (AzEIP).

Todos los niños deben atenderse con su proveedor para las visitas para niños sanos con regularidad. Los controles del niño sano se deben realizar a las siguientes edades o en cualquier otro momento según el consejo de su proveedor:

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

Le enviaremos un recordatorio sobre los controles del niño sano. Obtenga una cita con su PCP. Es importante que su hijo asista a todos los controles de control del niño sano.

Cuidado Preventivo y de Bienestar

Las mujeres miembro, o miembros designadas mujeres al nacer, tienen acceso directo a servicios de atención preventiva y de bienestar de un PCP, obstetra/ginecólogo (OB/GYN), u otro proveedor de atención de maternidad dentro de la red del contratista sin remisión de un proveedor de atención primaria. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener más información sobre Papanicolaou (una prueba para el cáncer de cuello uterino), mamografías (una prueba para el cáncer de mama) y colonoscopias (una prueba para el cáncer de colon).

Nuestros miembros pueden ir directamente a un OB/GYN de la red para recibir servicios de atención médica preventivos y de rutina. Su PCP no necesita remisión.

Llamadas para Programar Citas

Es importante reunirse con su PCP. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o necesita transporte para su cita, llame a Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Planificación Familiar

Los servicios y suministros de planificación familiar están disponibles sin costo para todos los miembros en edad reproductiva, independientemente del sexo. También puede obtener servicios y suministros de planificación familiar de su PCP, OB/GYN u otro proveedor de atención de maternidad. Nuestros proveedores pueden ayudarlo a elegir métodos anticonceptivos que le servirán. Su PCP no necesita remisión ni autorización previa.

Los siguientes servicios y suministros de planificación familiar incluyen:

- Asesoramiento anticonceptivo.
- Pruebas de embarazo y procedimientos médicos y radiológicos asociados, incluidos los estudios ecográficos relacionados con la planificación familiar.
- Pruebas de detección y tratamiento de STI.

Los siguientes métodos de anticoncepción:

- Píldoras anticonceptivas.
- Anticonceptivos inyectables, como Depo-Provera.
- Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (LARC) y Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada Inmediata Posparto (IPLARC), como los implantes anticonceptivos o los IUD (dispositivos intrauterinos).
  - Preservativos.
  - Diafragmas.
  - Espumas.
  - Supositorios.
- Tratamiento de complicaciones causadas por el método anticonceptivo, incluido el tratamiento de emergencia.
- Planificación familiar natural y derivación a profesionales de la salud calificados.
- Anticoncepción oral de emergencia dentro de las 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección.
- Servicios de esterilización, independientemente del sexo, cuando se cumplan los requisitos.

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

- Servicios para la infertilidad, incluidas pruebas, tratamientos o reversión de una vasectomía o esterilización tubárica.
- Asesoramiento sobre la interrupción del embarazo.

- Interrupción del embarazo, a menos que cumpla con las condiciones descritas en la sección *"Interrupción del Embarazo Médicamente Necesaria"*.
- Histerectomías si se realizan únicamente para planificación familiar.

Si está pensando en quedar embarazada o planea hacerlo, es importante que hable con su proveedor. Su proveedor puede trabajar con usted para evaluar cualquier riesgo y asegurarse de que esté sana antes de quedar embarazada. Estos servicios de asesoramiento pueden ser parte de una visita anual. Este asesoramiento no incluye pruebas genéticas.

También queremos que pueda recibir atención médica si pierde su elegibilidad para el Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Este manual contiene una lista de clínicas que ofrecen atención médica de bajo costo o sin costo. Llame a estas clínicas para averiguar sobre los servicios y los costos. Si tiene preguntas o necesita ayuda, incluida la ayuda para programar citas, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Si pierde la elegibilidad para los servicios de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, podemos ayudarlo a encontrar suministros y servicios de planificación familiar de bajo costo o sin costo. También puede llamar a la línea directa del Arizona Department of Health Services al **1-800-833-4642**.

Atención de Maternidad

Cuando quede embarazada, queremos que tenga un embarazo saludable y un bebé sano. Contamos con programas especiales que ayudan durante el embarazo y después del nacimiento de su bebé.

Si se entera de que está embarazada, llámenos para que podamos brindarle más información sobre lo que ofrecemos y cómo podemos trabajar con usted para obtener los mejores resultados para su embarazo. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Los servicios de atención de maternidad incluyen, entre otros:

- Asesoramiento médicamente necesario antes de la concepción.
- Identificación del embarazo.
- Educación médicamente necesaria y servicios prenatales para la atención del embarazo.
- Ayudarlo a programar citas.
- Tratamiento de afecciones relacionadas con el embarazo.
- Servicios de trabajo de parto y parto.
- Atención y servicios posparto.
- Servicios, suministros de extensión y planificación familiar, que incluyen anticonceptivos reversibles de acción prolongada inmediatamente después del parto (IPLARC).

Es importante que concierte y asista a las citas con su proveedor durante el embarazo. Un miembro del equipo de Salud Maternoinfantil (MCH) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan la ayudará durante y después de su embarazo. Si necesita ayuda para buscar un proveedor que la atienda durante el embarazo y el parto, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Los miembros que recientemente se cambien a Arizona Complete Health-Complete Care Plan o se inscriban durante su tercer trimestre pueden completar la atención de maternidad con su proveedor registrado actualmente en AHCCCS, independientemente de si ese proveedor tiene contrato con el Arizona Complete Health-Complete Care Plan, para garantizar la continuidad de la atención.

La coordinación de la atención de maternidad consta de las siguientes actividades relacionadas con la atención de maternidad:

- Hablar con usted sobre sus necesidades médicas o sociales.
- Desarrollar un plan de atención diseñado para abordar esas necesidades.
- Ayudar con las remisiones a proveedores y recursos comunitarios apropiados, según sea necesario.
- Hacer un seguimiento con las remisiones para garantizar que se reciban los servicios.
- Revisar el plan de atención, según sea necesario.

Amamantar y ofrecer leche materna son maravillosos obsequios que puede darle a su bebé. La leche materna es buena para su bebé. Aumenta el vínculo entre la persona que da a luz y el bebé y puede proteger a los bebés de las enfermedades. También puede beneficiarse de la lactancia materna, ya que puede reducir el riesgo de diabetes y algunos tipos de cáncer de mama y de ovario. La lactancia materna también puede ayudarla a bajar de peso.

Las primeras semanas pueden ser complicadas y difíciles, ya que tanto usted como su bebé aprenden a amamantar. Las primeras semanas son importantes para establecer el suministro de leche y pueden ser un momento en el que muchas madres dejan de amamantar. Es importante obtener ayuda en forma temprana, antes de que las pequeñas preocupaciones se transformen en grandes problemas. En ciertas circunstancias, la leche pasteurizada de donantes humanas de un banco de leche podría estar disponible si es médicamente necesaria. Consulte a su proveedor para saber si califica para este servicio.

Los miembros pueden llamar al Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener un extractor de leche sin costo alguno. Para obtener más información, llame a su administrador de cuidados, al coordinador de atención o a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Para obtener ayuda las 24 horas por cualquier problema o inquietud sobre la lactancia materna, llame a la **Línea Directa de Lactancia las 24 horas al 1-800-833-4642.**

Identificación del Embarazo

Tan pronto como piense que está embarazada, llame a su PCP para realizarse una prueba de embarazo. Una vez que sepa que está embarazada, es importante elegir un proveedor de atención prenatal. Tenga en cuenta lo siguiente: su proveedor de atención prenatal también puede servir como su PCP, a menos que esté consultando a una partera autorizada. Las parteras autorizadas no pueden brindar servicios de cuidado primario, ya que estos servicios no están dentro de su ámbito de práctica. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para elegir un proveedor de cuidado prenatal adecuado para usted. Luego, llame al proveedor para programar su primera cita. No necesita una remisión para consultar con un proveedor de cuidado prenatal. En caso de cambiar a un nuevo plan de salud mientras está embarazada o de inscribirse durante el tercer trimestre de embarazo, puede continuar recibiendo servicios de atención de maternidad con su proveedor actual registrado de AHCCCS, incluso si ese proveedor no está contratado con Arizona Complete Health-Complete Care Plan, para asegurar la continuidad de la atención.

A continuación se enumeran los tipos de proveedores que pueden proporcionar atención de maternidad cuando esté dentro de su formación y ámbito de práctica:

1. Médicos alópatas u osteópatas con licencia en Arizona que sean obstetras o proveedores de medicina general o medicina familiar.
2. Profesionales de Enfermería.
3. Asistentes Médicos.
4. Enfermeras-Parteras Certificadas.
5. Parteros Autorizados.

Cuidado Prenatal

La *atención prenatal* es la atención médica que usted recibe durante el embarazo. Tiene tres partes:

1. Evaluación continua y temprana de riesgos.
2. Promoción y educación de la salud.
3. Control médico, intervención y seguimiento.

Llame para obtener una cita tan pronto como sepa que está embarazada. Tenga en cuenta que es muy importante asistir a todas las citas prenatales con su OB/GYN. Al hacerlo, usted podría ser elegible para recibir incentivos a través de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros del Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Durante sus visitas de atención prenatal, su proveedor puede brindar estos cuidados:

- Controles (incluidos control de la presión arterial, control del peso, control del movimiento y el crecimiento de su bebé y escucha de los latidos del bebé).
- Pruebas que puede necesitar, como análisis de sangre y análisis de orina para verificar que está bien.
- Control de infecciones, incluidas las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Nota: Las pruebas prenatales voluntarias de VIH/SIDA son muy importantes y están disponibles para usted y su bebé, así como los servicios de asesoramiento y tratamiento y los beneficios del tratamiento si las pruebas son positivas. Si tiene preguntas o necesita más información sobre las pruebas y/o los servicios disponibles, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.
- Proporcionar recetas de vitaminas prenatales u otros medicamentos.

Cuando se entere de que está embarazada, su proveedor debe verla dentro de los siguientes plazos:

- Catorce días calendario si está en su primer trimestre.
- Siete días calendario si está en su segundo trimestre.
- Tres días calendario si está en su tercer trimestre.
- Tres días calendario si su embarazo es de alto riesgo o de inmediato si se trata de una emergencia.

Si no puede obtener una cita dentro de estos plazos, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. La ayudaremos a concertar sus citas a tiempo. Llame a Servicios para Miembros si necesita transporte para asistir a sus citas de atención prenatal.

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

- Comer alimentos saludables.
- Hacer ejercicio durante el embarazo.
- No fumar, no beber alcohol y no consumir otras drogas durante el embarazo (incluido el consumo de opioides recetados).
- Abuso de pareja íntima.
- Medicamentos durante el embarazo.
- Pruebas de detección de STI o hepatitis.
- Pruebas de VIH/SIDA, asesoramiento y tratamiento si las pruebas son positivas.
- Peligros de la exposición al plomo en personas embarazadas y su bebé.
- Los cambios normales en el embarazo que el cuerpo presentará.
- El proceso de trabajo de parto y el parto.
- Cuándo llamar a su proveedor de inmediato por los cambios en la salud.
- Depresión posparto y otros cambios en el estado de ánimo.
- Plan de atención segura y sueño del lactante después del parto.
- Lactancia.
- Seguimiento posparto.
- Suministros y servicios de planificación familiar y de separación entre embarazos, como anticonceptivos reversibles de acción prolongada inmediatamente después del parto, píldoras anticonceptivas, inyecciones Depo-Provera®, preservativos, diafragmas, espumas y supositorios.

No hay cargos por servicios relacionados con el embarazo. En su primera consulta, su proveedor también realizará una evaluación de riesgos para identificar sus necesidades médicas, conductuales y sociales. Las respuestas que usted dé ayudarán a su proveedor a determinar sus necesidades y la guiarán a lo largo de su embarazo. En este momento, su proveedor hará remisiones a consultorios de servicios comunitarios y se pueden coordinar los recursos. Algunos ejemplos de servicios comunitarios son el Women, Infants and Children (WIC) y otros programas estatales de asistencia, como el Department of Economic Security (DES). DES proporciona ayuda financiera a los residentes de Arizona que califican en la solicitud.

Los servicios adicionales relacionados disponibles para usted son la atención prenatal grupal y los servicios de doula. Póngase en contacto con su proveedor o con Servicios para Miembros del Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener más información.

Si necesita ayuda con respecto a su elegibilidad o por cualquier otra razón durante su embarazo, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con administradores de cuidados para ayudar a nuestros proveedores con la coordinación de la atención de maternidad. Puede cambiar de proveedores durante su embarazo. Su administrador de cuidados puede ayudarla.

Prueba de VIH/SIDA

Los miembros prenatales y no prenatales disponen de servicios voluntarios y privados de pruebas de VIH/SIDA. También se proporciona información sobre la disponibilidad de asesoramiento y tratamiento médico, así como los beneficios del tratamiento para las personas embarazadas y sus bebés si una prueba es positiva. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudar. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener información sobre pruebas confidenciales o servicios de asesoramiento.

Embarazo de Alto Riesgo

Su embarazo puede ser de alto riesgo si usted o su bebé tienen una afección médica o de otro tipo que podría causarles a usted o a su bebé una enfermedad mientras está embarazada o después del parto. Su proveedor trabajará con usted para identificar cualquier factor de riesgo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con administradores de cuidados que pueden ayudarla con su embarazo de alto riesgo sin costo. Nuestros administradores de cuidados pueden responder preguntas y ayudar con las citas o remisiones. Si quiere comunicarse con un administrador de cuidados, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Atención al Parto

Cuando se acerque el parto de su bebé (el embarazo suele ser de 40 semanas hasta el parto), su OB/GYN asistirá el parto en un hospital o centro de maternidad. Los hospitales figuran en el Directorio de Proveedores. Si su embarazo no es de alto riesgo, es posible que pueda dar a luz a su bebé en casa con un médico, una partera o una enfermera partera certificados y autorizados.

Cuidado Posparto

El *cuidado posparto* es la atención médica que comienza el último día de embarazo y continúa hasta 12 meses después del parto. Esta última parte de la atención de maternidad es muy importante y no debe evitarse, incluso si su parto salió bien. Durante una visita posparto, su proveedor la examinará para determinar sus necesidades médicas y de salud conductual después del nacimiento de su bebé.

Muchas personas que han dado a luz pueden sentirse tristes o deprimidas, o pueden sufrir otros cambios en su estado de ánimo después del nacimiento de su bebé. Informe a su proveedor si tiene sentimientos de depresión u otros problemas de ansiedad y estado de ánimo. Estos problemas pueden tratarse. Es importante informar a alguien si se siente de este modo.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para programar una cita o si necesita transporte para sus citas de atención posparto.

Servicios y Suministros de Planificación Familiar

Usted tiene la libertad de elegir servicios y suministros de planificación familiar de cualquier PCP u OB/GYN dentro de la red o fuera de la red. Su PCP no necesita remisión ni autorización previa para servicios o suministros de planificación familiar, o para servicios de OB/GYN. Los servicios y suministros de planificación familiar no requieren copago y se ofrecen sin costo para usted.

Los servicios y suministros de planificación familiar cubiertos para los miembros incluyen los siguientes:

- Asesoramiento, medicamentos y/o suministros anticonceptivos, incluidos, entre otros:
  - Anticonceptivos orales e inyectables.
  - Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC), incluida la colocación de anticonceptivos reversibles de acción prolongada inmediatamente después del parto (IPLARC).
  - Diafragmas.
  - Preservativos.
  - Espumas.
  - Supositorios.
- Exámenes médicos y de laboratorio, que incluyen ecografías relacionadas con la planificación familiar.
- Tratamiento de complicaciones que surgen del uso de anticonceptivos, incluido el tratamiento de emergencia.
- Educación para planificación familiar natural o remisión del médico a un proveedor calificado.
- Anticoncepción oral de emergencia dentro de las 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección.
- Detección de embarazo.
- Medicamentos asociados con condiciones médicas relacionadas con la planificación familiar u otras.
- Detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (STI), independientemente del sexo.
- Servicios de esterilización, independientemente del sexo, cuando se cumplan los requisitos.

También queremos que pueda recibir atención médica si pierde su elegibilidad para el Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Podemos ayudarlo a encontrar suministros y servicios de planificación familiar de bajo costo o sin costo. Este manual contiene una lista de clínicas que ofrecen atención médica de bajo costo o sin costo. Llame a estas clínicas para averiguar sobre los servicios y los costos. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros del Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. También puede llamar a la línea directa del Arizona Department of Health Services al **1-800-833-4642**.

Terminaciones de Embarazos Médicamente Necesarias

Las terminaciones de embarazos son un servicio con cobertura de AHCCCS solamente en situaciones especiales. AHCCCS cubre la terminación de un embarazo si se presenta uno de los siguientes criterios:

1. La mujer embarazada sufre de un trastorno físico, lesión física o enfermedad física, lo que incluye una afección física que ponga en peligro su vida, es causada por el embarazo, o surge de él y que podría, según lo certifique un médico, poner la vida de la miembro en peligro de muerte, a menos que el embarazo se interrumpa.
2. El embarazo es resultado de un incesto.
3. El embarazo es resultado de una violación.

4. La terminación del embarazo es médicamente necesaria según el juicio médico de un médico certificado, que atestigua que la continuación del embarazo podría significar un problema físico o conductual grave para la mujer embarazada, lo que:
   - **a.** Crearía un problema de salud físico o conductual grave para la mujer embarazada,
   - **b.** Dificultaría gravemente una función corporal de la mujer embarazada,
   - **c.** Causaría la disfunción de un órgano corporal o parte del cuerpo de la mujer embarazada,
   - **d.** Exacerbaría un problema de salud de la mujer embarazada, o
   - **e.** Impediría que la mujer embarazada obtenga tratamiento por un problema de salud.

Cuidado Dental

Miembros Menores de 21 Años

Todos los controles, limpiezas y tratamientos de salud dental están cubiertos para miembros menores de 21 años. No se requiere una remisión para ver a un dentista. Se cubren dos visitas dentales de rutina y preventivas por año para miembros menores de 21 años. Es importante acudir o llevar a su hijo al dentista dos veces al año para mantener los dientes saludables. Se recomienda realizar la primer consulta dental de un niño cuando sale el primer diente, pero no después de los 12 meses de edad. Los niños deben visitar a su dentista para realizarse un control cada seis meses.

Todos los miembros menores de 21 años deben tener un centro dental. Un centro dental es un dentista asignado que les proporcionará a usted o a su hijo la atención dental que necesitan. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para seleccionar un dentista. Si no elige un dentista, se le asignará uno. Si se le asigna un dentista que no desea, o si consulta a un dentista que ya está en nuestra red y está satisfecho con ese dentista, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para solicitar continuar con ese dentista.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan envía cartas de recordatorio de chequeo dental a los miembros. Es importante que asista a sus visitas porque los dentistas pueden ayudar a prevenir las caries. También pueden utilizar tratamientos con fluoruro dental y enseñarle a usted y a su hijo cómo cuidar los dientes. Es importante visitar al dentista para realizarse controles dos veces al año. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** si necesita ayuda para encontrar otro proveedor dental. Una vez que elija a un dentista, puede llamar a su consultorio para obtener, cambiar o cancelar una cita. Su dentista está disponible para usted incluso si los proveedores dentales móviles o de la escuela no están accesibles.

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

- Exámenes dentales.
- Limpiezas dentales.
- Empastes para caries.
- Radiografías para detectar problemas dentales.
- Aplicación de fluoruro.
- Servicios dentales de emergencia.

Utilice estas pautas para programar citas para su hijo:

- Urgente: De manera tan rápida como lo requiera la condición de salud del miembro, pero no más de tres días hábiles luego de la solicitud.
- Rutina: Dentro de los 45 días calendario después de la solicitud.

Asegúrese de llevar consigo la tarjeta de identificación del Arizona Complete Health-Complete Care Plan de su hijo a su cita dental. Si necesita obtener, cambiar o cancelar una cita dental, llame a su dentista o a Servicios para Miembros del Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener ayuda.

Miembros Mayores de 21 Años

¿Qué sucede si tiene más de 21 años y tiene una emergencia dental? Los servicios dentales limitados están cubiertos para aliviar el dolor y/o la infección graves. Los miembros adultos mayores de 21 años pueden recibir servicios dentales de emergencia, limitados a $1,000 por miembro por año de contrato. Los servicios de emergencia que superen el beneficio de $1,000 son responsabilidad del miembro.

Los servicios dentales de rutina no están cubiertos para miembros de 21 años de edad o más. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre servicios médicos y quirúrgicos relacionados con la atención dental (oral) solo si dicha prestación se realiza según la Ley Estatal por parte de un médico o un dentista, y los servicios se considerarían servicios médicos si los realiza un médico. Los servicios dentales cubiertos para miembros mayores de 21 años deben estar relacionados con el tratamiento de una condición médica, como dolor, infección o fractura de la mandíbula. Los servicios dentales cubiertos incluyen un examen limitado de la boca, radiografías, atención de fracturas de la mandíbula o la boca, y administración de anestesia, medicamentos para el dolor y/o antibióticos.

¿Qué más está cubierto? Ciertos servicios previos al trasplante para el tratamiento de infecciones orales y enfermedades orales (como limpiezas dentales, tratamiento de enfermedad periodontal, empastes, restauraciones simples o extracciones). También se cubre la extracción de dientes antes del tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula, cuello o cabeza. Las limpiezas dentales están cubiertas para los miembros que se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes internados y con ventilación mecánica o que no pueden realizar una higiene bucal. Estos servicios no forman parte del límite de $1,000 para atención dental de emergencia para adultos.

Servicios de Farmacia

El *formulario*, o la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL), de Arizona Complete Health-Complete Care Plan es una guía de medicamentos genéricos y de marca disponibles que están aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) y cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados. La PDL está disponible en **azcompletehealth.com/members/medicaid/benefits-services/pharmacy.html**.

La PDL incluye medicamentos disponibles sin autorización previa. Algunos medicamentos necesitan autorización previa o tienen limitaciones en la edad, la dosis y las cantidades máximas. En el caso de algunos medicamentos, primero debe probar otro medicamento. Esto se denomina *terapia escalonada* (consulte a continuación).

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubrirá los medicamentos enumerados en nuestra PDL, siempre y cuando sean necesarios y apropiados a nivel médico. La PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan incluye todos los medicamentos cubiertos en la PDL de AHCCCS relacionada e incluye productos adicionales que son seguros y efectivos. La PDL no pretende ser una lista completa de los medicamentos cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos recetados. Puede que no todas las presentaciones o concentraciones de un medicamento estén cubiertas.

La PDL es evaluada continuamente por el Comité de Farmacia y Terapéutica de AHCCCS (P&T) y el equipo de Farmacia de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para promover el uso apropiado, médicamente necesario y rentable de los medicamentos. Las actualizaciones anuales y los cambios importantes en la PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan se comunican a los proveedores y miembros por correo directo (p. ej., fax, correo electrónico o correo), según sea necesario.

Sustitución Genérica

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca y deben considerarse como la primera línea de tratamiento. La FDA exige que los medicamentos genéricos sean seguros y funcionen de la misma manera que los medicamentos de marca. Por lo general, el medicamento genérico se le proporcionará en la farmacia, a menos que la PDL indique específicamente que se prefiere el medicamento de marca. Si no hay un medicamento genérico disponible, puede haber más de un medicamento de marca para tratar una condición. Los medicamentos de marca preferidos que son opciones de tratamiento clínicamente apropiadas, seguras y rentables se enumeran en la PDL y se deben considerar, si un medicamento genérico en la Lista de medicamentos no es adecuado para su condición.

Terapia Escalonada

Para tomar algunos medicamentos enumerados en la PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, puede ser necesario que pruebe primero otro medicamento. Esto se denomina *terapia escalonada*. Si tenemos un registro de que primero probó el medicamento requerido, entonces el medicamento de terapia escalonada se cubrirá automáticamente. Si no tenemos registros de que haya probado primero el medicamento requerido, es posible que usted o su proveedor tengan que brindarnos más información o su proveedor deba obtener una autorización previa. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no concede la autorización previa, le notificaremos a usted y a su proveedor, y le diremos cómo presentar una apelación.

¿Qué es la Autorización Previa?

Arizona Complete Health-Complete Care Plan debe aprobar algunos medicamentos antes de que los obtenga. Esto se denomina autorización previa. Pregúntele a su proveedor si su receta necesita autorización previa. Si es así, pregunte si hay otro medicamento preferido que pueda usarse y que no requiera autorización previa. Los proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan saben:

- Qué medicamentos se encuentran en la PDL.
- Qué medicamentos son preferidos y qué medicamentos requieren autorización previa.
- Cómo solicitar autorización previa.
- Procedimientos especiales para cuando necesite un medicamento de inmediato (solicitudes urgentes).

Su proveedor puede decidir si necesita tomar un medicamento no preferido. Si es así, debe entregar a Arizona Complete Health-Complete Care Plan una solicitud de autorización previa.

Nuestro programa de farmacia incluye muchos medicamentos. Trabajamos con proveedores y farmacéuticos para asegurarnos de que cubramos medicamentos que pueden tratar muchas condiciones y enfermedades diferentes. Cuando lo indica un proveedor, cubrimos medicamentos recetados y ciertos medicamentos de venta libre (OTC).

¿Qué Sucede si un Medicamento no Está en la PDL/el Formulario?

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

Arizona Complete Health-Complete Care Plan aprobará su solicitud si los medicamentos de nuestro formulario no serían tan efectivos para tratar su condición y/o le causarían efectos secundarios graves.

¿Qué Sucede si se Rechaza mi Solicitud?

Cuando Arizona Complete Health-Complete Care Plan rechaza una solicitud de autorización, se envía por correo una *Notificación de Determinación Adversa de Beneficios o una Notificación de Decisión (NOD)* al miembro y se envía una carta de explicación a su proveedor. En el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios del miembro, se le indicará al miembro cómo presentar una apelación.

Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan reduce, suspende o termina un servicio existente, existen derechos y reglas adicionales que se aplican, además de poder presentar una apelación.

Cómo Dispensar una Receta

Todas las recetas deben dispensarse en una farmacia de la red. También puede usar nuestro Directorio de Proveedores para encontrar una farmacia cerca de usted. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener ayuda para encontrar una farmacia. En la farmacia, deberá mostrarle al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación de miembro.

Si toma medicamentos para una condición de salud en curso, puede recibir los medicamentos por correo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con una farmacia de pedidos por correo para brindarle este servicio sin costo alguno. Si elige esta opción, el medicamento se enviará por correo directamente a la puerta de su casa. Puede programar sus reabastecimientos y comunicarse con farmacéuticos si tiene preguntas.

Express Scripts proporciona los servicios de farmacia de pedidos por correo. Para obtener más información, visite **express-scripts.com/rx**.

Algunos medicamentos especializados solo están cubiertos cuando los suministran nuestros proveedores de farmacia especializada. La mayoría de estos medicamentos necesitan autorización previa.

Si tiene otro seguro además de Medicare Part D, 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 del horario de atención, los fines de semana o los feriados (incluso si la farmacia lo rechaza cuando intenta obtener su receta), llame a Servicios para Miembros al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711. Estamos disponibles para usted las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Lo que Necesita Saber sobre su Nueva Receta

Cuando reciba una receta de su proveedor o dentista, asegúrese de comunicarles sobre cualquier otro medicamento que pueda estar tomando. Esto incluye otros medicamentos recetados, medicamentos OTC, vitaminas y suplementos.

Cuando retire su receta, el farmacéutico hablará con usted sobre su nuevo medicamento. Consulte a su farmacéutico sobre cómo tomar su medicamento y sobre los efectos secundarios que podrían ocurrir. La farmacia también le dará información impresa sobre los medicamentos cuando dispense su receta. Le explicará lo que debe y no debe hacer, y los posibles efectos secundarios.

Reabastecimiento

En la etiqueta del frasco de su medicamento, se le indica cuántos reabastecimientos ha solicitado su proveedor. Si su proveedor solicitó reabastecimientos, solo puede obtener hasta un reabastecimiento para 30 días a la vez. Llame a su farmacia para obtener un reabastecimiento antes de que se le acabe su medicamento. Su farmacia le indicará cuándo puede retirar su reabastecimiento.

Si su proveedor no ha solicitado reabastecimientos, usted o la farmacia deben llamar a su proveedor antes de que se acabe su medicamento. Hable con su proveedor o farmacia para obtener un reabastecimiento. Es posible que el proveedor quiera verlo antes de darle un reabastecimiento.

¿Qué Debo Hacer si la Farmacia no Puede Dispensar mi Receta?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Podemos ayudarlo a averiguar por qué no se puede dispensar su receta. A veces, es posible que se ingrese un seguro primario incorrecto o que sea demasiado pronto para volver a dispensar la receta. Otras veces, el medicamento no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Si la farmacia lo rechaza o no le dispensa su receta, pregúntele si usted y el farmacéutico pueden llamar juntos a Servicios para Miembros para averiguar qué está sucediendo. Trabajaremos con usted y la farmacia para encontrar las mejores opciones para usted.

Farmacias Exclusivas

Arizona Complete Health-Complete Care Plan quiere mantener seguros a sus miembros. Podemos asignar a los miembros a una farmacia principal o exclusiva. El miembro elige o Arizona Complete Health-Complete Care Plan asigna las farmacias exclusivas para proporcionar todos los medicamentos médicamente necesarios. Es posible que se le asigne una farmacia exclusiva si utilizó lo siguiente en un período de tres meses:

- Más de cuatro prescriptores **Y**
- Más de cuatro medicamentos diferentes con potencial de abuso **Y**
- Más de cuatro farmacias **O**
- Recibió 12 o más medicamentos con sustancias controladas en los últimos tres meses **O**
- Ha acudido al departamento de emergencias (ED) debido a una sobredosis (OD) **O**
- Le dio a la farmacia una receta falsificada o alterada.

Cómo acceder a los Servicios de Salud Conductual de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Su PCP puede ayudarlo si tiene depresión leve, depresión posparto (depresión después de dar a luz), ansiedad, trastorno por consumo de sustancias (SUD) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD). Su PCP puede administrarle medicamentos, hacer un seguimiento de cómo funciona el medicamento y solicitar diferentes pruebas. **No necesita una remisión de su PCP para recibir servicios de salud conductual.**

Como miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, también puede obtener una amplia gama de servicios de salud mental/salud conductual, incluidos los medicamentos. Los medicamentos solicitados por su proveedor son parte de su beneficio.

Cómo Recibir Servicios de Salud Conductual si Tiene una Designación de Enfermedad Mental Grave (SMI) o una Identificación de Perturbación Emocional Grave (SED)

Si lo designan como una persona con una SMI o lo identifican con una SED, obtendrá sus beneficios de salud mental o salud conductual, incluidos los medicamentos, de parte del Arizona Complete Health-Complete Care Plan-Regional Behavioral Health Agreement (ACC-RBHA).

Si ha sido designado recientemente con una SMI, Arizona Complete Health-Complete Care Plan ofrece un navegador de recuperación personal (PRN) para ayudarlo a manejar su atención y entender todos los servicios disponibles para usted. Comuníquese con la Office of Individual and Family Affairs a través de **advocates@azcompletehealth.com** para obtener más información sobre el Programa PRN.

Su tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros al que puede llamar para obtener servicios de salud conductual y por abuso de sustancias. Los servicios se asignan dependiendo de dónde vive usted. Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Elegibilidad para Servicios de Salud Conductual

Los siguientes miembros pueden recibir servicios de salud conductual:

- Personas elegibles para AHCCCS a través del Título 19 (Medicaid) o el Título 21.
- Personas que tienen una designación de SMI.
- Poblaciones especiales que pueden recibir servicios financiados a través de subsidios globales federales.

Título 19 (Medicaid; también puede denominarse AHCCCS) es un seguro para personas, hijos y familias de bajos ingresos. Paga servicios médicos, dentales (para niños de hasta 21 años de edad) y de salud conductual.

Título 21 (también puede denominarse AHCCCS) es un seguro para niños menores de 19 años que no tienen seguro y no son elegibles para los beneficios del Título 19. Paga servicios médicos, dentales y de salud conductual.

Las personas que califican para una designación de SMI deben tener 18 años o más y pueden tener un nivel de deterioro tal que no pueden permanecer en la comunidad sin tratamiento y/o servicios. Los niños de 0 a 18 años de edad con trastornos de salud conductual que limitan significativamente su funcionamiento pueden calificar para una identificación de SED. Para comenzar el proceso de identificación de SED o designación de SMI, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Cómo Acceder a los Servicios de Salud Conductual

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene contrato con una variedad de proveedores para satisfacer sus necesidades de salud conductual. Los proveedores contratados se eligen con mucho cuidado. Deben cumplir con estrictos requisitos para cuidar a nuestros miembros y verificamos regularmente la atención que le brindan.

La red de proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre un área amplia para que pueda recibir servicios cerca de donde vive y trabaja. Nuestra red de proveedores ofrece opciones de servicio individualizadas, culturalmente sensibles e integrales para niños y familias, personas con una designación de SMI o una identificación de SED, y aquellas personas con problemas generales de salud mental y de abuso de sustancias. Puede elegir un proveedor de nuestro directorio de proveedores o llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener ayuda.

Sistema de Cuidado Infantil: Visión y Principios Guía

El modelo de práctica del Equipo Infantil y Familiar (CFT) de Arizona combina conceptos comunes de los 12 Principios de Arizona con los 10 Principios de Wraparound: Voz y elección de la familia, enfoque de equipo, apoyos naturales, colaboración, enfoque comunitario, competencia cultural, individualización, enfoque basado en las fortalezas, apoyo incondicional y enfoque basado en los resultados. En la práctica del CFT, es la complejidad de las necesidades del niño y de la familia lo que impulsa el desarrollo, la integración y la individualización de la prestación de servicios. El nivel de complejidad se determina de forma individual para cada niño y su familia, teniendo en cuenta sus necesidades y fortalezas.

Una de las variables que se tienen en cuenta a la hora de determinar la complejidad de las necesidades de los menores es la participación de otros organismos que brindan servicios a la infancia, como el Sistema de Justicia Juvenil (libertad condicional o libertad bajo palabra), la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), el Department of Child Safety (DCS) y el Departamento de Educación (Intervención Temprana o Educación Especial). El número de socios del sistema implicados e invitados a participar en la práctica del CFT por parte del niño y la familia contribuye al nivel de coordinación de servicios requerido, así como a que los miembros del equipo tengan en cuenta los mandatos específicos de cada organismo implicado.

La prestación de servicios deberá incorporar el Modelo de Arizona en todos los aspectos de la prestación de servicios a los niños y las familias en todos los niveles de necesidad o gravedad, así como a los niños con necesidades complejas o a los que se les haya diagnosticado un Trastorno Emocional Grave (SED).

Visión de Arizona

En colaboración con el menor, su familia y otras partes implicadas, Arizona prestará servicios de salud conductual accesibles, diseñados para ayudar a los menores a alcanzar el éxito escolar, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y convertirse en adultos estables y productivos. Los servicios se adaptarán al menor y a su familia y se prestarán en el entorno más adecuado, de forma oportuna y de acuerdo con las mejores prácticas, respetando al mismo tiempo el patrimonio cultural de la familia del menor.

12 PRINCIPIOS

1. **COLABORACIÓN CON EL NIÑO Y LA FAMILIA:** el respeto y colaboración activa con el niño y los padres es la base fundamental para lograr resultados positivos en la salud conductual. Los padres y los niños son tratados como socios en el proceso de evaluación y la planificación, prestación y evaluación de servicios de salud conductual, y sus preferencias se toman seriamente.
2. **RESULTADOS FUNCIONALES:** los servicios de salud conductual están diseñados e implementados para ayudar a los niños a alcanzar el éxito en la escuela, a vivir con sus familias, evitar la delincuencia y a convertirse en adultos estables y productivos. La implementación del plan de servicios de salud conductual estabiliza la condición del niño y minimiza los riesgos de seguridad.
3. **COLABORACIÓN CON OTROS:** cuando los niños cuentan con la participación de múltiples agencias y múltiples sistemas, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa de manera colaborativa un plan de servicios de salud conductual. Los equipos centrados en el paciente planifican y prestan los servicios. El equipo de cada niño incluye al niño, a los padres y a los padres de acogida, toda persona importante en la vida del niño que es invitada a participar a través de los niños o padres. El equipo también incluye todas las otras personas necesarias para desarrollar un plan efectivo, incluidos, según corresponda, el maestro del niño, el trabajador de casos de DDD y/o DCS y el oficial de libertad condicional. El equipo:
   - **a.** Desarrolla una evaluación común de las necesidades y fortalezas de la familia y el niño,
   - **b.** Desarrolla un plan de servicio individualizado,
   - **c.** Controla la implementación del plan y
   - **d.** Hace ajustes en el plan si no funciona bien.
4. **SERVICIOS ACCESIBLES:** los niños tienen acceso a una gama integral de servicios de salud conductual, suficiente para asegurarse de que reciban el tratamiento que necesitan. Los planes identifican los servicios de transporte que los padres y el niño necesitan para acceder a los servicios de salud conductual, y cómo se brindará la asistencia para el transporte. Los servicios de salud conductual se adaptan o crean cuando son necesarios, pero no están disponibles.
5. **MEJORES PRÁCTICAS:** las personas competentes que están adecuadamente capacitadas y supervisadas proporcionan servicios de salud conductual. Se entregan siguiendo las directrices establecidas por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS), que incorporan las "mejores prácticas" basadas en evidencia científica. Los planes de servicios de salud conductual identifican y abordan adecuadamente síntomas conductuales que son reacciones a muertes de familiares, abuso o abandono, trastornos del aprendizaje y otras circunstancias atemorizantes o traumáticas similares, problemas de abuso de sustancias, necesidades especializadas de salud conductual de niños discapacitados desde un punto de vista del desarrollo, comportamiento sexual inadecuado, incluida conducta abusiva o conducta riesgosa, la necesidad de estabilidad y la

necesidad de promover la permanencia en las vidas de los miembros de la clase, especialmente los miembros de la clase en cuidado de acogida. Los servicios de salud conductual son continuamente evaluados y modificados si no son efectivos para lograr los resultados deseados.

6. **ENTORNO MÁS APROPIADO:** los niños reciben servicios de salud conductual en sus hogares y comunidad en la medida que sea posible. Los servicios de salud conductual se brindan en el entorno más apropiado posible según las necesidades del niño. Cuando se prestan en un entorno residencial, el entorno es el más integrado y el entorno más similar al hogar que sea apropiado a las necesidades del niño.
7. **OPORTUNIDAD:** cuando se identifica que un niño necesita servicios de salud conductual, se evalúa y se le presta el servicio de manera oportuna.
8. **SERVICIOS ADAPTADOS AL NIÑO Y LA FAMILIA:** las fortalezas y necesidades únicas de los niños y sus familias dictan el tipo, combinación, e intensidad de los servicios de salud conductual que se prestan. Se alienta y se asiste a los padres y niños a articular sus propias necesidades y fortalezas, las metas que están buscando, y qué servicios piensan que son necesarios para alcanzar estas metas.
9. **ESTABILIDAD:** los planes de servicios de salud conductual minimizan las múltiples ubicaciones. Los planes de servicio identifican si el miembro de la clase tiene riesgos de experimentar una dificultad en su ubicación y, así, se identifican los pasos a tomar para minimizar o eliminar el riesgo. Los planes de servicios de salud conductual anticipan crisis que podrían presentarse e incluyen estrategias específicas y servicios que se emplearán si se presenta una crisis. Al responder a crisis, el sistema de salud conductual usa todos los servicios de salud conductual apropiados para ayudar a que el niño permanezca en su casa, minimizar las dificultades en las ubicaciones y evitar el uso inapropiado del sistema de policía y justicia criminal. Los planes de servicios de salud conductual anticipan y planifican transiciones apropiadas en las vidas de los niños, incluidas transiciones a escuelas nuevas y nuevas ubicaciones, y transiciones a servicios para adultos.
10. **RESPETO POR EL PATRIMONIO CULTURAL ÚNICO DEL NIÑO Y SU FAMILIA:** los servicios de salud conductual se prestan de manera que respeten la tradición y el patrimonio cultural del niño y su familia. Los servicios se prestan en español a niños y padres cuyo idioma principal es el español.
11. **INDEPENDENCIA:** los servicios de salud conductual incluyen apoyo y capacitación para padres en la satisfacción de las necesidades de salud conductual del niño y apoyo y capacitación para los niños en la autogestión. Los planes de servicios de salud conductual identifican la necesidad de los niños y los padres de capacitarse y recibir apoyo para participar como socios en el proceso de evaluación, y en la planificación, prestación y evaluación de los servicios, y obran para que esté disponible tal capacitación y apoyo, incluidos asistencia de transporte, análisis avanzados, y ayuda con la comprensión de materiales escritos.
12. **CONEXIÓN CON LOS APOYOS NATURALES:** el sistema de salud conductual identifica y usa apropiadamente apoyos naturales disponibles de la propia red de asociados de los niños y padres, incluidos amigos y vecinos, y de organizaciones de la comunidad, incluidas organizaciones de servicio y religiosas.

Nueve Principios Guía Para El Desarrollo De Sistemas, La Prestación De Servicios Y La Colaboración

1. **RESPETO** - El respeto es la base fundamental. Implica conocer al individuo en donde esté, sin prejuicios, con gran paciencia y empatía.
2. **LAS PERSONAS EN RECUPERACIÓN ELIGEN LOS SERVICIOS Y SE INCLUYEN EN LAS DECISIONES Y LAS ACTIVIDADES DE DESARROLLO DEL PROGRAMA** - Una persona en recuperación tiene elección y voz. Su autodeterminación en la dirección de los servicios, decisiones del programa y desarrollo del programa se hacen posibles, en parte, mediante la dinámica continua en la educación, análisis y evaluación, lo que deriva en la creación de un "consumidor informado" y la paleta más amplia posible a partir de la cual se pueden tomar decisiones. Las personas en recuperación deben participar en cada nivel del sistema, desde la administración hasta la prestación del servicio.
3. **ENFOCARSE EN LA PERSONA DE MANERA INTEGRAL, MIENTRAS QUE SE INCLUYEN Y/O DESARROLLAN APOYOS NATURALES** - Una persona en recuperación es considerada nada menos que un ser completo que es capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. Como tal, el énfasis se pone en empoderar la mayor autonomía posible y el estilo de vida más natural y completo posible. Esto incluye acceso y participación en los apoyos naturales y sistemas sociales a medida para la comunidad social de una persona.
4. **EMPODERAR A LAS PERSONAS PARA QUE TOMEN MEDIDAS HACIA LA INDEPENDENCIA Y PERMITAN ASUMIR RIESGOS SIN TEMOR AL FRACASO** - Una persona en recuperación encuentra independencia a través de la exploración, la experimentación, la evaluación, la contemplación y la acción. Se mantiene una atmósfera en donde las medidas hacia la independencia se alientan y se refuerzan en un entorno donde la seguridad y el riesgo se valoran como ingredientes que promueven el crecimiento.
5. **INTEGRACIÓN, COLABORACIÓN Y PARTICIPACIÓN CON LA COMUNIDAD DE SU ELECCIÓN** - Una persona en recuperación es un miembro valioso y activo de la sociedad y, como tal, es merecedor de la comunidad y beneficioso para ella. Tal integración y participación recalca el rol de cada uno como una parte vital de la comunidad, la dinámica de la comunidad como inextricable de la experiencia humana. Se valora el servicio a la comunidad y el voluntariado.
6. **ASOCIACIÓN ENTRE PERSONAS, PERSONAL Y FAMILIARES/APOYOS NATURALES PARA LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA CON UNA BASE EN LA CONFIANZA** - Una persona en recuperación, como con cualquier miembro de una sociedad, encuentra fortaleza y apoyo a través de asociaciones. Las alianzas basadas en la comparación con énfasis en la optimización de la recuperación reafirman la autoconfianza, expanden la comprensión en todos los participantes, y derivan en la creación de resultados y protocolos óptimos.
7. **LAS PERSONAS EN RECUPERACIÓN DEFINEN SU PROPIO ÉXITO** - Una persona en recuperación, por su propia declaración, descubre el éxito, en parte, por los resultados en la calidad vida, que pueden incluir un sentido mejorado del bienestar, integración avanzada en la comunidad y mayor autodeterminación. Los individuos en recuperación son expertos en ellos mismos: definen sus metas y los resultados deseados.
8. **SERVICIOS BASADOS EN FORTALEZAS, FLEXIBLES Y RECEPTIVOS QUE REFLEJAN LAS PREFERENCIAS CULTURALES DE UNA PERSONA** - Una persona en recuperación puede esperar y merece servicios flexibles, oportunos y receptivos que sean accesibles, estén disponibles, sean confiables, responsables y sensibles a los valores y costumbres culturales. Una persona en recuperación es la fuente

de su propia fortaleza y resiliencia. Aquellos que funcionan como apoyos y facilitadores identifican, exploran y funcionan para optimizar las fortalezas demostradas en la persona como herramientas para generar mayor autonomía y efectividad en la vida.

9. **LA ESPERANZA ES LA BASE DEL PROCESO 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 posibilidad enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para resultados inesperados y no comunes a hacerse realidad. Un individuo en recuperación no tiene límites en su potencial y posibilidades.

Clínicas Interdisciplinarias de Especialidades Múltiples

Las Clínicas Interdisciplinarias de Especialidades Múltiples (MSIC) son clínicas donde especialistas de múltiples especialidades se reúnen con los miembros y sus familias con el propósito de brindar atención coordinada en un lugar y a veces en la misma cita.

Hay tres MSIC en Arizona. Están en Flagstaff, Tucson y Yuma. Los servicios disponibles en estas MSIC incluyen, entre otros:

- Medicina familiar.
- Terapia física y ocupacional.
- Audiología y habla.
- Cirugía plástica.
- Cardiología.
- Gastroenterología.
- Ortopedia.
- Neurología.
- Oído, nariz y garganta (ENT).
- Pediatría del desarrollo.
- Servicios de puericultura.
- Servicios de salud conductual.
- Trabajo social y servicios de apoyo.
- Coordinación de servicios comunitarios.

Proveedor de Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS): Clínicas Interdisciplinarias de Especialidades Múltiples

Si a su hijo le diagnostican ciertas condiciones, es posible que pueda obtener servicios de proveedores especiales a través de un programa llamado Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS). Estos proveedores se encuentran en MSIC. Los miembros con ciertas condiciones de CRS pueden optar por obtener servicios de cualquier proveedor contratado por el plan de salud dentro de la red, incluidas las MSIC, que funcionan como centros de salud que proporcionan servicios de especialidades múltiples a miembros con necesidades complejas. En la MSIC, usted y su familia pueden ver a todos sus especialistas médicos, beneficiarse de la participación en la comunidad y obtener servicios de apoyo en un solo lugar.

Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan determina que su hijo es elegible para el programa CRS, se inscribirá a su hijo en un plan con un proveedor de CRS.

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

El tipo de proveedor médico de CRS que tratará la condición 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:** Cirujano pediátrico general, cirujano cardiovascular y torácico, cirujano de oído, nariz y garganta (ENT), neurocirujano, cirujano oftalmológico, cirujanos ortopédicos (general, mano, escoliosis, amputaciones), cirujanos plásticos.
- **Especialista médico:** Cardiólogo, neurólogo, reumatólogo, pediatra general, genetista, urólogo, especialista en metabolismo.
- **Proveedor dental:** Dentista, ortodoncista.

Para obtener más información sobre las especialidades de la clínica, visite el sitio web de la clínica o llame directamente a la clínica. O puede llamar a Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Las Clínicas Interdisciplinarias de Especialidades Múltiples de CRS se encuentran en las siguientes ubicaciones:

Children's Clinics
Square & Compass Building
2600 North Wyatt Drive
Tucson, AZ 85712
1-520-324-5437
1-800-231-8261
childrensclinics.org

Children's Clinics se especializa en los siguientes servicios: anestesiología, audiología, cardiología, vida infantil, odontología y ortodoncia, apoyo educativo, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, análisis de laboratorio y radiografías, hematología, nefrología, neurocirugía, servicios de enfermería, nutrición, terapia ocupacional, ortopedia, oftalmología, programa de terapia para mascotas "Our Best Friends", servicios para pacientes y familiares, cirugía pediátrica, medicina física, terapia física, cirugía plástica, cuidado primario, psicología, neumología, reumatología, terapia del habla y del lenguaje y urología.

Children's Rehabilitative Services
5130 N Hwy 89
Flagstaff, AZ 86004
1-928-773-2054
1-928-779-3366
nahealth.com

Flagstaff Medical Center se especializa en los siguientes servicios: audiología, pérdida de peso por cirugía bariátrica, salud conductual, centros oncológicos, centro de salud infantil, diabetes, atención de emergencia, endocrinología, gastroenterología, servicios quirúrgicos, actividad física para niños, enfermedades cardíacas y vasculares, enfermedades infecciosas, neurología, servicios de nutrición,

oftalmología, ortopedia, servicios pulmonares, servicios renales, centro del sueño, servicios de traumatología, terapia EntireCare y urología.

Children's Rehabilitative Services
OnVida Health
2851 S. Avenue B, Bldg 25
Yuma, AZ 85364
1-928-336-2777
onvidahealth.org

OnVida Health, ubicado en Yuma, Arizona, se especializa en los siguientes servicios: cardiología, gastroenterología, ICU neonatal, nefrología, neurología, reumatología, cirugía y urología.

Cómo Programar, Cambiar o Cancelar una Cita con una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC)

Su hijo debe tener una cita para ver a un proveedor de CRS. Si no programa una cita y simplemente se presenta, es posible que el proveedor no pueda ver a su hijo. Cuando llame a la MSIC para programar una cita, esté listo para decirle a la persona por teléfono:

- El nombre de su hijo.
- El número de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan de su hijo.
- La razón por la que su hijo necesita una cita.

La cita de su hijo se programará según la fecha en que el proveedor necesite verlo o en el plazo de 45 días. Si su hijo tiene una necesidad urgente, puede ver a su proveedor antes. Si cree que la cita de su hijo debe programarse antes, puede solicitar que lo atiendan en una fecha más próxima. Dígale al proveedor por qué cree que su hijo necesita ser atendido rápidamente y solicite una cita más próxima.

Si necesita cancelar o cambiar una cita, informe al proveedor de su hijo o a su clínica al menos un día antes de la cita. Si necesita cancelar una cita, asegúrese de programar otra cita. Si necesita ayuda para programar, cancelar o reprogramar una cita, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)

¿Qué es CRS?

Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS) es una designación que se les da a ciertos miembros de AHCCCS que padecen ciertas condiciones de salud. Los miembros con CRS tienen acceso a los mismos servicios cubiertos que los miembros sin CRS. Pueden recibir esta atención en la comunidad o en MSIC. Las MSIC cuentan con muchos proveedores en un solo lugar. Su plan de salud lo ayudará con la coordinación de la atención para asegurarse de que se satisfagan sus necesidades especiales de atención médica.

La elegibilidad para CRS es determinada por AHCCCS Division of Member and Provider Services (DMPS).

¿Quién es Elegible para la Designación CRS?

Los miembros pueden ser elegibles para una designación CRS cuando:

- Tienen menos de 21 años.
- Tienen una condición médica que califica para CRS.

La condición médica debe:

- Necesitar tratamiento activo.
- Cumplir con los criterios que se encuentran en R9-22-1301-1305 según el DMPS.

Un solicitante de CRS debe ser elegible para AHCCCS para obtener CRS. Si actualmente el solicitante de CRS no es miembro de AHCCCS, debe solicitar AHCCCS:

- En línea en **healthearizonaplus.gov/Login/Default**.
- Llamando a AHCCCS al número gratuito **1-855-HEA-PLUS** (**1-855-432-7587**).

Todos pueden completar una solicitud para CRS. Esto incluye familiares, proveedores o personal del plan de salud. Para solicitar CRS, se debe enviar por correo o fax una solicitud de CRS completa y los registros médicos que demuestren que el solicitante tiene una condición que califica para CRS y que necesita tratamiento activo.

La dirección postal y el número de fax se pueden encontrar en la solicitud de CRS. La unidad de CRS de AHCCCS puede ayudarlo a completar la solicitud de CRS. Puede llamar a la Unidad de CRS al: **1-602-417-4545**.

Puede obtener más información en **azahcccs.gov/PlansProviders/CurrentProviders/CRSreferrals.html**.

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

Condiciones Cubiertas a través del Programa CRS

CRS cubre varias afecciones de salud discapacitantes y crónicas. Algunas de las condiciones elegibles incluyen, entre otras:

- Parálisis cerebral.
- Pie equinovaro.
- Caderas dislocadas.
- Paladar leporino.
- Escoliosis.
- Espina bífida.
- Afecciones cardíacas por anomalías congénitas.
- Trastornos metabólicos.
- Neurofibromatosis.
- Anemia falciforme.
- Fibrosis quística.

El Defensor de los Miembros de CRS de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está disponible para apoyar a las familias con CRS. Comuníquese con **AzCHAdvocates@azcompletehealth.com** si necesita ayuda.

Servicios para la Primera Infancia

Si le preocupa que su hijo no esté creciendo como otros niños de la misma edad, infórmeselo al proveedor de su hijo. Pueden derivarlo a especialistas para saber si su hijo está bien encaminado con respecto al habla, el movimiento, el uso de las manos y los dedos, la visión y la audición. Si su hijo está atrasado en una o más de estas áreas, hay servicios disponibles para ayudarlo. El proveedor puede derivarlo a Arizona Early Intervention Program (AzEIP) si su hijo es recién nacido o tiene hasta 3 años de edad y tiene un retraso.

Para obtener más información sobre otros programas comunitarios para niños con necesidades especiales, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Head Start

Los programas de Head Start de Arizona ofrecen programas de alta calidad para niños en edad preescolar. Estos incluyen educación temprana en la infancia, nutrición, salud, salud mental, discapacidades, y servicios sociales. En algunas áreas, existen programas tempranos de Head Start para lactantes y niños pequeños de 3 años de edad. Hay programas de Head Start en más de 500 ubicaciones en todo el Estado de Arizona. Para encontrar el programa Head Start más cercano, llame al **1-866-763-6481**. Necesitará su dirección y código postal cuando llame.

Herramientas de Evaluación del Desarrollo

Entre las herramientas de evaluación del desarrollo que utilizan los PCP que brindan atención a niños se incluyen:

- Para los miembros de 9, 18 y 30 meses de edad, la herramienta de Evaluación de los Padres del Estado del Desarrollo (PEDS) y el Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ).
- Para los miembros de 18 y 24 meses de edad, la Lista de Verificación Modificada para Autismo en Niños Pequeños Revisada (MCHAT-R); para evaluar el autismo.

Asistencia Especial

La Asistencia Especial es una designación clínica única que brinda apoyo a los miembros con una designación de SMI. Los miembros elegibles deben tener una determinación de SMI, una incapacidad de comunicarse y/o participar durante la planificación del tratamiento, y tener una condición mental y/o física que califique. Además, cualquier miembro con una designación de SMI y que se encuentre bajo tutela general reúne automáticamente los requisitos para recibir Asistencia Especial y debe ser identificado como tal. Todos los miembros con una determinación de SMI deben ser evaluados de manera continua para determinar si requieren Asistencia Especial. Como mínimo, esto deberá ocurrir en las siguientes etapas:

- Evaluación y actualizaciones anuales.
- Desarrollo, o actualización del plan de servicios.
- Ingreso en un centro de hospitalización psiquiátrica.
- Desarrollo o actualización de un ITDP.
- Inicio de los procesos de queja o investigación.
- Presentación de una apelación.
- Existencia de circunstancias y/u otros factores que puedan dar lugar a una queja, una investigación o una apelación.

Cuando un equipo clínico en el hogar de salud u otro evaluador calificado determina que un miembro necesita Asistencia Especial, el equipo notificará a la Oficina de Derechos Humanos. La OHR de AHCCCS

garantiza que la persona designada para prestar asistencia especial participe en las etapas clave, entre las que se incluyen, entre otras, la reunión del Equipo de Recuperación para Adultos (ART), la elaboración del Plan de Servicio Individualizado (ISP), la elaboración del Plan de Tratamiento y Alta para Pacientes Internados (ITDP), el proceso de quejas y apelaciones, y la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con la Oficina de Derechos Humanos de AHCCCS para encontrar miembros que necesiten Asistencia Especial.

La Office of Individual and Family Affairs (OIFA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan supervisa la Asistencia Especial. Si tiene preguntas sobre la Asistencia Especial, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y solicite hablar con algún miembro de la OIFA.

Puede obtener más información en la página de la Oficina de Derechos Humanos en **azahcccs.gov/AHCCCS/HealthcareAdvocacy/ohr.html** o llamar al **1-800-421-2124**.

Consejo de Defensoría del Miembro

El Equipo de Defensoría de Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja para promover y proteger los derechos de los miembros de AHCCCS. Nuestro equipo también realiza reuniones trimestrales del Consejo de Defensoría del Miembro. Esta es una oportunidad para que se escuche su opinión y para conocer los cambios o actualizaciones de su plan de salud. Además de nuestras reuniones trimestrales, existen otras formas de trabajar con nosotros. Puede participar en el consejo asesor de su agencia de proveedores. Puede formar parte de uno de nuestros comités internos. Incluso puede unirse a nosotros en nuestra junta de gobierno.

Escríbanos a **AzCHAdvocates@azcompletehealth.com** para obtener más información sobre la promoción o para ser parte de nuestro Consejo de Defensoría del Miembro. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y solicitar hablar con el Equipo de Defensoría del Miembro.

El Equipo de Defensores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está compuesto por el siguiente personal:

Coordinador de Defensoría del Miembro	Supervisa el Equipo de Defensa de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Trabaja con miembros con necesidades especiales de atención médica, familias, jóvenes y otros para promover y proteger sus derechos. Trabaja en estrecha colaboración con los Comités de Derechos Humanos regionales y la Oficina de Derechos Humanos.
Defensor de Miembros de Salud Conductual en Adultos	Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros adultos que reciben servicios de salud conductual.
Defensor de Miembros de Salud del Comportamiento Infantil	Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros menores que reciben servicios de salud conductual y de sus familias.
Defensor de Miembros Veteranos	Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros veteranos que reciben servicios de salud física y/o conductual.
Defensor de Miembros de CRS	Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros que reciben servicios de salud física y/o conductual a través del programa CRS.

Proceso de Aprobación y Rechazo

Algunos servicios médicos y de salud conductual pueden necesitar autorización previa. Autorización previa significa que su proveedor ha pedido permiso para que usted obtenga un servicio o una remisión especial. Debemos aprobar estas solicitudes antes de la entrega de los servicios. Por ejemplo, ingresos hospitalarios que no sean de emergencia u otros, tales como:

- Centro de salud conductual para pacientes internados.
- Centro residencial de salud conductual.
- Hogar terapéutico de salud conductual para adultos (ABHTH).
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.
- Terapia electroconvulsiva (ECT).
- Estimulación magnética transcraneal (TMS).
- Servicios fuera de la red que no sean de emergencia.
- Algunos medicamentos (consulte la lista de medicamentos aprobados o el formulario).
- Resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA) y tomografía por emisión de positrones (PET).
- Análisis de laboratorio o de genética especiales.
- Cirugías (preprogramadas).
- Diálisis.
- Algunos procedimientos y cirugías para pacientes ambulatorios.
- Trasplantes.
- Biorfarmacia (compra y facturación).

Si necesita alguno de estos servicios, su proveedor coordinará la autorización previa. Debemos revisar estas solicitudes de autorización antes de que pueda recibir el servicio.

Si usted o su proveedor desean una remisión del médico a un servicio que no es un beneficio cubierto, llame a Servicios para Miembros al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711 para que podamos analizar otras opciones disponibles para usted.

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

Su proveedor le informará cuando reciba la autorización. También puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar el estado de la solicitud.

Le informaremos por correo si se rechaza la autorización. En la carta se describirá el motivo de la denegación y se entregarán instrucciones sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión. Si tiene alguna pregunta sobre la denegación y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Consulte la sección titulada *"Reclamos: ¿Qué Debo Hacer si no Estoy Satisfecho?"* 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 a pedido.

Remisiones dentro de la Red y Libertad de Elección de Proveedores

Arizona Complete Health-Complete Care Plan le ofrece la libertad de elegir proveedores de nuestra red. Puede cambiar su PCP u otro proveedor en cualquier momento. También puede elegir un PCP o proveedor diferente para cada miembro de la familia que esté en nuestra red. Es importante que utilice proveedores que estén registrados en AHCCCS y formen parte de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, o es posible que tenga que pagar por los servicios. Puede buscarlos a través de nuestra red de hospitales y proveedores de atención médica en **azcompletehealth.com/find-a-doctor.html** o llamando a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Copagos

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

*NOTA: Los copagos mencionados en esta sección se refieren a copagos cobrados según Medicaid (AHCCCS). Esto no significa que una persona está exenta de pagar copagos de Medicare.

Las Siguientes Personas no Deben Pagar Copagos:

- Niños menores de 19 años,
- Personas diagnosticadas con una Enfermedad Mental Grave (SMI),
- Un individuo designado como elegible para recibir Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS) según el AAC, Título 9, Capítulo 22, Artículo 13,
- Los miembros de ACC, ACC-RBHA y CHP que residen en Centros de Enfermería o centros residenciales tales como una Residencia de Vida Asistida (ALH) y solamente cuando la condición médica del miembro de otra manera requeriría de hospitalización. La exención de copagos para estos miembros se limita a 90 días en un año de contrato,
- Personas inscritas en el Arizona Long Term Care System (ALTCS),
- Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB),
- Personas que reciben cuidados paliativos,
- Los miembros indígenas estadounidenses que son usuarios activos o previos del Servicio de Salud para Indígenas (IHS), programas de salud para tribus operados por la Ley Pública 93-638, o programas de salud para comunidades indígenas urbanas,
- Personas en el Programa de Tratamiento contra el Cáncer Cervical y de Mamas (BCCTP),
- Personas que reciben servicios de atención para el bienestar de los niños bajo el Título IV-B por ser un niño en cuidado de acogida o recibido en adopción o en asistencia de cuidado de acogida bajo el Título IV-E independientemente de la edad,

- Personas que están embarazadas o en el período postparto luego de un embarazo, y
- Personas en el Grupo de Adultos (durante un tiempo limitado**).

****NOTA:** Durante un tiempo limitado, las personas elegibles en el Grupo de Adultos no tendrán ningún copago. Los miembros en el Grupo de Adultos incluyen personas que pasaron del programa de atención de AHCCCS además de personas que están entre los 19-64 años de edad, y que no tienen derecho a Medicare, y que no están embarazadas, y que tienen ingresos por debajo del 133% del Nivel de Pobreza Federal (FPL) y que no cumplen con los requisitos para AHCCCS bajo cualquier otra categoría. Los copagos para personas en el Grupo de Adultos con ingresos por encima del 106% del FPL están planificados para el futuro. Se informará a los miembros sobre cualquier otro cambio en los copagos antes de que ocurran.

Además, no se Cobran Copagos por los Siguientes Servicios para Nadie:

- Hospitalizaciones,
- Servicios de emergencia,
- Servicios y suministros de planificación familiar,
- Atención de la salud relacionada con embarazos y atención de la salud para cualquier otra condición médica que pueda complicar el embarazo, incluido el tratamiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas,
- Servicios preventivos, tales como consultas de bienestar, Papanicolaou, colonoscopías, mamografías y vacunaciones,
- Servicios de eventos prevenibles por parte del proveedor, y
- Servicios recibidos en el departamento de emergencia.

Personas con Copagos Optativos (No Obligatorios):

Las personas elegibles para AHCCCS a través de alguno de los programas a continuación pueden tener copagos no obligatorios, a menos que:

1. Estén recibiendo uno de los servicios antes mencionados que no pueden cobrar copagos, o
2. Estén en uno de los grupos antes mencionados a los que no se les puede cobrar copagos.

Los copagos no obligatorios también se llaman copagos optativos. Si un miembro tiene un copago no obligatorio, entonces el proveedor no puede negarle el servicio si el miembro declara que no puede pagar el copago. El proveedor puede cobrar un copago no obligatorio a los miembros en los siguientes programas:

- AHCCCS para Familias con Niños (1931),
- Seguro de Transición para el Adulto Joven (YATI) para adultos jóvenes en el sistema de acogida,
- Asistencia de Adopción del Estado para Niños con Necesidades Especiales que están en proceso de adopción,
- Personas con Ingresos de seguro suplementario (SSI) que los reciben a través de la Administración de Seguridad Social para personas que tienen 65 años de edad o más, que están ciegas o son discapacitadas,

- Asistencia Médica Solamente SSI (SSI MAO) para personas que tienen 65 años de edad o más, que están ciegas o son discapacitadas, y
- Libertad para Trabajar (FTW).

Solicite a su proveedor que consulte su elegibilidad para averiguar qué copagos puede tener. También puede averiguarlo llamando a un representante de Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. También puede visitar el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener más información.

Se puede solicitar a los miembros de AHCCCS con copagos no obligatorios que paguen los siguientes copagos no obligatorios por servicios médicos:

Montos de Copagos Optativos (No Obligatorios) para Algunos Servicios Médicos

SERVICIO	COPAGO
Recetas	$2.30
Servicios ambulatorios para terapia física, ocupacional y del habla	$2.30
Consultas ambulatorias al médico u otros proveedores para la evaluación y administración de su atención	$3.40

Los proveedores médicos le solicitarán el pago de estos montos, pero **NO** se negarán a prestarle el servicio si no puede pagar. Si usted no puede realizar el copago, informe a su proveedor médico que no le es posible pagar estos montos para que no le nieguen el servicio.

Personas con Copagos Requeridos (Obligatorios):

Algunos miembros de AHCCCS tienen copagos requeridos (obligatorios), a menos que estén recibiendo uno de los servicios antes mencionados por los que no se puede cobrar un copago o a menos que estén en uno de los grupos antes mencionados que no pueden pagar los copagos. Los miembros que tienen copagos requeridos deberán pagar los copagos para poder recibir los servicios. Los proveedores pueden negarse a prestar servicios a estos miembros si no pagan los copagos obligatorios. Los copagos obligatorios se cobran a personas en Familias con Hijos que ya no son Elegibles por sus Ingresos, también conocido como Asistencia Médica de Transición (TMA).

Los adultos con TMA tienen que pagar los copagos requeridos (obligatorios) para algunos servicios médicos. Si usted está en el programa de TMA ahora o si reúne los requisitos para recibir beneficios de TMA más adelante, la notificación del Department of Economic Security (DES) o AHCCCS le indicará qué hacer. Los copagos para los miembros TMA se enumeran abajo.

Montos de Copagos Requeridos (Obligatorios) para Personas con Beneficios TMA

SERVICIO	COPAGO
Recetas	$2.30
Consultas ambulatorias al médico u otros proveedores para la evaluación y administración de su atención	$4.00
Terapias Física, Ocupacional y del Habla	$3.00
Procedimientos quirúrgicos voluntarios o de no emergencia ambulatorios	$3.00

Los farmacéuticos y proveedores médicos pueden negarse a prestar servicios si no se pagan los copagos.

Límite del 5% en Todos los Copagos

El monto de los copagos totales no puede ser más del 5% del ingreso total de la familia (antes de impuestos y deducciones) durante un trimestre calendario (enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre, y octubre a diciembre). El límite del 5% aplica a copagos requeridos y nominales.

AHCCCS realizará un registro de los niveles de copago específicos de cada miembro para identificar a los miembros que han alcanzado el límite de copago del 5%. Si usted cree que los copagos totales que ha pagado corresponden a más del 5% del total de los ingresos trimestrales de su familia y AHCCCS no se lo ha informado, deberá enviar copias de sus recibos u otra evidencia de cuánto ha pagado a AHCCCS, 150 N. 18th Avenue, Mail Drop 6500, Phoenix, Arizona 85007.

Si usted se encuentra en este programa, pero sus circunstancias han cambiado, comuníquese con su oficina de DES local y solicite que revisen su elegibilidad. Los miembros pueden siempre solicitar una nueva evaluación de su límite del 5% si sus circunstancias han cambiado.

Copagos para Miembros que no Pertenecen al Título 19/21

Las personas que no están cubiertas por los programas Title 19/21 y que tienen una designación de SMI, podrían estar sujetas a copagos de $3 por servicios de salud conductual. Sin embargo, los copagos no se aplican a los servicios financiados a través de la Subvención en Bloque para Salud Mental (MHBG), la Subvención en Bloque para el Uso de Sustancias (SUBG), o programas de subvenciones discrecionales elegibles, de conformidad con la norma AMPM 320-T1. Antes de su cita para recibir servicios, Arizona Complete Health-Complete Care Plan o su proveedor le informarán sobre cualquier pago que deba realizar.

Si tiene Medicare o un seguro privado, pagará el copago de $3 por los servicios cubiertos por Arizona Complete Health-Complete Care Plan o el copago de su seguro (si es inferior a $3) por esos servicios.

En otras palabras, usted no tendrá que realizar un pago más alto por los servicios cubiertos del Arizona Complete Health-Complete Care Plan solo porque tiene otro seguro. Sin embargo, si usted está recibiendo servicios a través de su seguro por servicios o medicamentos que Arizona Complete Health-Complete Care Plan no cubre, deberá pagar el copago u otras tarifas de su seguro (consulte la sección "¿Qué Está Cubierto" de este manual).

Puede tener que pagar por los servicios no cubiertos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos pueden incluir:

- Un servicio que su proveedor no estableció ni aprobó.
- Un servicio que no está incluido en la sección "¿Qué Está Cubierto?".
- Un servicio que recibe de un proveedor fuera de la red de proveedores sin una remisión del médico.

Los miembros están exentos de los copagos de Medicaid, según corresponda.

Pago de Servicios Cubiertos

Solo en circunstancias muy limitadas se le solicitará que pague los servicios cubiertos. Los proveedores, hospitales y farmacias pueden verificar su cobertura a través de AHCCCS o llamando a Servicios para Miembros del Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Si se le ha solicitado que pague un servicio cubierto o si recibe una factura por servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Pago de Servicios No Cubiertos

Solo cubriremos la atención aprobada por nuestro plan, a menos que sea un servicio de emergencia. Si obtiene un servicio o receta que no está cubierto por nuestro plan, Arizona Complete Health-Complete Care Plan no pagará por el servicio o la receta.

Coordinación de Beneficios (COB)

AHCCCS es el pagador de último recurso. Esto significa que AHCCCS será usado como una fuente de pago para servicios cubiertos solo después de que se hayan agotado todas las otras fuentes de pago.

Si usted es miembro con "otro seguro" o con "doble elegibilidad" (lo que significa que también tiene cobertura de Medicare), tómese un momento para comunicarse con Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para informarnos. Cuando nos llame, nos aseguraremos de que tengamos el otro seguro incluido en nuestro sistema.

También puede llamar a la oficina de elegibilidad de AHCCCS para informarles. AHCCCS nos pasará la información. Recuerde que esto también incluye cobertura de seguro a través del divorcio o si su hijo tiene un seguro que paga su excónyuge. A veces, los miembros con otros tipos de seguros como Tricare u otros planes comerciales tienen aprobación para AHCCCS. Somos responsables de pagar cualquier copago, coseguro, o deducible, incluso si los servicios se prestan fuera de nuestra red.

Si una aseguradora externa (que no sea Medicare) tiene algún copago, coseguro o deducible, nosotros somos responsables de pagar la diferencia que sea menor entre:

- El monto pagado por el seguro primario y la tarifa del seguro primario (es decir, el copago del miembro según el seguro primario).

  O

- El monto pagado por el seguro primario y la tarifa de AHCCCS por servicio, 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 habrían pagado por todo el servicio según nuestro contrato con el proveedor que presta el servicio o el equivalente de AHCCCS.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan se encarga de averiguar quién debe pagar legalmente la totalidad o parte de los servicios cubiertos. Esto se denomina *establecimiento de responsabilidad*.

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

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

La recuperación posterior al pago significa que si descubrimos que hubo una parte responsable después de que pagamos una reclamación, recuperaremos el costo de esa reclamación.

AHCCCS es el pagador de último recurso, a menos que esté específicamente prohibido por la ley estatal o federal aplicable. Esto significa que AHCCCS será usado como una fuente de pago para servicios cubiertos solo después de que se hayan agotado todas las otras fuentes de pago. Arizona Complete Health-Complete Care Plan se hará cargo de identificar fuentes de terceros potencialmente responsables legalmente.

Información Especial para Nuestros Miembros con Cobertura de Medicare

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

Si tiene cobertura de Medicare y consulta a un proveedor que no está en nuestro plan, es posible que los cargos no sean cubiertos. Si decide hacerlo sin nuestra aprobación, es posible que no paguemos esos servicios porque fueron prestados por un proveedor que no está en nuestro plan. Es importante que trabaje con su PCP para ser derivado a los proveedores adecuados. Esto no incluye servicios de emergencia. No cubriremos pagos por servicios fuera de la red sin autorización previa.

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

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

Información Importante para Miembros de AHCCCS con Cobertura Medicare Part D (Miembros con Doble Elegibilidad)

Medicaid no cubre medicamentos que sean elegibles para la cobertura de los planes de Medicare Part D. Medicaid no paga los copagos, deducibles o costos compartidos de Medicare para los medicamentos de Medicare Part D, excepto para las personas que tienen una designación de SMI.

AHCCCS cubre los medicamentos que están excluidos de la cobertura por Medicare Part D cuando sea médicamente necesario. Un medicamento excluido es un medicamento que no es elegible para la cobertura de Medicare Part D.

AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos de venta libre (OTC), consulte la Lista de Medicamentos OTC de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener una lista de productos disponibles en nuestro sitio web en **azcompletehealth.com/members/medicaid/benefits-services/pharmacy.html** o llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para solicitar una copia impresa.

Para los miembros con designación de Enfermedad Mental Grave (SMI), AHCCCS también cubre copagos para medicamentos utilizados para un diagnóstico de salud del comportamiento cuando son médicamente necesarios y rentables.

Plazos para Autorización de Servicios y Medicamentos

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

Plazos de Decisión de la Autorización de Servicios para los Medicamentos

- A más tardar 24 horas después de recibirlo.
- La decisión final se toma a más tardar siete días hábiles a partir del primer día de la solicitud.

Cuando la solicitud de autorización previa para un medicamento no tiene suficiente información para tomar una decisión, Arizona Complete Health-Complete Care Plan solicitará más información al profesional que expide recetas dentro de las 24 horas desde el momento en que se recibe. Se tomará una decisión final a más tardar siete días hábiles a partir de la fecha inicial de la solicitud.

Plazo estándar para la decisión de autorización para las solicitudes de autorización de servicios que no se refieren a medicamentos: tan pronto como lo requiera la condición del miembro, pero no más de 7 días calendario a partir del día en que se recibe la solicitud.

Solicitudes de autorización de servicio estándar (solicitudes que no involucran medicamentos): Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede dar 14 días más, por un total de hasta 21 días calendario, desde el día en que se realizó la solicitud.

Plazo para la decisión de autorización de servicio acelerada para las solicitudes de autorización de servicios que no se refieren a medicamentos: tan pronto como lo requiera la condición del miembro, pero antes de 72 horas desde la recepción.

Para una solicitud de autorización de servicio acelerada que no involucre medicamentos, Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede proporcionar 14 días adicionales, por un total de hasta 17 días calendario, a partir del día en que se realizó la solicitud.

Quejas: Cómo Presentar un Reclamo Si No Estoy Satisfecho

Si no está satisfecho con la atención o los servicios cubiertos que le brindamos nosotros, sus proveedores o Arizona Complete Health-Complete Care Plan, tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento. Esto incluye a los miembros elegibles para los programas Title 19/21 de AHCCCS, a los miembros con una designación de SMI y a los miembros que no tienen SMI y no son elegibles para los programas Title 19/21. Una queja es un reclamo sobre cualquier asunto que no sea la decisión del plan de salud de denegar, reducir, suspender o cancelar un servicio o beneficio solicitado.

El personal de Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarle a presentar una queja. Puede presentarla de forma verbal o por escrito, y no existe un plazo límite para hacerlo.

¿No Está Satisfecho con su Atención?

Si no está satisfecho con su atención, puede presentar una queja (reclamo). Una queja también se conoce como un reclamo. Usted puede presentar una queja contra un proveedor de servicios o contra Arizona Complete Health-Complete Care Plan. También puede presentar una queja sobre cualquier servicio de crisis que haya recibido a través del Regional Behavioral Health Agreement (RBHA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Un proveedor o su representante autorizado también puede presentar una queja con su consentimiento por escrito.

Algunos ejemplos de quejas son la imposibilidad de acceder a servicios de atención médica, las preocupaciones sobre la calidad de la atención recibida, los problemas con los proveedores de servicios de salud, las dificultades con el plan de salud, el desacuerdo con la decisión del plan de salud de prorrogar una autorización previa o una apelación, o la falta de acceso oportuno a los servicios.

También puede presentar una queja si recibió una carta de Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NABD) que no comprende o no es correcta. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no resuelve su preocupación sobre la notificación, también puede escribir a AHCCCS Medical Management a **MedicalManagement@azahcccs.gov**.

También puede presentar una queja llamando al Departamento de Servicios para Miembros entre las 8 a.m. y las 5 p.m. al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

También puede presentar una queja en persona o por escrito. Puede presentar su queja por escrito y enviarla por correo postal a:

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

Una vez presentada, revisaremos su queja y le daremos una respuesta en un plazo de 10 días hábiles, a menos que circunstancias extraordinarias requieran más tiempo; sin embargo, la respuesta se proporcionará a más tardar 90 días a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros.

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

Si su inquietud se refiere a servicios que recibió de otra Autoridad Regional de Salud Conductual (RBHA), incluidos los servicios de crisis prestados por dicha RBHA, puede presentar una queja, ya sea verbalmente o por escrito, directamente ante esa RBHA. A continuación, se incluye la información de contacto de otras RBHA.

Mercy Care RBHA
Grievance System Department
4750 S. 44th Place, Ste. 150
Phoenix, AZ 85040
1-602-586-1719 o **1-866-386-5794**

Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Attn: Member Services
1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 211
Tempe, AZ 85281
1-888-788-4408, TTY/TDD: **711**

DERECHOS LEGALES DE LAS PERSONAS CON UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Si tiene una enfermedad mental grave, tiene derecho a presentar una queja de SMI si considera que un proveedor de salud mental violó sus derechos. Una queja de SMI es diferente del proceso de queja estándar. Si tiene una designación de SMI, puede presentar una queja estándar, una queja de SMI o ambas. Si no tiene una designación de SMI, solo puede presentar una queja estándar. Tiene un año a partir de la fecha de la supuesta violación de derechos para presentar una queja formal de SMI. También puede solicitarnos que analicemos todo lo que parezca peligroso, ilegal o inhumano. Sus derechos legales incluyen (entre otros) los siguientes:

- Derecho a no sufrir discriminación.
- Derecho a la igualdad de acceso a los servicios de salud conductual.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho a la información.
- Derecho a obtener ayuda de un abogado o representante de su elección (los gastos corren por su cuenta).
- Consulte el Artículo 2 del Capítulo 21 del Título 9 del Código Administrativo de Arizona para obtener una lista más completa de sus derechos.

AHCCCS investiga las quejas de SMI sobre abuso físico, abuso sexual o muerte de una persona. Para presentar una queja oral o escrita sobre abuso físico, abuso sexual o muerte de una persona, llame al **1-602-364-4575** o escriba a:

AHCCCS Behavioral Health Grievance and Appeals
150 N. 18th Ave., MC 15009
Phoenix, AZ 85007

Si usted siente que sus derechos han sido violados o quiere que investiguemos algo, llame a Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** entre las 8 a.m. y las 5 p.m. Lo ayudaremos. También puede visitar la oficina del Acuerdo Regional de Salud Conductual de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y solicitar hablar con alguien en persona. Esta es nuestra dirección:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan Regional-Behavioral Health Agreement
1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 211
Tempe, AZ 85281

Apelaciones: ¿No Está Satisfecho con una Decisión?

Si no está conforme con una decisión tomada sobre sus servicios, puede presentar una apelación. Una *apelación* es una solicitud formal de revisión de una decisión que rechaza o limita un servicio.

Si recibe una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, tiene derecho a presentar una apelación. Una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios es una carta escrita que explica una decisión sobre sus servicios. Incluso si no recibió una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, puede tener derecho a presentar una apelación.

Usted tiene derechos de apelación con respecto a cualquier servicio cubierto que le brindamos. Esto incluye apelaciones para miembros elegibles del Título 19/21 de AHCCCS, apelaciones para miembros que se determina que tienen una designación de SMI ("Apelaciones de SMI") y apelaciones para miembros que no están inscritos como personas con una designación de SMI y que no son elegibles para el Título 19/21.

Si usted es un miembro inscrito en el Título 19/21 de AHCCCS y se determinó que tiene una enfermedad mental grave, puede presentar una apelación de SMI o una apelación del Título 19 para un servicio de salud mental cubierto por el Título 19.

¿Cómo Presento una Apelación?

Las apelaciones pueden presentarse por vía oral o escrita en el plazo de 60 días posteriores a la fecha de una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios o Notificación de Decisión y Derecho a Apelar. En la notificación se explica cómo presentar una apelación y cuál es la fecha límite para presentar una apelación. Sin embargo, si tiene alguna pregunta, el Departamento de Quejas y Apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está disponible para ayudarlo. Para comunicarse con el Departamento de Quejas y Apelaciones, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Usted o su representante legal pueden presentar una apelación (todos los costos de representación legal son responsabilidad del miembro). Un representante autorizado, incluso un proveedor, también puede presentar una apelación por usted con su permiso por escrito. También puede obtener ayuda para presentar una apelación usted mismo.

En algunos casos, Arizona Complete Health-Complete Care Plan revisará una apelación en términos acelerados (rápida). Una apelación acelerada se resuelve en un plazo de 72 horas debido a las necesidades urgentes de salud de la persona que presenta la apelación. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o a su proveedor para ver si su apelación será acelerada. Si su apelación no es acelerada, se resolverá en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de recepción.

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

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

Recibirá una notificación escrita en la que le enviaremos la apelación en el plazo de cinco días hábiles. Si su apelación es acelerada, recibirá una notificación de que recibimos su apelación en el plazo de un día hábil. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan ha decidido que su apelación no necesita ser acelerada, su apelación seguirá los plazos estándar de apelación. Arizona Complete Health-Complete Care Plan hará esfuerzos razonables para darle una notificación verbal inmediata de la decisión de no acelerar su apelación y realizar un seguimiento en el plazo de dos días calendario con una notificación escrita.

¿Qué Puedo Apelar?

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

- La denegación o la aprobación limitada de un servicio solicitado por su proveedor o equipo clínico.
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio que usted estaba recibiendo.
- La denegación, total o parcial, del pago de un servicio.
- El fracaso al prestar servicios de manera oportuna.
- El hecho de no actuar dentro de los plazos para resolver una apelación o reclamo.
- 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.
- Un rechazo de la solicitud para disputar una responsabilidad financiera, incluidos la distribución de costos, los copagos, las primas, los deducibles, el coseguro y otras responsabilidades financieras.

¿Qué Sucede Después de Presentar un Reclamo?

Como parte del proceso de apelación, tiene derecho a presentar evidencia que respalde su apelación. Puede proporcionar evidencia a Arizona Complete Health-Complete Care Plan en persona o por escrito.

A fin de prepararse para su apelación, puede examinar el expediente de su caso, los registros médicos y otros documentos y registros que se puedan utilizar antes y durante el proceso de apelación, siempre y cuando los documentos no estén protegidos de la divulgación por ley. Si desea revisar estos documentos, llame a su proveedor o a Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. La evidencia que usted proporcione a Arizona Complete Health-Complete Care Plan se utilizará para decidir la resolución de la apelación.

¿Cómo se Resuelve mi Apelación?

Arizona Complete Health-Complete Care Plan le dará una decisión, denominada Notificación de Resolución de Apelación, en persona o por correo, en el plazo de 30 días de recibir su apelación para apelaciones estándar o en el plazo de 72 horas para apelaciones aceleradas. La Notificación de Resolución de Apelación es una carta escrita que le informa los resultados de su apelación. Arizona Complete Health-Complete Care Plan resolverá su apelación dentro de los plazos indicados, a menos que se haya concedido una prórroga. Si la Notificación de Resolución de Apelación no se completa antes de que expire el plazo, se considerará que su apelación ha sido aprobada y podrá solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.

La fecha de resolución puede extenderse hasta 14 días. Usted o Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden solicitar más tiempo para reunir más información. Si Arizona Complete Health-Complete Care

Plan solicita más tiempo, le informaremos verbalmente sobre el retraso lo antes posible y le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de 2 días.

Cuando hayamos completado nuestra revisión, recibirá una Notificación de Resolución de Apelación que le informará:

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

Si su apelación fue rechazada, total o parcialmente, entonces la Notificación de Resolución de Apelación también le informará lo siguiente:

- Cómo puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- Cómo solicitar que los servicios continúen durante el proceso de Audiencia Imparcial Estatal, si corresponde.
- El motivo por el que se rechazó su apelación y el fundamento legal para la decisión de denegar su apelación.
- Que es posible que deba pagar por los servicios que recibe durante el proceso de Audiencia Imparcial Estatal si se rechaza su apelación en la Audiencia Imparcial Estatal.

¿Qué Puedo Hacer si no Estoy Satisfecho con los Resultados de mi Apelación?

Si no está satisfecho con el resultado de su apelación, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Si su apelación fue acelerada, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acelerada. **USTED TIENE DERECHO A QUE UN REPRESENTANTE DE SU ELECCIÓN LO AYUDE EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO** (todos los costos de representación legal son responsabilidad del miembro).

¿Cómo Solicito una Audiencia Imparcial del Estado?

Debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito en el plazo de 90 días de recibir el Aviso de Resolución de Apelación. Un proveedor o Representante Autorizado también puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado con su consentimiento por escrito. Esto incluye solicitudes estándar y aceleradas para una Audiencia Imparcial Estatal. Las solicitudes de Audiencias Imparciales Estatales deben enviarse por correo a:

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

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

Recibirá una Notificación de Audiencia Imparcial Estatal al menos 30 días antes de que se programe su audiencia.

La Notificación de Audiencia Imparcial Estatal es una carta escrita que le informará:

- 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 relacionadas con la audiencia.

¿Cómo se Resuelve mi Audiencia Imparcial del Estado?

Para las Audiencias Imparciales del Estado estándares, usted recibirá una decisión por escrito del director de AHCCCS como máximo 90 días después de que su apelación fue presentada por primera vez. Este período de 90 días no incluye:

- Extensiones de plazos que haya solicitado.
- La cantidad de días entre la fecha en que recibió la Notificación de Resolución de Apelación y la fecha en que se envió su solicitud de Audiencia Imparcial Estatal.

La decisión del director de AHCCCS le informará el resultado de la Audiencia Imparcial Estatal y la decisión final sobre sus servicios.

Para las Audiencias Imparciales del Estado aceleradas, recibirá una decisión por escrito del director de AHCCCS en el plazo de tres días hábiles posteriores a la fecha en que AHCCCS recibe su expediente del caso e información de apelación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. AHCCCS también intentará llamarlo para notificarle la decisión del director de AHCCCS.

¿Continuarán mis Servicios Durante el Proceso de Apelación/Audiencia Imparcial del Estado?

Puede solicitar que los servicios que ya estaba recibiendo continúen durante el proceso de apelación o el proceso de Audiencia Imparcial Estatal. Si desea seguir recibiendo los mismos servicios, debe solicitar que sus servicios continúen por escrito dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios o Notificación de Resolución de Apelación. Si el resultado de la apelación o de la Audiencia Imparcial Estatal no es a su favor, es posible que deba pagar por los servicios que recibió durante el proceso de apelación o Audiencia Imparcial Estatal.

¿TIENE UN PLAN DE MEDICARE PART D?

Cada plan de Medicare Part D debe tener una excepción y un proceso de apelación. Si tiene cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare Part D y presenta una excepción o apelación, es posible que pueda obtener un medicamento recetado que normalmente no está cubierto por su plan de la Parte D. Llame a su plan de la Parte D si desea obtener ayuda para presentar una excepción o apelación con respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Apelaciones para Personas con una Enfermedad Mental Grave (SMI)

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

- Las decisiones sobre la elegibilidad del individuo para los servicios de salud conductual.
- La suficiencia o pertinencia de una evaluación.
- La visión a largo plazo, los objetivos del servicio, las metas o los plazos establecidos en el Individual Service Plan (ISP) o el Inpatient Treatment and Discharge Plan (ITDP).
- Los servicios recomendados que se identifican en el informe de la evaluación, el ISP o el ITDP.
- Los servicios reales que se proporcionarán, según se describe en el ISP, el plan de servicios provisionales o el ITDP.
- El acceso o el suministro rápido de servicios.
- Los hallazgos del equipo clínico con respecto a la competencia de la persona, la capacidad de tomar decisiones, la necesidad de tutela u otros servicios de protección, o la necesidad de Asistencia Especial.
- La negación de una solicitud de revisión, el resultado, la modificación, la no modificación o la finalización de un ISP, ITDP o parte de un ISP o ITDP.
- La aplicación de los procedimientos y los plazos para desarrollar el ISP o el ITDP.
- La implementación del ISP o del ITDP.
- Decisión de ofrecer planificación de servicios, incluida la prestación de servicios de evaluación o administración de cuidados a una persona que se niega a recibir dichos servicios o una decisión de no prestarlos a la persona.
- Las decisiones sobre la evaluación de tarifas de una persona o la negación de una solicitud de exención de tarifas.
- La negación del pago de una reclamación.
- La incapacidad de la RBHA o AHCCCS para actuar dentro de los plazos establecidos en relación con una apelación.
- Una determinación del PASRR en el contexto de una evaluación previa a la admisión o una revisión anual de residentes, que afecta negativamente a la persona.

Si usted es un miembro inscrito en el Título 19/21 de AHCCCS y se determinó que tiene una enfermedad mental grave, puede presentar una apelación de SMI o una apelación del Título 19 para un servicio de salud mental cubierto por el Título 19.

Si presenta una apelación, recibirá una notificación escrita de que recibimos su apelación dentro de los cinco días hábiles de la recepción del Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Para una apelación que se debe acelerar, recibirá una notificación escrita de que recibimos su apelación dentro de un día hábil a partir de la recepción de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, y la conferencia informal debe realizarse dentro de los dos días hábiles posteriores a la presentación de la apelación.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan reconocerá y tomará una decisión sobre su apelación del mismo modo en que lo hacemos con otros tipos de apelaciones. Sin embargo, también tendrá derecho a

reunirse con nosotros en persona para analizar su apelación. Tendrá una conferencia informal con Arizona Complete Health-Complete Care Plan dentro de los siete días hábiles posteriores a la presentación de la apelación. La conferencia informal debe realizarse en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Tiene derecho a que un representante de su elección lo ayude en la conferencia. Si elige la representación legal, usted es responsable de su costo. Se les informará a usted y a cualquier otro participante sobre la hora y la ubicación de la conferencia por escrito al menos dos días antes de la conferencia. Si no puede asistir a la conferencia en persona, puede participar en la conferencia por teléfono.

Si no se llega a una resolución de la apelación durante la conferencia informal y la apelación no se relaciona con su elegibilidad para servicios de salud conductual, el siguiente paso es una segunda conferencia informal con AHCCCS. Esta segunda conferencia informal debe realizarse dentro de los 15 días posteriores a la presentación de la apelación. Si la apelación debe ser acelerada, la segunda conferencia informal debe realizarse dentro de los dos días hábiles posteriores a la presentación de la apelación. Tiene derecho a omitir esta segunda conferencia informal.

Si no se llega a una resolución de la apelación durante la segunda conferencia informal o si solicitó omitir la segunda conferencia informal, se le indicará cómo solicitar una Audiencia Administrativa.

¿Continuaré Recibiendo mis Servicios Durante el Proceso de Apelación?

Si presenta una apelación, seguirá recibiendo cualquier servicio de salud conductual que ya estaba recibiendo, a menos que un médico calificado decida que la reducción o terminación de los servicios es lo mejor para usted (o *para otra persona*) o si acepta por escrito reducir o cancelar los servicios. Arizona Complete Health-Complete Care Plan no le hará pagar por los servicios que reciba durante el proceso de apelación, independientemente del resultado de la apelación.

Las personas que solicitan una determinación de SMI y las personas que se ha determinado que tienen una enfermedad mental grave pueden apelar el resultado.

Si solicita una determinación de SMI, Solari Inc., un proveedor estatal que realiza determinaciones de SMI, tomará la decisión.

Si usted o su proveedor solicitan una determinación de SMI, Solari le enviará una carta por correo para informarle la decisión final. Esta carta se denomina Notificación de Decisión. Si Solari descubre que no califica para una determinación de SMI, la carta le indicará el motivo. Si no recibe la carta/notificación al final del tiempo que aceptó, llame a Solari al **1-855-832-2866**.

Tiene derecho a apelar su determinación de SMI.

Para apelar, debe llamar a Solari al **1-602-845-3594** o al **1-855-832-2866**. Solari le proporcionará una carta que explicará sus derechos como miembro y cómo apelar la determinación de SMI.

Para obtener más información, por favor póngase en contacto con:

Solari, Inc.
1275 West Washington Street
Suite 210
Tempe, AZ 85288
1-855-832-2866

¿Qué Puedo Hacer si No Estoy Satisfecho con los Resultados de mi Apelación?

Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal si no está satisfecho con los resultados de una apelación. Si su apelación fue acelerada, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acelerada. **TIENE DERECHO A QUE UN REPRESENTANTE DE SU ELECCIÓN LO AYUDE EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL.** Si elige la representación legal, usted es responsable del costo del representante legal.

Cambio de su Plan de Servicios de Salud Física para Miembros Designados como SMI

Los miembros que se determine que tienen una Enfermedad Mental Grave y que están inscritos en un plan para servicios de salud física y de salud conductual pueden solicitar un plan diferente para sus servicios de salud física. Esto se denomina solicitud de cancelación. Solo se aprobará la cancelación de un miembro en las siguientes condiciones:

1. La red no permite elegir entre al menos dos PCP y no tiene el proveedor de especialidad necesario,
2. El médico tratante actual dice que hay una necesidad de continuar un tratamiento,
3. Existe evidencia de daño o trato injusto.

Si desea solicitar una exclusión, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Antes de que se traslade a otro plan de atención de la salud de AHCCCS, Arizona Complete Health-Complete Care Plan intentará resolver sus inquietudes. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no puede resolver sus inquietudes, usted o su representante pueden solicitar un cambio en su plan de salud llamando a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Si desea cambiar su plan porque lo discriminaron, no lo trataron de manera justa o cree que existe la posibilidad de que lo discriminen o lo traten injustamente, se le pedirá que presente pruebas. El solo hecho estar inscrito en un plan de salud integrada no demuestra discriminación o trato injusto real o potencial.

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

- Arizona Complete Health-Complete Care Plan confirmará que usted está inscrito en el plan integrado.
- Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan registrará sus reclamaciones de daño real, posible discriminación o trato injusto causados por la inscripción en el plan de salud integrado.
- Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan completará el formulario de “Transferencia de un miembro de SMI inscrito en un RBHA a un Contratista de Cuidado Agudo de AHCCCS” e incluirá cualquier evidencia que usted o su representante proporcionen.

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

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cumple con todas las leyes federales y estatales, incluidos: el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según lo implementado por las regulaciones del Título 45 del CFR, parte 80, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, según lo implementado por las regulaciones del Título 45 del CFR, parte 91, la Ley de Rehabilitación de 1973, Título IX de las Enmiendas a la Educación de 1972 (sobre programas y actividades de educación), los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades; y la sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

Derechos de los Miembros

Nuestro objetivo es proporcionar atención médica y de salud conductual de alta calidad. También prometemos escucharlo, tratarlo con respeto y comprender sus necesidades individuales. Los miembros tienen derechos y responsabilidades. La siguiente es una descripción de sus derechos como miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Como miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre Arizona Complete Health-Complete Care Plan, sus servicios, sus médicos y proveedores.
- Presentar un reclamo sobre la organización de cuidado administrado. Los reclamos pueden presentarse ante Arizona Complete Health-Complete Care Plan o ante AHCCCS verbalmente o por escrito.
- Para presentar un reclamo ante Arizona Complete Health-Complete Care Plan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

  Para presentar un reclamo directamente con AHCCCS, comuníquese con:
  AHCCCS Member Services
  150 N. 18th Ave.
  Phoenix, AZ 85007

  1-602-417-7000 (Fuera del Condado de Maricopa: **1-800-523-0231**)
  O correo electrónico: **MedicalManagement@azahcccs.gov**
- Obtener servicios en un idioma que usted comprenda sin costo para usted. Usted tiene derecho a un intérprete si usted habla un inglés limitado o si tiene problemas de audición.
- Obtener información sobre la estructura y el funcionamiento de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o de nuestros subcontratistas.
- Obtener información sobre si Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene o no Planes de Incentivos Médicos (PIP) que afectan el uso de servicios de remisiones, el derecho a conocer los tipos de arreglos de compensación que usa Arizona Complete Health-Complete Care Plan, el derecho a conocer si se necesita un seguro de exceso de pérdida y el derecho a un resumen de los resultados de encuestas de los miembros, de acuerdo con la reglamentación PIP. Puede obtener esta información llamando a Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.
- Conocer los tipos de arreglos de compensación que utiliza Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Participar con sus proveedores en tomar decisiones sobre su atención de la salud.

- Analizar las opciones de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Recibir una copia de los derechos y las responsabilidades de los miembros y el derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Ser tratado de manera justa independientemente de la discapacidad, raza, color, etnia, origen nacional, religión, género, edad, sexo, identidad de género (diversidad), condición de salud conductual (intelectual) o discapacidad física, orientación sexual, información genética o capacidad de pago.
- Privacidad de la atención médica (confidencialidad): Existen leyes sobre quién puede ver su información médica personal con o sin su permiso. La información sobre el tratamiento por abuso de sustancias y enfermedades contagiosas (por ejemplo, información sobre VIH/SIDA) no se puede compartir con otras personas sin su permiso por escrito.
- Para ayudar a organizar y pagar su atención, hay ocasiones en que su información se comparte sin pedir primero su permiso por escrito. Estos tiempos podrían incluir el intercambio de información con las siguientes partes:
  - Médicos y otras agencias que brindan servicios de salud, sociales o de bienestar.
  - Su PCP médico.
  - Ciertas agencias estatales y escuelas que siguen la ley y participan en su atención y tratamiento, según sea necesario.
  - Miembros del equipo clínico involucrados en su atención.
- En otras ocasiones, puede ser útil compartir su información personal de salud con otras agencias, como las escuelas. Es posible que se necesite su permiso por escrito antes de compartir su información.
  - Puede haber ocasiones en las que desee compartir su información de salud con otras agencias o ciertas personas que puedan ayudarlo. En estos casos, puede firmar un Formulario de Autorización para Divulgar Información, que establece que su historia clínica, o ciertas partes limitadas de su historia clínica, pueden ser divulgadas a las personas o agencias que usted designe en el formulario. Para obtener más información sobre el Formulario de Autorización para Divulgar Información, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o visite **azcompletehealth.com/completecare**.
- Una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro de la red o una segunda opinión fuera de la red, si no hay una cobertura adecuada dentro de la red, sin costo para el miembro.
- Obtener información sobre las opciones de tratamiento disponibles, incluidas las alternativas, y cualquier información que el miembro necesite para decidir de una manera en que pueda entender la información.
- Las agencias contratadas de proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan utilizarán el formulario estandarizado del Plan de Contingencia/Respaldo de AHCCCS para planificar las consultas de servicio perdidas o retrasadas. También analizarán la preferencia del miembro sobre qué hacer en caso de que una consulta se retrase o se pierda. Las preferencias deben anotarse para cada servicio que el proveedor proporcione, sujeto a la verificación electrónica de consultas (EVV),

y el proveedor deberá brindarlas cuando una consulta de servicio sea corta, se retrase o se pierda. Los miembros pueden elegir diferentes opciones de preferencia en función del servicio específico. El Plan de Contingencia/Respaldo será revisado por el proveedor con el miembro por lo menos una vez al año. En el caso de que una consulta de servicio se retrase o se pierda, el proveedor debe hacer un seguimiento con el miembro para analizar si es necesario tomar alguna medida o si es necesario hacer ajustes al plan. El miembro/responsable de tomar decisiones sobre la atención médica puede cambiar las decisiones sobre estos niveles de preferencia en cualquier momento. Si el miembro no elige una preferencia, se puede aplicar una preferencia predeterminada basada en el servicio.

- Obtener información sobre la formulación de instrucciones anticipadas con sus proveedores de atención de la salud. Para los miembros de un HCBS o un entorno residencial de salud conductual que hayan completado una directiva anticipada, el documento debe mantenerse confidencial, pero estar disponible. Por ejemplo: en un sobre sellado pegado al refrigerador.
- Consultar la información de salud en su historia clínica. También puede solicitar que se cambie el registro si no está de acuerdo con su contenido. También puede obtener una copia por año de su historia clínica sin costo alguno. Llame a su proveedor o a Arizona Complete Health-Complete Care Plan para solicitar ver u obtener una copia de su historia clínica. Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarlo. Simplemente envíe una solicitud firmada por escrito. Recibirá una respuesta en el plazo de 30 días. Si recibe una denegación por escrito, le brindaremos información sobre por qué se rechazó su solicitud de historia clínica y cómo puede solicitar una revisión de dicha denegación.
- Obtener anualmente, sin costo alguno, una copia de sus registros médicos. Le responderemos en un plazo de 30 días. Esta respuesta será una copia de sus registros o un motivo para rechazar su solicitud. Si se rechaza una solicitud, total o parcialmente, debemos darle una denegación por escrito en el plazo de 60 días que incluya el motivo de la denegación, sus derechos de no estar de acuerdo y sus derechos de incluir su enmienda con cualquier divulgación futura de su información de la salud según lo permita la ley. Su derecho a acceder a una historia clínica también puede ser negado si la información corresponde a notas de psicoterapia, compiladas para o en anticipación razonable de una acción civil, penal o administrativa, o información de salud protegida sujeta a las Enmiendas Federales de Mejora de Laboratorio Clínico de 1988 o exento de acuerdo con el Título 45 del CFR, Parte 164.
- Enmendar o corregir su historia clínica, según lo permita la ley.
- Ser libre de cualquier restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el plan y el beneficiario.
- Ser tratado con respeto y con reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad. Entendemos su necesidad de privacidad, incluida la protección de cualquier información que lo identifique. También tiene el derecho a lo siguiente:
  - Obtener sus servicios en un entorno seguro.
  - Obtener servicios médicos y del comportamiento que respalden sus creencias personales, su condición médica y sus antecedentes en un idioma que usted comprenda.

- Participar en la toma de decisiones con respecto a su atención de la salud, incluido el derecho a rechazar el tratamiento de un proveedor y tener un representante que facilite la atención o las decisiones de tratamiento cuando no pueda hacerlo. También tiene el derecho a lo siguiente:
  - Obtener información sobre las opciones de tratamiento y las alternativas, adecuadas para su condición, de una manera que pueda comprender y le permita participar en las decisiones sobre su atención de la salud.
  - Decidir con quién desea recibir tratamiento y aceptar o rechazar los servicios de tratamiento, a menos que los servicios sean solicitados por un tribunal.
  - Ejercer sus derechos y que el ejercicio de esos derechos no afecte adversamente la prestación de servicios al miembro [Título 42 del CFR 438.100(c)].
- Tener una lista de los proveedores disponibles como parte del Directorio de Proveedores del Arizona Complete Health-Complete Care Plan, incluidos aquellos que hablan un idioma distinto del inglés y son capaces de adaptarse a los miembros con discapacidades.
- Usar cualquier hospital u otro entorno para la atención de emergencia sin una aprobación.
- Seleccionar un PCP de la lista de proveedores participantes de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Estar libre de restricciones sobre su libertad de elección entre los proveedores de la red.
- Obtener información en un idioma y formato que comprenda.
- Obtener información sobre quejas, apelaciones y solicitudes de audiencias.
- Tener acceso a revisar los registros médicos de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.
- Obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad sin costo. La notificación describe las prácticas de privacidad de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y cómo utilizamos su información de salud y cuándo podemos compartir esa información de salud con otras personas. Se mantendrá la privacidad de su información de cuidado de la salud. Se entregará solo con su permiso o si la ley lo permite.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene una Notificación de Prácticas de Privacidad (NOPP) disponible en cualquier momento. Puede acceder a esta NOPP visitando **azcompletehealth.com/completecare** o llamando a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Excepciones a la Confidencialidad

Hay ocasiones en las que no podemos mantener la privacidad 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 lastimar a otra persona, debemos informar a esa persona para que pueda protegerse. También debemos llamar a la policía.
- También debemos informar la sospecha de abuso infantil a las autoridades locales.

- Si existe un peligro de autolesión, debemos tratar de protegerlo. Si esto sucede, es posible que debamos hablar con otras personas de su vida u otros proveedores de servicios (p. ej., hospitales y otros asesores) para protegerlo. Solo se comparte la información necesaria para mantenerlo seguro.

¿Qué son los Fraudes, Dispendios y Abusos?

El fraude es cualquier mentira dicha a propósito que hace que usted o alguna otra persona reciban beneficios innecesarios. Esto incluye cualquier acto de fraude definido por la ley Federal o Estatal.

El dispendio es el uso excesivo o inadecuado de los servicios, uso indebido de recursos o prácticas que dan como resultado costos innecesarios para el programa Medicaid.

El abuso describe prácticas que, de forma directa o indirecta, generan costos innecesarios.

Algunos ejemplos de fraude de miembros incluyen, entre otros:

- Prestación o venta de su tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan a cualquier persona.
- Cambio de las recetas escritas por cualquiera de nuestros proveedores.
- Venta de medicamentos recetados.
- Proporcionar información incorrecta sobre su solicitud de AHCCCS.

Sanciones: una persona que se sospecha de fraude y/o abuso del sistema AHCCCS será informada a AHCCCS. Las sanciones para las personas involucradas en el fraude y/o abuso pueden ser tanto civiles como penales.

Algunos ejemplos de fraude del proveedor incluyen, entre otros:

- El uso del sistema Medicaid por parte de alguien que no sea apropiado, no esté calificado, no tenga licencia o haya perdido su licencia.
- Prestación de servicios médicos innecesarios.
- No cumplir con los estándares profesionales para la atención de salud.
- Facturar citas que no ocurran.

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

- Entrega de materiales o documentos falsos.
- Omitir información importante.

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

- Costos innecesarios para el programa.
- Pagos de servicios que no sean médicamente necesarios.
- No cumplir con los estándares profesionales para la atención de salud.
- Cobro excesivo por servicios o suministros.

Cómo Informar un Fraude, Dispendio y Abuso:

Si usted sospecha que uno de nuestros proveedores o miembros cometió fraude, dispendio o abuso, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o envíe un correo electrónico a **AZCHFWA@azcompletehealth.com**.

También puede informar sobre fraude, dispendio y abuso de forma directa a la AHCCCS Office of Inspector General (OIG). Las remisiones pueden enviarse a AHCCCS a través de:

- Formulario de informe en línea en: **azahcccs.gov/Fraud/ReportFraud**
- Correo electrónico: **AHCCCSFraud@azahcccs.gov**
- **Teléfono:**
  - Informe de fraudes del proveedor:
    - » En Arizona: **1-602-417-4045**
    - » Número gratuito solo fuera de Arizona: **1-888-487-6686**
  - Informe de fraudes del miembro:
    - » En Arizona: **1-602-417-4193**
    - » Número gratuito solo fuera de Arizona: **1-888-487-6686**

Educación y Prevención del Consumo de Tabaco

Si consume tabaco y está pensando en dejarlo, podemos ayudarlo. Puede inscribirse en un programa para ayudarlo a dejar de fumar a través del Arizona Department of Health Services (ADHS).

- Puede obtener asesoramiento sin costo alguno a través de la Línea de Ayuda para Fumadores de Arizona (ASHline) llamando al **1-800-556-6222** o visitando **ashline.org**.
- Puede obtener ayuda en la elaboración de un plan para dejar de fumar en **azdhs.gov/prevention/chronic-disease/tobacco-free-az/index.php**.
- Puede encontrar un grupo de apoyo comunitario cerca de usted en **nicotine-anonymous.org**.

Su plan cubre muchos tipos de productos para ayudarlo a dejar de fumar. Estos incluyen medicamentos recetados y de venta libre (OTC). Llame a su PCP para hablar sobre estos productos. Su PCP lo ayudará a decidir cuál podría funcionar mejor para usted.

Si es menor de 18 años, su PCP necesitará obtener autorización previa para cualquier medicamento que necesite. Su PCP se hará cargo de esto por usted. Su plan cubre un suministro de hasta 12 semanas en un período de seis meses de un producto para dejar de fumar. El período de seis meses comienza el día en que usted obtiene su producto para dejar de fumar por primera vez en la farmacia.

Recursos de la Comunidad

Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)

Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) proporciona subvenciones federales a los estados para alimentos suplementarios, remisiones de atención médica y educación nutricional para mujeres embarazadas de bajos ingresos, mujeres lactantes y no lactantes en el postparto, y para lactantes y niños de hasta 5 años que se encuentran en riesgo nutricional.

Teléfono: **1-800-252-5942 (1-800-252-5WIC)**

Sitio web: **fns.usda.gov/wic**

Count the Kicks

Count the Kicks es una manera fácil, sin costo y confiable para que los futuros padres controlen el bienestar de su bebé en el tercer trimestre, además de las visitas prenatales regulares. Después de unas cuantas sesiones en la aplicación, empezará a notar que el bebé tarda un tiempo medio en realizar 10 movimientos.

Teléfono: **1-515-650-8685**

Sitio web: **countthekicks.org**

Arizona Head Start/Early Head Start

Head Start es un gran programa que prepara a los niños preescolares para el jardín de niños. Los niños en edad preescolar inscritos en Head Start también recibirán bocadillos y comidas saludables. Head Start ofrece estos servicios y mucho más sin costo para usted. Las mujeres y los niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad son elegibles para el programa Early Head Start. Head Start es para niños de 3 a 5 años.

Teléfono: **1-602-338-0449**

Sitio web: **azheadstart.org**

Vaccines for Children (VFC)

Vaccines for Children (VFC) es un programa financiado federalmente que brinda vacunas sin costo para niños que, de otra manera, no pueden ser vacunados debido a que no pueden pagar las vacunas.

150 N 18th Ave., Ste 120, Phoenix, AZ 85007

Teléfono: **1-602-364-3630**

Sitio web: **azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/immunization/index.php#vaccines-children-home**

Arizona Immunization Program

El Arizona Immunization Program brinda información y recursos para adultos, adolescentes y niños, incluidas las ubicaciones de las clínicas y los cronogramas de vacunas recomendados.

150 N 18th Ave., Ste 120, Phoenix, AZ 85007

Teléfono: **1-602-364-3630**

Sitio web: **azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/immunization/index.php#get-vaccinated**

Arizona Early Intervention Program (AzEIP)

El Arizona Early Intervention Program (AzEIP, que se pronuncia Ay-zip en inglés) ayuda a las familias de los niños con discapacidades o retrasos del desarrollo desde el nacimiento hasta los tres años. Proporcionan apoyo y pueden trabajar con la capacidad natural de su hijo para aprender. Para obtener ayuda u obtener más información sobre los recursos de AzEIP, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan y solicite al coordinador de Arizona Complete Health-Complete Care Plan AzEIP.

Teléfono: **1-602-532-9960**

Sitio web: **des.az.gov/azeip**

ARIZONA@WORK

ARIZONA@WORK es la red de desarrollo de los trabajadores a nivel estatal que ayuda a los empleadores de todos los tamaños y tipos a reclutar, preparar y retener a los mejores empleados según sus necesidades. Para quienes buscan empleo en el estado, ofrecen servicios y recursos para ayudarlos a encontrar oportunidades de empleo.

Sitio web: **arizonaatwork.com**

Vocational Rehabilitation

El programa Vocational Rehabilitation ofrece servicios de empleo a personas con discapacidades. Su objetivo es ayudar a estas personas a ingresar a la fuerza laboral o mantener un trabajo.

Sitio web:
des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation-vr

Area Agency On Aging

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

Teléfono: **1-888-783-7500**

Sitio web: **des.az.gov/services/older-adults/area-agency-on-aging-locations**

Pima Council on Aging

600 S Country Club
Tucson, AZ 85716

Teléfono: **1-520-790-7262**

Sitio web: **pcoa.org**

Pinal-Gila Council for Senior Citizens

8969 W. McCartney Road
Casa Grande, Arizona, 85194

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

Sitio web: **caaging.org**

Seago Area Agency on Aging

Teléfono: **1-520-432-5301**
1-520-432-2528 (Area Agency on Aging)

Sitio web: **seago.org**

Alzheimer’s Association

La Alzheimer's Association ofrece educación y recursos a personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer.

Teléfono: **1-800-272-3900**

Sitio web: **alz.org**

AZ Suicide Prevention Coalition

La Arizona Suicide Prevention Coalition trabaja para reducir los actos suicidas en Arizona. Su misión es cambiar aquellas afecciones que dan como resultado actos suicidas en Arizona a través de la concientización, la intervención y la acción.

P.O. Box 10745
Phoenix, AZ 85064

Sitio web: **azspc.org**

Teen Lifeline

Teen Lifeline es una línea de ayuda para crisis segura y privada, donde adolescentes ayudan a otros adolescentes a tomar decisiones saludables mediante servicios de asesoramiento entre pares y prevención del suicidio disponibles las 24 horas.

P.O. Box 10745
Phoenix, AZ 85064-0745

En el Condado de Maricopa: **1-602-248-8336 (TEEN)**
En el sur de Arizona: **1-520-327-8336 (TEEN)**
Fuera del Condado de Maricopa: **1-800-248-8336**

Sitio web: **teenlifeline.org**

Línea Estatal de Ayuda en Caso de Crisis:
1-844-534-HOPE o **1-844-534-4673**, TTY/TDD: **711**.
Envía un mensaje de texto con la palabra "HOPE" (Esperanza) al **4HOPE (44673)**
Para chatear, haga clic en "Start a Chat Now" (Iniciar un chat ahora)
en **crisis.solari-inc.org/start-a-chat.**
Línea Nacional de Prevención del Suicidio y Atención en Crisis: Llame o envíe un mensaje de texto al **988** Para chatear, visite **988lifeline.org/get-help.**

Power Me A2Z

Power Me A2Z proporciona vitaminas a mujeres en Arizona.

Sitio web: **azdhs.gov/powermea2z**

ADHS Pregnancy and Breastfeeding Hotline

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

Línea directa de lactancia disponible las 24 horas: **1-800-833-4642**

Sitio web: **azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding**

Fussy Baby/Birth to Five Helpline

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

Teléfono: **1-877-705-KIDS (5437)**

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

Poison Control

El Arizona Poison and Drug Information Center les brinda conocimientos médicos por parte de expertos a las personas de Arizona cuando tienen una emergencia toxicológica.

Teléfono: **1-800-222-1222**

Sitio web: **azpoison.com**

Encircle Families (anteriormente conocido como "Raising Special Kids")

Encircle Families mejora la vida de los niños con discapacidades, desde el nacimiento hasta los 26 años. Encircle Families proporciona apoyo, entrenamiento, información y ayuda para que las familias puedan convertirse en defensores eficaces de sus hijos.

Oficina en Phoenix
5025 E. Washington St #204

Teléfono: **1-602-242-4366**
Número gratuito: **1-800-237-3007**

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

Oficina de Yuma
Teléfono: **1-928-444-8803**
Número gratuito: **1-800-237-3007**

Sitio web: **encirclefamilies.org/**

Strong Families AZ

Strong Families AZ es una red de programas de visitas a domicilio que ayudan a las familias a criar niños listos para tener éxito en la escuela y la vida.

Sitio web: **strongfamiliesaz.com**

Postpartum Support International

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

Teléfono: **1-800-944-4773**

Sitio web: **postpartum.net**

Opioid Assistance and Referral Line

La Opioid Assistance and Referral Line les ofrece a pacientes, proveedores y familiares información sobre opioides, recursos y derivaciones las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Teléfono: **1-888-688-4222**

Sitio web: **azdhs.gov/oarline**

Community Information and Referral

Community Information and Referral es un centro de atención telefónica que puede ayudarle a encontrar diversos servicios comunitarios, como:

- Bancos de alimentos, ropa y refugios.
- Ayuda para el pago del alquiler y los servicios públicos, así como asistencia financiera.
- Atención médica, atención domiciliaria y apoyo a la salud durante el embarazo.
- Grupos de apoyo y asesoramiento.
- Ayuda para problemas relacionados con el consumo de drogas o alcohol.
- Transporte.
- Programas educativos y de formación profesional.
- Cuidado diurno para adultos.
- Servicios de comida a domicilio.
- Cuidados de relevo.
- Cuidado infantil, programas extraescolares, campamentos de verano y actividades recreativas.
- Servicios de protección.
- Y más.

Teléfono: **211**

Sitio web: **211arizona.org**

Dump the Drugs AZ

Esta aplicación le indica dónde puede desechar medicamentos de forma segura.

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

Health-E-Arizona Plus

AHCCCS y DES desarrollaron un sistema a fin de solicitar los beneficios de KidsCare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo y Seguro de Salud de AHCCCS, y conectarse con el Mercado de Seguros Federales.

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

Sitio web: **healthearizonaplus.gov/Login/Default**

Arizona Disability Benefits 101 (DB101)

DB101 ayudan a las personas con discapacidades y a los proveedores de servicios a aprender las conexiones entre el trabajo y los beneficios. DB101 lo ayudará a tomar decisiones informadas y le mostrará cómo puede incluir al trabajo en su plan.

Sitio web: **az.db101.org**

AZ Links

AZ Links ofrece ayuda e información sobre los servicios para personas mayores y con discapacidades. Utilice **azdaars.getcare.com/consumer** para planificar el futuro o manejar una necesidad inmediata. Las agencias de socios de AzLinks en su comunidad están allí para ayudarlo.

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

Healthy Families Arizona

Este programa contribuye a la salud durante el embarazo, el desarrollo infantil, la nutrición, la seguridad y otros aspectos importantes. Un trabajador de la salud de la comunidad irá al hogar de la miembro embarazada para brindarle información y ayudar con cualquier inquietud que pueda tener. El programa comienza mientras la miembro está embarazada y puede continuar hasta el momento en que su bebé tiene 5 años.

1789 W. Jefferson St.
Phoenix, AZ 85007

Teléfono: **1-602-255-2360**

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

NAMI Arizona (National Alliance on Mental Illness)

NAMI Arizona cuenta con una Línea de Ayuda para obtener información sobre enfermedades mentales, derivaciones a tratamientos y servicios comunitarios, e información sobre los grupos de autoayuda del consumidor y la familia locales en todo Arizona. NAMI Arizona brinda apoyo emocional, educación y defensa a personas de todas las edades que se ven afectadas por enfermedades mentales.

Teléfono: **1-800-950-6264**

Sitio web: **namiarizona.org**

Mentally Ill Kids in Distress (MIKID)

MIKID proporciona apoyo y ayuda a las familias en Arizona con niños, jóvenes y adultos jóvenes que presentan problemas de comportamiento. MIKID ofrece información sobre los problemas de los niños, acceso a Internet para los padres, remisiones a recursos, grupos de apoyo, oradores educativos, apoyo de vacaciones y cumpleaños para niños que se encuentran fuera de casa y mentores voluntarios de padres a padres.

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

Sitio web: **mikid.org**

Child and Family Resources

Los programas de Child and Family Resources incluyen: Child Care Resource & Referral, donde los padres llaman para obtener una lista de centros de cuidado infantil y el Center for Adolescent Parents, donde los adolescentes que han tenido un hijo pueden obtener su diploma de secundaria o GED mientras reciben cuidado infantil en el sitio sin costo alguno.

Sitio web: **childfamilyresources.org**

Proveedores de Atención Médica de Bajo Costo y con Tarifas Variables

Si se vuelve no elegible para Medicaid y no puede obtener otro seguro de salud, puede visitar **azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php** para buscar clínicas que proporcionen servicios de salud primaria, mental y dental a bajo costo o sin costo para las personas sin seguro de salud.

Equipo de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

El equipo de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan promueve la recuperación, la resiliencia y el bienestar de nuestros miembros con problemas de salud mental y consumo de sustancias. Establecemos colaboraciones con personas, familias elegidas, jóvenes, comunidades y organizaciones. Colaboramos con los principales responsables y miembros de la comunidad en el proceso de toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud conductual. Todos los miembros del OIFA han tenido experiencia recibiendo servicios de salud conductual ellos mismos y/o han experimentado ayudar a un ser querido a través de sus servicios.

El equipo de OIFA de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está compuesto por el siguiente personal:

Administrador de OIFA	Responsable de garantizar que los programas y las políticas se ajusten a los principios de recuperación y resiliencia. Proporciona apoyo y orientación a todos los demás miembros de la OIFA y ayuda a eliminar cualquier barrera que les impida garantizar la salud y el bienestar de los miembros.
Asesor de Apoyo de Pares	Proporciona orientación y apoyo a todos los socios del sistema sobre los servicios de apoyo de pares y el proceso de certificación para convertirse en especialista certificado de apoyo de pares
Asesor de Apoyo Familiar	Proporciona orientación y apoyo a todos los socios del sistema sobre los servicios de apoyo familiar y el proceso de certificación para convertirse en socio de apoyo familiar certificado.
Coordinador de Consejos de Defensoría del Miembro y la Familia (MFAC)	Planifica y facilita los MFAC internos de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y colabora con los MFAC basados en proveedores.
Coordinador de Asistencia Especial	Responsable de garantizar que los proveedores cumplan con todos los requisitos estatales para la Asistencia Especial. Actúa como punto de contacto para la Oficina de Derechos Humanos de AHCCCS.

Información de Defensa

Un *defensor de atención médica* es alguien que trabaja para promover y proteger los derechos de las personas en el sistema de atención médica. Arizona Complete Health-Complete Care Plan se asocia con defensores en todo Arizona para garantizar que se respeten sus derechos y que se escuche su opinión.

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

Arizona Center for Disability Law - Mental Health

El Arizona Center for Disability Law está dedicada a proteger los derechos de las personas con discapacidades físicas, mentales, psiquiátricas, sensoriales y cognitivas. Puede llamarlos al **1-800-922-1447** (Tucson) o al **1-800-927-2260** (Phoenix) para obtener más información.

National Alliance on Mental Illness (NAMI)

NAMI es la organización nacional de esfuerzos comunitarios más grande de salud mental dedicada a crear mejores vidas para millones de estadounidenses afectados por enfermedades mentales. Para obtener más información sobre su organización y programas de defensa, llame al **1-800-950-6264**.

Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence

La Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence les brinda a los proveedores servicios directos para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual y doméstica. Su propósito es:

- Aumentar la conciencia pública sobre los problemas de violencia sexual y doméstica.
- Mejorar la seguridad y los servicios para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual y doméstica.
- Terminar la violencia sexual y doméstica en las comunidades de Arizona.

Si necesita ayuda, llame a la National Domestic Violence Hotline al **1-800-799-7233 (SAFE)** o TTY: **1-800-787-3224**.

Arizona Child and Family Advocacy Network

La Arizona Child and Family Advocacy Network (ACFAN) proporciona apoyo, capacitación y orientación a todos los centros de defensa en Arizona. Sus profesionales coordinan servicios y responden a la violencia familiar y la agresión sexual. Se realizan esfuerzos para adaptarse a las necesidades especiales y a las poblaciones multilingües.

ACFAN cuenta con centros de defensa ubicados en todo Arizona que están diseñados para proporcionar servicios en el sitio a víctimas infantiles de abuso físico o sexual y negligencia. Algunos centros brindan servicios a víctimas adultas de agresión sexual, violencia doméstica o abuso de adultos vulnerables. Para obtener más información sobre estos centros de defensa, visite **acfan.net**.

Servicios del Family Advocacy Center

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

- Intervención en crisis.
- Evaluación de necesidades de emergencia.
- Planificación de seguridad.
- Asistencia en materia de Órdenes de Protección.
- Acceso a refugio y asistencia de vivienda de emergencia.
- Educación sobre los derechos de las víctimas.
- Actualizaciones de estado del caso actual.
- Remisiones para una administración de cuidado a largo plazo.
- Administración de cuidado a corto plazo.

- Educación sobre la dinámica de la violencia doméstica.
- Educación sobre cómo manejar el sistema de justicia penal.

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

Asistencia Especial para Miembros con una Designación de SMI

***Asistencia Especial* es el apoyo que se proporciona a un miembro con una designación de Enfermedad Mental Grave (SMI) que no puede expresar preferencias de tratamiento y/o participar efectivamente en el desarrollo del plan de servicio, el tratamiento de pacientes hospitalizados y el plan de alta (ITDP), ni en los procesos de queja y/o apelación debido a un deterioro cognitivo o intelectual y/o condición médica. Los criterios de Asistencia Especial se basan en lo siguiente:**

- Arizona Complete Health-Complete Care Plan y los proveedores identificarán y presentarán una notificación a la Oficina de Derechos Humanos (OHR) de AHCCCS sobre los miembros que cumplen con los criterios para recibir Asistencia Especial. La notificación se presenta independientemente de si las necesidades de Asistencia Especial del miembro parecen ser satisfechas o no por un tutor involucrado o representante designado (por ejemplo, un familiar o un amigo).
- La OHR asignará entonces a un defensor para que colabore con el miembro durante la planificación de su tratamiento. Un defensor puede brindar asistencia en la planificación del tratamiento, la planificación del alta y el proceso de quejas y apelaciones únicamente cuando el miembro cumpla con los criterios de Asistencia Especial y no cuente con un familiar, amigo, tutor, defensor u otra persona de apoyo identificada disponible para desempeñar dicha función, de conformidad con la norma AMPM 320-R.
- Un miembro necesita Asistencia Especial si no puede hacer lo siguiente:
  - Comunicar preferencias por servicios, participar efectivamente en la planificación de servicios o en el desarrollo del ITDP, participar de manera efectiva en los procesos de apelación, queja o investigación como se especifica en AAC R9-21, Artículo 4.
  - Comunicar preferencias y/o participar efectivamente debido a una barrera de habilidad cognitiva/capacidad intelectual del lenguaje (una incapacidad para comunicarse, aparte de la necesidad de un intérprete/traductor), y/o una condición médica.

Los miembros que están sujetos a tutela general han sido determinados como incapacitados, según se especifica en A.R.S. Sección 14-5304, y por lo tanto, cumplen automáticamente con los criterios de Asistencia Especial. La OHR revisa todas las notificaciones y decide quién satisfará las necesidades de Asistencia Especial del miembro.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con la Oficina de Derechos Humanos de AHCCCS para garantizar que los miembros que cumplen con los criterios de Asistencia Especial sean debidamente identificados. Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Humanos de AHCCCS al **1-800-421-2124** o en línea en **azahcccs.gov/ohr.** Puede comunicarse con el equipo de Asuntos Individuales y Familiares que supervisa la Asistencia Especial para Arizona Complete Health-Complete Care Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y solicitando hablar con un miembro del Equipo de Asuntos Individuales y Familiares.

Definiciones y Terminología de la Atención Administrada

Palabras/Frases

Apelar: solicitar una revisión de una decisión que niega o limita un servicio.

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

Equipo Médico Duradero: equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención de la salud por una razón médica para uso repetido.

Condición Médica de Emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o condición (incluido dolor grave), que una persona razonable podría esperar que, si no recibe atención médica de inmediato, podría:

- **a.** Poner la salud de la persona en riesgo; o
- **b.** Poner al bebé de una mujer embarazada en riesgo; o
- **c.** Causar un daño grave a las funciones corporales; o
- **d.** Causar daño grave a cualquier órgano del cuerpo o parte del cuerpo.

Transporte Médico de Emergencia: Consulte SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA.

Servicios de Ambulancia de Emergencia: transporte en una ambulancia por una afección de emergencia.

Atención en la Sala de Emergencias: atención que recibe en una sala de emergencias.

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

Servicios Excluidos: consulte EXCLUIDOS.

Excluidos: servicios que AHCCCS no cubre. Algunos ejemplos son servicios que:

- Están por encima de un límite,
- Son experimentales, o
- No son médicamente necesarios.

Palabras/Frases

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

Dispositivos y Servicios de Recuperación de las Habilidades: consulte HABILITACIÓN.

Recuperación de las Habilidades: servicios que ayudan a una persona a adquirir y conservar las habilidades y funcionamiento para la vida diaria.

Seguro Médico: cobertura de los costos de los servicios de atención médica.

Atención Médica a Domicilio: consulte SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD A DOMICILIO.

Servicios de Atención Médica a Domicilio: servicios de enfermería, asistente de salud a domicilio, y servicios de terapia; y suministros médicos, equipo y artículos que un miembro recibe en su domicilio de acuerdo con la indicación de un médico.

Servicios de Cuidados Paliativos: servicios de apoyo y confort para un miembro que un Médico considere que está en las últimas etapas de la vida (seis meses o menos).

Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios: atención brindada en un hospital en el que, generalmente, no necesita quedarse a pasar la noche.

Hospitalización: ingresar o quedarse en un hospital.

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

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

Proveedor No Participante: consulte PROVEEDOR FUERA DE LA RED.

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

Palabras/Frases

Proveedor Participante: consulte PROVEEDOR DE LA RED.

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

Servicios Médicos: servicios de atención médica brindados por un médico autorizado.

Plan: consulte PLAN DE SERVICIO.

Plan de Servicios: una descripción escrita de los servicios de salud cubiertos y otras ayudas, pueden incluir:

- Metas individuales;
- Servicios de apoyo familiar;
- Coordinación de la atención; y
- planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida.

Preautorización: consulte AUTORIZACIÓN PREVIA.

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

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

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

Medicamentos con Receta: medicamentos que receta un profesional de la salud y que entrega un farmacéutico.

Médico de Cuidado Primario: un médico que es responsable de administrar y tratar la salud del miembro.

Palabras/Frases

Proveedor de Cuidado Primario (PCP): una persona que es responsable de administrar la atención médica del miembro. Un PCP puede ser:

- Una persona con licencia, como un médico osteopático o alopático o
- Un profesional definido como un asistente médico licenciado o
- Un profesional de enfermería certificado.

Proveedor: una persona o grupo que tiene un acuerdo con AHCCCS para proveer servicios a los miembros de AHCCCS.

Dispositivos y Servicios de Rehabilitación: consulte REHABILITACIÓN.

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

Atención de Enfermería Especializada: atención especializada que se brinda en su domicilio o en un centro de convalecencia a cargo de profesionales de enfermería licenciados o terapeutas.

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

Atención de Urgencia: atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para buscar atención inmediata, pero no lo suficientemente grave como para solicitar atención en una sala de emergencias.

Definiciones del Servicio de Atención Maternal

Palabras/Frases

Enfermero Obstetra Certificado (CNM): un proveedor certificado por el American College of Nursing Midwives (ACNM). Lo realiza el proveedor que pasa un examen nacional y tiene una licencia para ejercer en Arizona. La licencia es otorgada por la Arizona Board of Nursing. Los CNM proporcionan atención médica a personas embarazadas y recién nacidos. La atención médica incluye la atención antes, durante y después del embarazo; la atención de un GYN y la atención del recién nacido.

Centros de Maternidad Independientes: los centros de maternidad independientes son centros de parto obstétrico autorizados por el Arizona Department of Health Services (ADHS) y certificados por la Commission for the Accreditation of Free-Standing Birthing Centers. Estos lugares médicos cuentan con proveedores que ofrecen servicios de parto y trabajo de parto. Manejan servicios de atención de maternidad de bajo riesgo. Estos centros están contratados y se ubican cerca de hospitales de cuidados intensivos en caso de que se necesite ayuda con un problema en el parto.

Embarazo de Alto Riesgo: cuando una persona embarazada, un feto o un recién nacido tiene un mayor riesgo de tener problemas de salud mientras está embarazada o después del parto. Los profesionales de la salud utilizarán las herramientas de evaluación guiada de riesgos médicos del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) para determinar si existe una posible situación de alto riesgo.

Partera Licenciada: un proveedor que ha obtenido una licencia del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) para brindar atención de maternidad, conforme a lo establecido en el Título 36, Capítulo 6, Artículo 7 de los ARS, y en las normas A.A.C. R9-16-101 a R9-16-117. Estos proveedores son distintos de los CNM.

Atención de maternidad: incluye atención médica y educación de asesoramiento antes de la concepción, identificación del embarazo, y servicios de embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.

Coordinación de la atención de maternidad: incluye todos los servicios para coordinar la atención de maternidad. Esto incluye evaluar las necesidades médicas y sociales, elaborar un plan para ayudar con las necesidades, ayudar a los miembros a conectarse con los recursos de la comunidad y asegurarse de que los miembros reciban la ayuda médica y social que necesitan.

Palabras/Frases

Los cuidados de maternidad incluyen lo siguiente:

A continuación se enumeran los tipos de proveedores que pueden proporcionar atención de maternidad cuando esté dentro de su formación y ámbito de práctica:

1. Médicos alópatas u osteópatas con licencia en Arizona que sean obstetras y/o proveedores de medicina general o medicina familiar.
2. Profesionales de Enfermería.
3. Asistentes Médicos.
4. Enfermeras-Parteras Certificadas.
5. Parteros Autorizados.

Practicante: Se refiere a profesionales de enfermería certificados en partería, asistentes médicos y otros profesionales de enfermería certificados. Los asistentes médicos y los profesionales de enfermería certificados son aquellos especificados en el Título 32 de los ARS, capítulos 15 y 25, respectivamente.

Posparto: es el tiempo después de que termina el embarazo. Si una persona recibe 12 meses de cobertura después del embarazo, el período posparto dura desde el último día del embarazo hasta el final del 12.º mes. Si recibe 60 días de cobertura, este dura hasta el final del 60.º día. Las medidas de calidad utilizadas en la mejora de la calidad pueden utilizar plazos diferentes.

Atención posparto: la atención posparto es la ayuda y atención médica que recibe una persona después de tener un bebé. Se centra en el bienestar físico, mental y social. Esta atención es importante, independientemente de cómo terminó el embarazo. Puede incluir el tratamiento de problemas de salud en curso, la prevención de problemas de salud, la planificación de embarazos futuros y ayuda para que los nuevos padres aprendan cómo cuidar a su bebé. La atención posparto es más que una sola consulta al médico; sucede con el tiempo con varios controles y apoyo.

Asesoramiento previo a la concepción: ayuda a las miembros a identificar y reducir los riesgos médicos y sociales que ayudarán a una persona a estar saludable antes del embarazo, y cualquier efecto en el feto. Esto se realiza mediante asesoramiento que se centra en brindar atención médica en forma temprana para reducir los problemas médicos y cualquier riesgo para ayudar a quedar embarazada y durante el embarazo. Esto se puede proporcionar independiente de si la persona desea quedar embarazada o no. Esto se incluye en la visita preventiva para mujeres sanas. No incluye pruebas genéticas.

Palabras/Frases

Atención prenatal: esta es la atención proporcionada durante el embarazo, que incluye:

- Evaluar el riesgo médico y social.
- Proporcionar educación médica.
- Tratamiento y atención médica en curso.

Si desea obtener más información sobre los temas tratados en este Manual del Miembro, llame a Servicios para Miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711 o visite azcompletehealth.com/completecare.

Nuevas Opciones para Administrar Sus Registros de Salud Digitales

El 1 de julio de 2021, una nueva norma federal llamada Norma de Interoperabilidad y Acceso de los Pacientes (CMS 9115 F) facilitó a los miembros la obtención de sus registros de salud cuando más lo necesitan.

La norma de Interoperabilidad y Acceso de los Pacientes prioriza al paciente. Esta nueva norma le permite acceder fácilmente a su información de salud en su dispositivo móvil. También puede llevar consigo su información de salud cuando se cambie entre planes de salud. Para obtener más información, visite: **azcompletehealth.com/members/medicaid/helpful-links/interoperability-and-patient-access.html**.

Para obtener más información, visite su cuenta de miembro en línea.

arizona complete health
Complete Care Plan

azcompletehealth.com/completecare
1-888-788-4408 TTY/TDD: 711