



Guía para afiliados

Una guía práctica para recibir servicios

Año de afiliación 2019

Revisado a día 01 de octubre de 2018

Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA)

Afiliados activos con un diagnóstico de enfermedad mental grave (SMI) o inscritos al Programa integral de asistencia médica y dental (CMDP) o a la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)

Los servicios cubiertos se financian conforme a un contrato con AHCCCS.

Índice

Información útil	6
Servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.....	6
Teléfono para situaciones de crisis	6
Dirección postal	6
Sitio web	6
Información personal e información de contacto	6
Ayuda en otro idioma y para discapacitados: ¿Cómo puedo obtener ayuda?.....	6
Nondiscrimination and Accessibility	7
Bienvenido a Arizona Complete Health-Complete Care Plan	10
Servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.....	10
Gestión de atención médica/Coordinación de atención médica.....	11
Línea de asesoramiento de enfermería	11
Atención de emergencia/Atención de urgencia (asistencia fuera del horario de atención)	12
Cómo acceder a los servicios de crisis de salud mental	13
Servicios de crisis que tiene a su disposición	13
Cómo acceder a los servicios de emergencia si está fuera del área de servicio	14
Asegurando una atención culturalmente competente	14
Servicios de interpretación.....	15
Intérpretes de lengua de signos y ayudas auxiliares	15
¿Qué idiomas hablan los proveedores médicos?.....	16
Asistencia en otro idioma y para individuos con discapacidades: ¿Cómo puedo obtener ayuda?	16
Nuestros servicios para afiliados están para ayudarle.....	16
Si acude a un proveedor médico fuera de nuestra red	17
Cómo obtener un directorio de proveedores médicos impreso	17
Dónde trabajamos	17
Su tarjeta de identificación de afiliado.....	18
Responsabilidades de los afiliados	18
Qué hacer cuando cambia el número de miembros de su familia o su información de afiliado.....	19
Si se muda, también debe decírnoslo.	20
Vocero de la familia y tomador de decisiones	20
Transición de la póliza de atención médica	20
¿Cómo puedo usar los servicios de urgencias apropiadamente?	21
Qué hacer en caso de emergencia	22
Transporte: ¿Cómo obtengo transporte para acudir a mis citas médicas?	22
Transporte para emergencias	22
Transporte de no emergencia	23
Silla de ruedas o camilla	23
Cancelar su desplazamiento o sus citas.....	23
Qué incluye la cobertura: ¿Qué tipo de Atención médica puedo obtener de Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP)?	24

Afiliados inscritos al Programa integral de asistencia médica y dental (CMDP) y Afiliados inscritos en el Departamento de Seguridad Económica/División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).....	25
Afiliados con un diagnóstico de enfermedad mental grave (SMI) e inscritos en Medicaid.....	25
Afiliados de Medicare/Medicaid que reúnen doblemente los requisitos	25
Adultos con diagnóstico de SMI y no inscritos en Medicaid	26
Programas financiados a través de subvenciones para ciudadanos de Arizona sin seguro o con seguro deficiente.....	26
Gestión de atención médica/Coordinación de atención médica.....	26
Servicios de atención médica para afiliados que estén inscritos en CMDP o DDD.....	27
Administración de enfermedades.....	28
Atención ortésica.....	29
Servicios médicos adicionales cubiertos para adultos con diagnóstico de SMI de entre 18 y 21 años.....	29
Tabla de cobertura de servicios para salud mental.....	30
Servicios médicos no cubiertos: ¿Qué es lo que AHCCCS no cubre?	35
Tabla de exclusiones y limitaciones.....	37
Consentimiento para el tratamiento.....	39
Servicios subvencionados Disponibles para los afiliados inscritos en Medicaid y ciudadanos de Arizona sin seguro o con seguro deficiente	39
Tipos de subvenciones	40
Otras subvenciones federales y estatales	40
Subvenciones federales y estatales para trastornos de abuso de opiáceos.....	41
Servicios de alojamiento.....	41
Recursos de apoyo familiar y entre pares	41
Cuidado terminal.....	42
Servicios de especialidad y remisiones.....	42
Remisiones dentro de la red y libertad de elección de proveedores médicos	43
Denegación de solicitud de servicios de especialidad	43
Afiliados de origen indígena americano	44
Su médico de atención primaria (PCP):	44
¿Cómo elegir o cambiar de médico de atención primaria (PCP)?	45
¿Cómo pueden ayudarle las visitas médicas a conservar su salud?.....	45
Cómo concertar, cambiar o cancelar una cita	45
Disponibilidad de citas: ¿Cuánto se tarda en ir a ver a un proveedor médico?	46
Revisiones médicas.....	47
Revisión médica infantil / Servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)*.....	47
Atención preventiva y bienestar.....	50
Planificación familiar.....	50
Atención por maternidad.....	51
Identificación del embarazo.....	52
Atención prenatal	52
Embarazo de alto riesgo.....	54
Asistencia durante y después del parto	54
Atención posparto	55
Pruebas de VIH/SIDA.....	55
Interrupción del embarazo por razones médicas.....	56

Salud dental	56
Afiliados menores de 21 años de edad.....	56
Afiliados de 21 años y mayores	57
Servicios farmacéuticos	58
¿Qué ocurre si un medicamento no se encuentra en la PDL/formulario?.....	58
¿Qué ocurre si se deniega mi solicitud?.....	59
Cómo completar una receta médica	59
Qué necesita saber de su NUEVA receta médica	60
Reabastecimiento de medicamentos	60
¿Qué debo hacer si la farmacia no puede dispensar mi receta médica?	60
Farmacias exclusivas.....	61
Cómo acceder a Servicios de atención de salud mental de Arizona Complete Health-Complete Care Plan	61
Recibir servicios de salud mental si está usted inscrito en CMDP, DDD o ha sido diagnosticado de enfermedad mental grave	62
Elegibilidad de los servicios de salud mental	62
Cómo acceder a los servicios de salud mental.....	62
La visión de Arizona para el suministro de servicios de salud mental	63
Los doce principios para el suministro de servicios a niños:.....	63
Nueve principios rectores para los servicios y sistemas de recuperación de la salud mental del adulto.....	66
Clínicas interdisciplinarias con múltiples especialidades	67
Servicios de rehabilitación infantil (CRS) PROVEEDOR MÉDICO: Clínicas interdisciplinarias con múltiples especialidades	68
Cómo concertar, cambiar o cancelar una cita en una clínica de CRS.....	70
Afecciones cubiertas a través del programa de CRS	71
SERVICIOS PARA LA PRIMERA INFANCIA*	71
HEAD START.....	72
HERRAMIENTAS DE EXPLORACIONES DEL DESARROLLO.....	72
Asistencia especial	72
Consejo de defensa del afiliado	73
Proceso de aprobación y rechazo	74
Remisiones dentro de la red y libertad de elección de proveedores médicos	75
Copagos	75
Personas a las que no se les pide que realicen copagos:	76
No se cobran copagos a ninguna persona por los siguientes servicios:.....	76
Personas con copagos opcionales (no obligatorios).....	77
Importes de los copagos opcionales (no obligatorios) para algunos servicios médicos ...	78
Personas con copagos exigibles (obligatorios)	78
Importes de los copagos exigibles (obligatorios) para personas que reciben beneficios de Asistencia Médica de Transición (TMA).....	78
Límite del 5 % de todos los copagos.....	79
Copagos para afiliados que no reúnan los requisitos del Título 19/21	79
Pagar sus servicios cubiertos.....	80
Pagar sus servicios no cubiertos.....	80
Coordinación de beneficios (COB)	80
Información especial para los afiliados que tengan cobertura de Medicare	81
Quejas: Cómo completar una queja si no estoy satisfecho	82
¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?	86

¿CUÁL ES EL PROCESO PARA MI AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?	87
¿CÓMO SE RESUELVE MI AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?	87
¿MIS SERVICIOS CONTINUARÁN DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN/AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?	88
¿Mis servicios continuarán durante el proceso de apelación?	90
Cambiar su plan de servicios de salud física para afiliados a quienes se les diagnosticó una enfermedad mental grave.....	91
Derechos del afiliado.....	92
Privacidad de la atención médica (Confidencialidad)	95
Excepciones a la confidencialidad	96
Coordinación de la atención con escuelas y agencias estatales.....	96
¿Qué es fraude y abuso?.....	97
Cómo reportar fraude y abuso:.....	97
Recursos comunitarios.....	98
Educación sobre el tabaco y prevención	98
Asociación del Alzheimer	98
Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños de Arizona	98
Health-e-Arizona Plus	99
AzLinks.gov	99
Familias saludables de Arizona.....	99
Pima Council on Aging.....	99
Programa de intervención temprana de Arizona (AzEIP)	100
Head Start de Arizona	100
Remisión e información comunitaria.....	101
Recursos infantiles y familiares	101
Proveedores de atención médica de bajo costo/escala variable	102
Información de defensoría	103
Términos y definiciones.....	105
Definiciones sobre servicios de atención de maternidad	108
Aviso de prácticas de privacidad.....	109
Usos y revelaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito.....	113
Derechos individuales	113
Información de contacto.....	115

Información útil

SERVICIOS PARA AFILIADOS DE ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMplete CARE PLAN

1-888-788-4408 o TTY/TDY 711. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

TELÉFONO PARA SITUACIONES DE CRISIS

1-866-495-6735

DIRECCIÓN POSTAL

1870 W. Rio Salado Parkway
Tempe, AZ 85281

SITIO WEB

azcompletehealth.com/completecure

Información personal e información de contacto

Mi número de identificación de afiliado AHCCCS

	<u>Nombre</u>	<u>Número de teléfono</u>
Mi médico de atención primaria (PCP):		
Hospital:		
Farmacia:		
Administrador de casos:		
Mi psiquiatra o enfermera:		

AYUDA EN OTRO IDIOMA Y PARA DISCAPACITADOS: ¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA?

Le ofrecemos la Guía para afiliados y el Directorio de proveedores médicos sin costo alguno para usted. Si necesita esta guía, el directorio de proveedores médicos o cualquier otra información médica en otro idioma; o si prefiere un formato alternativo como, por ejemplo, con una fuente más grande, con audio o un PDF accesible, póngase en contacto con los

servicios para afiliados en el 1-888-788-4408 o en el TTY/TDY 711. O, visite nuestro sitio web en azcompletehealth.com/members/medicaid.html.

Además, si necesita un intérprete, llame a los servicios para afiliados al menos cinco (5) días antes de su cita médica para coordinar la asistencia lingüística a tiempo para su cita. La interpretación no tendrá costo alguno. No hace falta que recurra a sus familiares o amigos para que le interpreten, de hecho, desalentamos esta práctica. Para cualquier necesidad de asistencia lingüística debería usarse un intérprete calificado.

Nondiscrimination and Accessibility

Discrimination is Against the Law

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

Arizona Complete Health-Complete Care Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters
- Provide written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages

If you need these services, contact:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan Member Services at 1-888-788-4408 (TTY: 711)

If you believe that Arizona Complete Health-Complete Care Plan failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Chief Compliance Officer, Cheyenne Ross. You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination. Submit your grievance to: Arizona Complete Health-Complete Care Plan Chief Compliance Officer-Cheyenne Ross, 1870 W. Rio Salado Parkway, Tempe, AZ 85281. Fax: 1-866.388.2247 Email: AzCHGrievanceAndAppeals@azcompletehealth.com

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

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

La discriminación va en contra de la ley

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. Arizona Complete Health-Complete Care Plan no excluye ni trata de forma diferente a ninguna persona debido a su raza, color, procedencia, edad, discapacidad o género.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de forma eficaz con nosotros, como por ejemplo: intérpretes de lengua de signos cualificados.
- Ofrece información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos para personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como: intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al: 1- 888-788-4408 (TTY: 711).

Si considera que Arizona Complete Health-Complete Care Plan no ha prestado estos servicios o le ha discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, color, procedencia, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja ante el Responsable de Cumplimiento (Chief Compliance Officer), Cheyenne Ross. Puede presentar la queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Su queja debe estar por escrito y debe presentarla dentro de los 180 días siguientes a partir de la fecha en que la persona que presente la queja advierta lo que considere una discriminación. Envíe su queja a: Arizona Complete Health-Complete Care Plan, Chief Compliance Officer- Cheyenne Ross, 1870 W. Rio Salado Parkway Tempe, AZ 85281.

Fax: 1-866.388.2247 correo electrónico:

AzCHGrievanceAndAppeals@azcompletehealth.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; o por teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

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

Bienvenido a Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Bienvenido a Arizona Complete Health-Complete Care Plan, su Autoridad de Salud Mental Regional de Arizona Complete Care Plan. Gracias por depositar su confianza en nosotros. Estamos encantados de poder asistirle cuando nos necesite.

En esta guía usamos "usted" y "su/s" para referirnos al "afiliado a AHCCCS". Usamos "nosotros", "nuestro/a/s" y "nuestro plan" para referirnos a "Arizona Complete Health-Complete Care Plan". Solo los afiliados pueden beneficiarse de las ventajas que se recogen en esta guía. Los servicios cubiertos están financiados a través de un contrato con el Sistema de Restricción de Costos de Atención de Salud de Arizona (AHCCCS).

SERVICIOS PARA AFILIADOS DE ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMplete CARE PLAN

En nuestro Departamento de Servicios para afiliados (Servicios para afiliados) hay personal que habla varios idiomas, entre ellos el inglés y el español. Los servicios para afiliados también utilizan un servicio de interpretación telefónica para aquellos afiliados que hablan un idioma que no está disponible dentro del departamento. Llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408, TTY/TDY 711. Si habla otro idioma que no sea inglés o español, llame a los servicios para afiliados y le ayudaremos a conseguir un intérprete que le asista con su llamada.

Cuando llame a los servicios para afiliados, tenga lista la siguiente información:

- Su nombre, su número de identificación de AHCCCS, su fecha de nacimiento, su número de teléfono y su dirección,
- Necesitará, además, papel y lápiz para tomar nota de la información importante que le daremos.

Algunas de las formas en las que los servicios para afiliados pueden ayudarle:

- Responderle preguntas sobre su cobertura de servicios, beneficios y copagos
- Proporcionarle información sobre doctores, enfermeras practicantes y auxiliares médicos
- Proporcionarle información sobre los programas disponibles para afiliados
- Ayudarle a elegir o a cambiar su médico de atención primaria
- Ayudarle a organizar el trayecto a su cita médica o consulta
- Ayudarle a concertar, cambiar o cancelar citas médicas
- Proporcionarle información sobre su dentista u otro especialista

- Ayudarle si tiene una queja o un problema
- Ayudarle con sus derechos como afiliado
- Ayudarle a concertar un intérprete para su cita médica si no puede comunicarse con su doctor. **Este servicio se presta sin costo alguno para usted**
- Ayudarle a cambiar su número de teléfono y dirección con AHCCCS
- Si actualmente está en tratamiento de problemas médicos tales como diabetes, cáncer, asma, salud mental, VIH/SIDA o cualquier discapacidad, llame a los servicios para afiliados de inmediato. Le pondremos en contacto con un Administrador de atención médica integral para asegurarnos de que recibe la atención que necesita

GESTIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA/COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

La gestión de atención médica y la coordinación de atención médica son algunos de los beneficios que ofrecemos sin costo adicional a los afiliados inscritos en Medicaid. Nuestro objetivo es ayudarlo a estar sano proporcionándole información y un plan de atención médica propio. Nuestras enfermeras, profesionales de salud mental y coordinadores de atención médica le ayudarán a usted o a un miembro de su familia a obtener la atención que necesitan, a comprender sus medicamentos, a obtener el nombre y los teléfonos de los recursos comunitarios, y, además, trabajarán con usted y su médico de atención primaria y/o centros de cuidados para que pueda obtener cualquier otro servicio que pudiera necesitar para mantenerse sano. Si necesita un administrador de atención médica, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711) para que se le remita. Su médico de atención primaria o su centro de salud mental también le pueden remitir a Gestión de atención médica/Coordinación de atención médica.

Si desea conocer más sobre la información contenida en esta Guía para afiliados, contacte con los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en el: 1-888-788-4408, TTY/TDY 711 o visite nuestro sitio web en azcompletehealth.com/complecare

Línea de asesoramiento de enfermería

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con una línea de asesoramiento de enfermera disponible para nuestros afiliados las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede llamar en cualquier momento para recibir asistencia de una enfermera o si tuviera alguna duda sobre su salud.

Para hablar con una enfermera, llame al: 1-866-534-5963.

Para aquellas situaciones en las que su vida corra peligro, llame al **911**. No se requiere autorización previa para los servicios de emergencia.

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

Para aquellas situaciones en las que su vida corra peligro, llame al **911**. No se requiere autorización previa para los servicios de emergencia.

¿Debería ir a una sala de emergencias o de atención de urgencias?

Ejemplos de **síntomas de sala de emergencias**:

- Extrema dificultad para respirar
- Desmayo
- Envenenamiento
- Dolor de pecho
- Hemorragia descontrolada
- Convulsiones

Ejemplos de **síntomas de atención urgente**:

- Vómitos durante más de 6 horas (si se trata de un niño, llame a su médico de atención primaria)
- Diarrea durante más de 6 horas (si se trata de un niño, llame a su médico de atención primaria)
- Tobillo torcido
- Quemaduras y erupciones menores
- Reacción alérgica menor
- Fiebre, dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos

Asistencia fuera del horario de atención (Atención urgente)

Un centro de atención urgente es el lugar ideal en el que pedir ayuda porque suelen tener horario ampliado (fuera de horario habitual) y hay doctores que tratan problemas comunes y le pueden atender rápidamente (normalmente en menos de una hora). Los centros de atención urgente le pueden ayudar con infecciones de oído, dolores de garganta, infecciones de orina, quemaduras y erupciones menores, esguinces y otros problemas de salud habituales. La atención de urgencia se puede usar para los problemas con los que su doctor le ayuda normalmente. Los servicios para afiliados pueden ayudarle a localizar un centro de atención urgente cercano.

Sala de emergencias

Las salas de emergencias están destinadas al tratamiento del cuadro médico de emergencia, que incluye huesos rotos, dolores graves, posible sobredosis de medicamentos o envenenamiento, pérdida de conciencia, hemorragia excesiva, convulsiones, dolores de pecho o dificultad para respirar.

Si necesita ver a un médico de inmediato, póngase en contacto con su doctor para que le aconseje o le dé una cita. Si su doctor no puede verle o si la oficina no está abierta, valore la posibilidad de acudir al centro de atención urgente más cercano. Los servicios para afiliados pueden ayudarle a localizar un centro de atención urgente cercano.

Cómo acceder a los servicios de crisis de salud mental

Si usted sufre una crisis de salud mental, llame a la Línea en situaciones de crisis de Envolv People al 1-866-495-6735, (TTY/TDY 711).

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

SERVICIOS DE CRISIS QUE TIENE A SU DISPOSICIÓN

Usted puede recibir servicios de crisis aunque no sea elegible conforme al Título 19/21 (es decir, que no reúna los requisitos para AHCCCS/ni para Medicaid) o si se determina que tiene una enfermedad mental grave. Los servicios de crisis que tiene a su disposición son los siguientes:

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

Cómo acceder a los servicios de emergencia si está fuera del área de servicio

Puede que necesite servicios de emergencia mientras está fuera de casa y además fuera del área de servicio de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Esto se conoce como "atención fuera del área". Arizona Complete Health-Complete Care Plan Tiene derecho a acudir a cualquier hospital u otra instalación médica para recibir atención de emergencia. Si necesita atención de emergencia fuera del área:

- Acuda a un hospital o centro de crisis y pida ayuda.
- Pida al hospital o centro de crisis que llame al 1-888-788-4408 o al TTY/TDY 711.
- El hospital o centro de crisis contactará con Arizona Complete Health-Complete Care Plan para la aprobación del servicio.

Si sufre una emergencia, existen servicios de emergencia a su disposición en cualquier hospital u otras salas de emergencias (tanto dentro como fuera de la red). Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

Puede acudir a cualquier hospital u otra instalación médica para recibir atención de emergencia. Sin embargo, puede que algunos centros de emergencia en la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan sean más fáciles de usar para usted.

Asegurando una atención culturalmente competente

Nosotros le valoramos. Somos conscientes de que hay mucha diversidad cultural y contextos étnicos distintos en Arizona. Sabemos que en su salud interfieren sus creencias, su cultura y sus valores.

Queremos ayudarle a que tenga y conserve una buena salud y buenas relaciones con los doctores y otros proveedores médicos que identifican sus necesidades. Si cree que existe algún problema, llámenos. Le ayudaremos a encontrar un proveedor médico de salud que identifique mejor sus necesidades personales. Le proporcionaremos asistencia lingüística, incluidos

intérpretes de lengua de signos sin costo para usted. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor médico que hable su idioma. Si no puede comunicarse con su proveedor médico por haber una barrera lingüística, podemos coordinar un intérprete que le ayudará en su cita, póngase en contacto con servicios para afiliados en el 1-888-788-4408 (TTY/TDY 711).

Llámenos y díganos si hemos pasado por alto cualquier cosa importante para usted. Queremos ayudarlo. Queremos que esté cómodo con nuestros servicios. Si quisiera proporcionarnos información cultural que considera importante para su atención médica o si desea elegir un proveedor médico según la comodidad, la ubicación, la preferencia cultural, o su discapacidad, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408, (TTY/TDY 711).

Si necesita cualquier material para afiliados traducido, o en cualquier formato alternativo, incluida una impresión en letra grande, llame a los servicios para afiliados y podremos proporcionárselo.

INFORMACIÓN IMPRESA PARA AFILIADOS

Si necesita traducir cualquier material para afiliados impreso, o en cualquier formato alternativo, incluida una impresión en letra grande o en Braille, llame a su proveedor médico o a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408 o TTY/TDY: 711 o visite nuestro sitio web azcompletehealth.com/completecare para obtener el material en el formato alternativo que necesite.

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

Le proporcionaremos asistencia lingüística, incluidos intérpretes de lengua de signos sin costo para usted. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor médico que hable su idioma. Si no puede comunicarse con su proveedor médico por haber una barrera lingüística, podemos coordinar un intérprete que le ayudará en su cita, póngase en contacto con los servicios para afiliados en el 1-888-788-4408 (TTY/TDY 711).

INTÉRPRETES DE LENGUA DE SIGNOS Y AYUDAS AUXILIARES

Si es sordo o tiene problemas de audición, puede solicitar ayudas auxiliares a su proveedor médico o conseguir un intérprete de lengua de signos para que pueda ayudarle. Su proveedor médico está obligado a proporcionarle estos servicios.

Las ayudas auxiliares incluyen transcripciones computarizadas, materiales escritos, mecanismos o sistemas de audición asistida, subtítulos y otros métodos efectivos de asistencia auditiva disponibles para personas con pérdida de audición.

Los intérpretes de lengua de signos son profesionales certificados con la habilidad para proporcionar servicios de interpretación en lengua de signos americana a los sordos. Para encontrar un listado de intérpretes de lengua de signos y obtener más información sobre la

legislación acerca de la profesión de los intérpretes en el Estado de Arizona, visite el sitio web de la Comisión de Arizona para Sordos y Personas con Problemas de Audición, www.acdhh.org, o llame al (602) 542-3323 (V); (602) 364-0990 (TTY); 800-352-8161 (V/TTY); (480) 559-9441 (Videófono).

¿QUÉ IDIOMAS HABLAN LOS PROVEEDORES MÉDICOS?

Podrá encontrar una lista de todos los proveedores médicos disponibles, sus ubicaciones, números de teléfono e idiomas que hablan en azcompletehealth.com/completecure. Si desea elegir un proveedor médico según la comodidad, la ubicación, la preferencia cultural o su discapacidad, llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

ASISTENCIA EN OTRO IDIOMA Y PARA INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES: ¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA?

Si usted padece una discapacidad física, las oficinas de la red de proveedores médicos deberían serle de ayuda. Puede llamar a los servicios para afiliados para localizar a un proveedor médico que pueda cubrir sus necesidades al 1-888-788-4408 (TDY/TDD: 711) o buscar un proveedor médico en línea con nuestra herramienta Buscar un proveedor médico en azcompletehealth.com/completecure

NUESTROS SERVICIOS PARA AFILIADOS ESTÁN PARA AYUDARLE

Arizona Complete Health-Complete Care Plan le ayudará a elegir un proveedor médico de la red de proveedores. Si desea elegir un proveedor médico según la comodidad, la ubicación, la preferencia cultural o su discapacidad, informe a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Para solicitar, modificar o cancelar sus citas, será necesario que contacte con el proveedor médico. También puede ponerse en contacto con Arizona Complete Health-Complete Care Plan si necesita ayuda para solicitar, modificar o cancelar sus citas.

Si no está satisfecho con su proveedor médico actual, póngase en contacto con los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para consultar otras opciones disponibles.

Si no tiene acceso a Internet en su domicilio, puede conectarse gratuitamente a Internet desde las bibliotecas. También puede conseguir de forma gratuita una copia impresa del Directorio de proveedores médicos llamando a Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711 o visitando nuestro sitio web en azcompletehealth.com/completecure.

Si acude a un proveedor médico fuera de nuestra red

Usted debe acceder a los servicios a través de los proveedores médicos contratados de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede encontrar los proveedores contratados por Arizona Complete Health-Complete Care Plan si visita nuestro sitio web en azcompletehealth.com/completecure y hace clic en el enlace de Buscar un proveedor médico contratado, también puede llamar a nuestra línea de servicios para afiliados para que le ayuden. Si visita a un proveedor médico fuera de nuestra red, es probable que el proveedor médico no reciba pago alguno por los servicios prestados y usted tenga que hacer frente a la factura de esos servicios. Entre las excepciones a este requisito están los servicios de emergencia y los acuerdos puntuales de fuera de la red, aprobados ya autorizados por el departamento de Gestión de uso de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Podrá obtener servicios de emergencia del centro de emergencias más cercano, independientemente de si dicho centro tiene o no un contrato con Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Esto incluye los centros de emergencia fuera del estado cuando haga viajes fuera. Si no encuentra un proveedor médico que tenga un contrato con Arizona Complete Health-Complete Care Plan que pueda cubrir sus necesidades de tratamiento, llame a los servicios para afiliados para que le ayuden. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no es capaz de identificar un proveedor médico dentro de la red que cubra sus necesidades de tratamiento, nuestro equipo establecerá para usted un acuerdo especial con un proveedor médico fuera de nuestra red.

Cómo obtener un directorio de proveedores médicos impreso

El directorio de proveedores médicos de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está disponible sin costo para usted. Si quiere una copia, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 TTY/TDY 711 o puede obtener la copia imprimible en nuestro sitio web:

azcompletehealth.com/completecure

Dónde trabajamos

La Autoridad de Salud Mental Regional de Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre a sus afiliados en los siguientes condados: Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma, incluida el área tribal de San Carlos.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan es un plan de atención médica administrada. Un plan de atención médica administrada es un plan de salud que pone a disposición de sus miembros servicios de atención médica a través de un grupo seleccionado de médicos, hospitales y farmacias. Usted y su médico de atención primaria desempeñan un papel importante en su plan de atención médica administrada. Su médico de atención primaria es el coordinador de su atención médica y le ayuda a decidir qué servicios necesita. Es su responsabilidad visitar a su médico de atención primaria y/o acudir a su centro de salud mental y hablar con ellos de su salud.

Póngase en contacto con los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para cualquier pregunta o consulta sobre sus beneficios de salud o sobre los servicios médicos.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADO

Si cuenta con una licencia de conducir de Arizona o una tarjeta de identificación (ID) emitida por el estado, AHCCCS obtendrá una foto de la División de Vehículos Motores para Transporte (MVD) del Departamento de Arizona. La pantalla de comprobación de elegibilidad que ven los proveedores médicos de AHCCCS contiene su foto (si estuviese disponible) y detalles de su cobertura.

Solo usted está autorizado a utilizar su tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para sus servicios. Nunca preste, venda o permita a nadie más usar su tarjeta. Esto es ilegal y podría perder su derecho a disfrutar de AHCCCS. Se podrían emprender acciones legales contra usted.

Es su responsabilidad proteger su tarjeta de identificación. **Recuerde:** cualquier uso inapropiado de su tarjeta, incluido el prestarla, venderla o dársela a otra persona podría resultar en la pérdida de su derecho como beneficiario y en acciones legales contra su persona. **Es muy importante que guarde su tarjeta de identificación en lugar seguro y que no la tire.**

Responsabilidades de los afiliados

Como afiliado a Arizona Complete Health-Complete Care Plan, puede contribuir a su salud. Como afiliado, es responsable de:

- Proporcionar, en la medida de lo posible, la información requerida por el personal profesional para poder atenderle
- Seguir las instrucciones y pautas que le den aquellos que proporcionan atención sanitaria

- Conocer el nombre de su médico de atención primaria asignado
- Programar citas durante el horario de consulta cuando sea posible, en lugar de utilizar las instalaciones de atención urgente o las salas de emergencias
- Acudir a sus citas a tiempo
- Notificar por adelantado a su proveedor médico cuando no pueda acudir a una cita
- Presentar la cartilla de vacunaciones en cada cita de niños de 18 años o menores
- Compartir información
 - Si no comprende su enfermedad o su plan de tratamiento, pedirle a su médico que se lo explique
 - Facilitar a sus médicos, proveedores y al administrador de atención médica todos los datos sobre sus problemas de salud, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otras preocupaciones de salud
- Participar en su recuperación
 - Conocer el nombre de sus médicos y de su administrador de atención médica
 - Participar en la creación de su plan de servicios
 - Seguir las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado, incluidas las instrucciones de las enfermeras y otros profesionales médicos

QUÉ HACER CUANDO CAMBIA EL NÚMERO DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O SU INFORMACIÓN DE AFILIADO

Debe llamar a la oficina que le hizo elegible para AHCCCS y solicitar que se añada un nuevo afiliado, o informar si algún miembro de la familia les abandona y su familia se vuelve más pequeña.

- DES www.healthearizonaplus.gov o 1(855) HEA-PLUS (1-855-432-7587)
- Atención infantil www.healthearizonaplus.gov o 1(855) HEA-PLUS (1-855-432-7587)
- SSI MAO www.healthearizonaplus.gov o 602-417-5010/1-800-528-0142 fuera del condado de Maricopa
- [Administración de Seguridad Social](#) (1-800-772-1213)
- [Oficinas locales de ALTCS](#)

Recuerde que es importante informarnos sobre el nacimiento de un bebé en su familia de inmediato para que su bebé pueda disfrutar de los servicios.

Si cualquiera de sus datos cambia, por ejemplo su número de teléfono o su dirección, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 para que podamos ayudarlo a realizar esos cambios.

Si tiene cualquier duda, llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

SI SE MUDA, TAMBIÉN DEBE DECÍRNOSLO.

Como afiliado a nuestro plan, su área de servicio es el sur y el centro de Arizona. Si se muda fuera de los EE. UU., del estado de Arizona o fuera del sur o el centro de Arizona, su plan actual ya no será válido. Antes de mudarse, llame a los servicios para afiliados para actualizar su dirección. Podemos actualizar su dirección a menudo con la oficina de elegibilidad de AHCCCS.

Podría perder su atención médica con AHCCCS si no les informa de que se muda.

Otros lugares en los que debería notificarlo incluyen:

- Su médico de atención primaria
- La oficina de Renta de Seguridad Complementaria (SSI), si recibe beneficios del SSI
- Al Departamento de Seguridad Económica (DES), si recibe TANF, cupones de alimentos
- Para los afiliados de KidsCare (Título 21), por favor llame a AHCCCS al 1-602-417-5437 o al teléfono gratuito dentro del estado, 1-877-764-5437

Llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan si tiene dudas sobre su afiliación, o llame a AHCCCS al 1-800-654-8713 o al 1-602-417-4000.

Vocero de la familia y tomador de decisiones

Nuestros proveedores médicos deben incluir a los miembros de la familia responsables y a otros individuos autorizados como tomadores de decisiones en el proceso de planificación del tratamiento. Es importante que los miembros de la familia responsables y otros individuos autorizados asistan a tantos debates como puedan relativos a la planificación de tratamiento del afiliado. De este modo, como tomador de decisiones, podrá tomar la decisión más informada en lo que se refiere a la atención médica del afiliado. Si cree que su voz no está siendo escuchada, póngase en contacto con el Equipo de defensa para que le ayude, para ello, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711.

Transición de la póliza de atención médica

Queremos ayudarle si se muda y tiene un nuevo plan AHCCCS. Podemos ayudarle con la transición de su atención médica a su nuevo plan de salud y nuevos proveedores médicos.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan siempre colaborará con la coordinación de la atención médica de todos nuestros afiliados durante los siguientes tipos de transiciones: entre organizaciones de atención médica administrada, cambios en áreas de servicio, de proveedores de atención médica o transición de pago por servicio a una organización de atención médica administrada. Ciertos afiliados pueden requerir ayuda adicional durante un periodo de

transición. Si tiene preguntas sobre la coordinación de la atención médica al realizar cualquier cambio, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan recibirá información de su anterior plan de salud o se pondrá en contacto con su nuevo plan para ayudarlo con la coordinación de su atención médica y garantizar que esta continúa sin ninguna interrupción. Si le preocupa una potencial transición de su atención médica, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711.

¿Cómo puedo usar los servicios de urgencias apropiadamente?

Si su vida está en peligro inminente, llame al 911. Si necesita ver a un médico de inmediato, póngase en contacto con su médico de atención primaria para que le aconseje o le dé una cita. Si su doctor no puede verle o si la oficina no está abierta, valore la posibilidad de acudir al centro de atención urgente más cercano. Los servicios para afiliados pueden ayudarle a localizar un centro de atención urgente cercano.

¿Debería ir a una sala de emergencias o de atención de urgencias?

Ejemplos de **síntomas de sala de emergencias**:

- Extrema dificultad para respirar
- Desmayo
- Envenenamiento
- Dolor de pecho
- Hemorragia descontrolada
- Convulsiones

Ejemplos de **síntomas de atención urgente**:

- Vómitos durante más de 6 horas (si se trata de un niño, llame a su médico de atención primaria)
- Diarrea durante más de 6 horas (si se trata de un niño, llame a su médico de atención primaria)
- Tobillo torcido
- Quemaduras y erupciones menores
- Reacción alérgica menor

- Fiebre, dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos

QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA

Las emergencias médicas son situaciones repentinas que son situaciones de vida o muerte. Pueden suponer una discapacidad o hasta la muerte si no se tratan lo antes posible. **No es necesaria ninguna autorización previa para la atención de emergencia.**

Si siente que sus síntomas son de una situación de emergencia, llame al 911 o acuda al departamento de emergencia más cercano. Como afiliado a nuestro plan, tiene derecho a solicitar servicios de emergencia en cualquier hospital o cualquier otro servicio de emergencia (dentro o fuera de nuestra red). Informe al personal del departamento de emergencia de que está afiliado a Arizona Complete Health-Complete Care Plan y muestre su tarjeta de identificación. Si no puede hacerlo, pida a un familiar o a un amigo que informe al personal del departamento de emergencia de que está afiliado a nuestro plan.

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

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

Transporte: ¿Cómo obtengo transporte para acudir a mis citas médicas?

TRANSPORTE PARA EMERGENCIAS

Su estado es una emergencia médica si su cuerpo, las partes del mismo o sus funciones pueden resultar dañadas o puede perderlas si no recibe atención médica inmediata. El transporte de emergencia es un servicio cubierto.

En caso de emergencia (si su vida se ve amenazada) llame al 911.

Algunos ejemplos de **Síntomas de emergencia** incluyen extrema dificultad para respirar, desmayo, envenenamiento, dolor pectoral, hemorragia descontrolada y convulsiones.

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

En situaciones de crisis, Arizona Complete Health-Complete Care Plan dispone de recursos para transporte. Llame a nuestra Línea en situaciones de crisis al: 1-866-495-6735.

TRANSPORTE DE NO EMERGENCIA

Los afiliados pueden obtener desplazamiento a sus citas médicas de distintas formas. La forma más fácil es que el desplazamiento corra por cuenta de un familiar o un amigo. Si la familia no está disponible y usted cuenta con un centro de salud mental, este debe ayudarlo con el transporte. Si no cuenta con un centro de salud mental o este no puede cubrir sus necesidades de transporte, llame a los servicios para afiliados. Organizaremos un traslado para sus citas médica. Póngase en contacto con nosotros tres (3) días antes de la cita.

Puede llamar a los servicios para afiliados en fin de semana o en vacaciones, para transporte a centros de atención urgente cuando esté enfermo.

Recuerde, siempre llame al 911 en casos de verdadera emergencia médica.

Si llama para solicitar un desplazamiento a una cita médica, por favor, esté preparado para darle al representante la siguiente información:

- Su nombre, identificación de AHCCCS, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono (a fin de verificar su identidad).
- La fecha, hora y dirección de su visita médica.
- Si necesita solo el viaje de ida o de regreso o ambos.
- Sus necesidades para el viaje (silla de ruedas, camilla u otros).
- Cualquier necesidad especial (oxígeno, vía intravenosa, alguien que tiene que viajar con usted, una silla de ruedas más ancha o eléctrica, vehículo de techo alto, etc.).
- Los niños menores de cinco años requieren un asiento para el automóvil. Los niños entre cinco y siete años y con una altura inferior a 4,9" necesitan un elevador. Debe proporcionar un asiento para el coche para el viaje de su hijo.

SILLA DE RUEDAS O CAMILLA

Si necesita una silla de ruedas o una camilla para su desplazamiento a una cita médica rutinaria, las furgonetas del servicio de transporte de pacientes pueden llevarle hasta allí y traerle de vuelta. Debe llamar a los servicios para afiliados para organizar estos desplazamientos al menos entre tres (3) y cuatro (4) días antes de la fecha de la cita.

CANCELAR SU DESPLAZAMIENTO O SUS CITAS

Si cancela su visita con su médico o su dentista, también debe llamar a los servicios para afiliados para cancelar su desplazamiento a la cita. Llámenos al 1-888-788-4408 o al TTY/TDY 711.

Qué incluye la cobertura: ¿Qué tipo de Atención médica puedo obtener de Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP)?

Para que pueda obtener servicios de atención médica mediante nuestro plan, el servicio ha de cumplir estos dos requisitos:

- Ser una prestación cubierta incluida en su cobertura de AHCCCS, y
- Ser médicamente necesario.

Una "prestación cubierta" significa que puede obtener este servicio mediante AHCCCS y Arizona Complete Health-Complete Care Plan. "Médicamente necesario" significa que un médico u otro practicante licenciado en el ámbito de las artes curativas presta un servicio cubierto dentro del ámbito del ejercicio de acuerdo con la ley estatal: para evitar enfermedades, discapacidades o situaciones de salud desfavorable o la progresión de las mismas para prolongar la vida.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre a afiliados de distintos grupos. Consulte a continuación qué servicios tienen cobertura.

AFILIADOS INSCRITOS AL PROGRAMA INTEGRAL DE ASISTENCIA MÉDICA Y DENTAL (CMDP) Y AFILIADOS INSCRITOS EN EL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA/DIVISIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DDD)

Si está usted inscrito en el Programa integral de asistencia médica y dental (CMDP) o en el Departamento de Seguridad Económica/División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y además en Arizona Complete Health-Complete Care Plan, dispone de la integridad de los servicios de AHCCCS de salud mental descritos a continuación. Sus servicios de salud física se seguirán prestando a través del plan de salud al que esté afiliado. Arizona Complete Health-Complete Care Plan coordinará en su nombre los servicios con su plan de atención médica.

AFILIADOS CON UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE (SMI) E INSCRITOS EN MEDICAID

Si está usted inscrito en Medicaid y también en Arizona Complete Health-Complete Care Plan como adulto con un diagnóstico de enfermedad mental grave, pero no inscrito a la vez en CMDP o en DDD tal y como se indica anteriormente, puede usted recibir tanto atención médica de salud física como de salud mental a través de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

AFILIADOS DE MEDICARE/MEDICAID QUE REÚNEN DOBLEMENTE LOS REQUISITOS

Si usted es un afiliado que “reúne doblemente los requisitos” (inscrito en Medicare y Medicaid), a menudo esto quiere decir que tiene beneficios adicionales que es posible que no estén cubiertos por AHCCCS. Saber sobre su otro seguro nos ayuda a coordinar la atención que recibirá con el otro plan. Si tiene cobertura de Medicare y ve a un médico que no está en nuestro plan, es posible que los servicios no estén cubiertos. Si decide hacer eso sin nuestra aprobación, es posible que no paguemos dichos servicios debido a que se prestaron por un médico que no está en nuestro plan. Es importante que colabore con su médico de atención primaria y/o centro de salud mental para que lo remita a los médicos adecuados. (Este requisito no afecta a los servicios de emergencia. No es necesaria la aprobación para recibir servicios de emergencia). No cubriremos copagos ni deducibles para servicios prestados fuera de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan sin una autorización previa.

ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE SMI Y NO INSCRITOS EN MEDICAID

Si está usted inscrito en Arizona Complete Health-Complete Care Plan como adulto con un diagnóstico de enfermedad mental grave (SMI) que no pertenece a Medicaid, puede usted recibir exclusivamente beneficios limitados de salud mental (para más información, consulte la tabla de beneficios de salud mental).

PROGRAMAS FINANCIADOS A TRAVÉS DE SUBVENCIONES PARA CIUDADANOS DE ARIZONA SIN SEGURO O CON SEGURO DEFICIENTE

Si vive en los condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz, o Yuma, y experimenta un trastorno de abuso de sustancias (SUD) o trastorno de abuso de opiáceos (OUD), es muy posible que pueda recibir servicios de tratamiento de SUD a través Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Llame a los servicios para afiliados para más información y aclaraciones sobre su cobertura.

Gestión de atención médica/Coordinación de atención médica

La gestión de atención médica y la coordinación de atención médica son algunos de los beneficios que ofrecemos sin costo adicional a los afiliados inscritos en Medicaid. Nuestro objetivo es ayudarlo a estar sano proporcionándole información y un plan de atención médica propio. Nuestras enfermeras, profesionales de salud mental y coordinadores de atención médica le ayudarán a usted o a un miembro de su familia a obtener la atención que necesitan, a comprender sus medicamentos, a obtener el nombre y los teléfonos de los recursos comunitarios, y, además, trabajarán con usted y su médico de atención primaria y/o centros de cuidados para que pueda obtener cualquier otro servicio que pudiera necesitar para mantenerse sano. Si necesita un administrador de atención médica, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711) para que se le remita. Su médico de atención primaria o su centro de salud mental también le pueden remitir a Gestión de atención médica/Coordinación de atención médica.

Servicios de atención de salud física cubiertos por Medicaid

Los siguientes servicios están disponibles para los afiliados inscritos en Medicaid que no estén inscritos en CMDP o en DDD. Si pertenece a alguna de las siguientes categorías o si no está usted inscrito, consulte el siguiente cuadro. Llame a los servicios para afiliados o hable con su médico de atención primaria y/o centro de atención para obtener más información sobre estos servicios.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA AFILIADOS QUE ESTÉN INSCRITOS EN CMDP O DDD

Los afiliados que estén inscritos en CMDP o en DDD solo pueden recibir servicios de salud mental a través de la Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Los afiliados inscritos en CMDP y/o DDD recibirán servicios de atención médica a través de su plan de salud asociado.

- Ambulancia para atención de emergencia
- Servicios de audiología en modo hospitalario y ambulatorio para evaluar la pérdida de audición
- Cuidados durante el embarazo
- Administración de casos
- Revisiones para niños*, mujeres embarazadas y beneficiarios calificados para Medicare (QMB)
- Los servicios infantiles incluyen servicios dentales rutinarios
- Los servicios quiroprácticos están cubiertos para adultos mayores de 21 años y beneficiarios "doble elegible" calificados para Medicare (QMB)
- Servicios de emergencias médicas y quirúrgicas relacionados con atención dental (oral)
- Beneficios de hasta 1000 \$ para emergencias dentales en adultos
- Diálisis
- Administración de enfermedades
- Tratamientos médicos para atención de emergencia o de urgencia
- Lentes o lentes de contacto para niños o adultos (solo tras una operación de cataratas)
- Planificación familiar/Control de natalidad
- Servicios para adultos de cuidado de pie y tobillo, incluidos: cuidado de heridas, tratamiento de escaras, cuidado de fracturas, cirugía reconstructiva y servicios limitados de bunionectomía
- Servicios de atención médica, incluidas las exploraciones, los diagnósticos y los tratamientos médicamente necesarios
- Servicios a domicilio y servicios basados en la comunidad (HCBS)
- Cuidado hospitalario
 - Sangre y plasma sanguíneo
 - Cuidados intensivos
 - Laboratorio, rayos X y servicios de imágenes
 - Medicamentos
 - Atención de enfermería
 - Quirófano y cuidado hospitalario
 - Servicios de doctores, cirujanos, especialistas
- La terapia ocupacional y logopedia están cubiertas para todos los afiliados que cumplan estancia en el hospital (o servicios de enfermería en las instalaciones) La terapia ocupacional ambulatoria y la logopedia ambulatoria solo están cubiertas para afiliados menores de 21 años
- Las visitas de fisioterapia ambulatoria para reparar el nivel de funcionamiento se limitan a 30 visitas por año contractual para afiliados a partir de 21 años de edad, y son ilimitadas

- para afiliados menores de 21 años
- Bombas de insulina
- Pruebas de laboratorio y rayos X
- Alimentos médicos para afiliados diagnosticados con uno de los siguientes trastornos metabólicos hereditarios:
 - Fenilcetonuria
 - Homocistinuria
 - Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce
 - Galactosemia (necesita fórmula lactante de soja)
 - Déficit de beta-cetotilasa
 - Citrulinemia
 - Acidemia glutárica Tipo I
 - Déficit 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, C
- Pruebas médicas
- Servicios de podología médicamente necesarios. AHCCCS cubre servicios de podología médicamente necesarios realizados por un podólogo acreditado y prescritos por un médico de atención primaria o un practicante de atención primaria
- Medicinas del listado de medicamentos aprobado por Arizona Complete Health-Complete Care Plan
- Centro de enfermería
- Visitas a la consulta del médico de atención primaria para niños*, beneficiarios calificados para Medicare (QMB) o cuando un adulto presente síntomas o una enfermedad
- Interrupción del embarazo (incluyendo Mifepristona [Mifeprex o RU-486])
- Servicios de estabilización posterior
- Terapias respiratorias
- Traslados a las visitas médicas
- Suministros y equipos, incluidos los equipos y suministros para pruebas diabéticas que constan en la lista de medicamentos
- Los chequeos del programa de revisión infantil incluyen servicios dentales, auditivos, de visión y vacunaciones*

ADMINISTRACIÓN DE ENFERMEDADES

La administración de enfermedades es un servicio que se ofrece sin costo a los afiliados que reciben su atención médica a través de nuestro plan integral. Si tiene problemas de salud, como ansiedad, dolores crónicos, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca o una arteriopatía coronaria, nuestros administradores de enfermedades están aquí para ayudarle. Llame a los servicios para afiliados si necesita más información o si desea que le remitamos al departamento de administración de enfermedades. Si está inscrito en DDD o CMDP, puede llamar a su plan de salud médica para obtener más información sobre cómo gestionar su salud.

ATENCIÓN ORTÉSICA

Los dispositivos ortésicos para afiliados menores de 21 años se proveen cuando los prescriba un profesional de atención primaria, un médico responsable o un practicante.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre dispositivos ortésicos para **afiliados de 21 años o mayores** cuando:

- La órtesis sea considerada como el tratamiento más adecuado según los Lineamientos de Medicare; Y
- El costo de la órtesis sea menor que cualquier otro tratamiento y procedimiento quirúrgico para tratar la misma afección; Y
- La órtesis sea solicitada por un facultativo (doctor) o médico de atención primaria (enfermero especializado o auxiliar médico).

Si tiene cualquier duda, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711).

El equipo médico se tendrá que alquilar o comprar únicamente si otras fuentes, que provean los productos de manera gratuita, no están disponibles. El costo total del alquiler no podrá exceder al precio de adquisición del producto. Las reparaciones o ajustes razonables en el equipo adquirido están cubiertos para todos los afiliados de más y menos de 21 años a fin de permitir que el equipo sea reparable y cuando los costos del arreglo sean menores que los de arrendar o adquirir otra unidad. El elemento será sustituido si en el momento en que se solicita la autorización se proporciona documentación a fin de determinar que el elemento no funciona correctamente.

Servicios médicos adicionales cubiertos para adultos con diagnóstico de SMI de entre 18 y 21 años

Servicios adicionales cubiertos para afiliados adultos con diagnóstico de SMI de entre 18 y 21 años
<ul style="list-style-type: none">• Identificación, evaluación y rehabilitación de pérdida auditiva• Cuidado personal por razones médicas. Esto puede incluir ayudas para afeitarse, acudir al inodoro, vestirse, andar y otras actividades que el afiliado no sea capaz de realizar por sí solo por razones médicas

- Servicios dentales rutinarios preventivos, como pruebas y exploraciones orales, limpieza dental, educación para la higiene oral, rayos X, empastes, extracciones y otros procedimientos terapéuticos y que sean médicamente necesarios
- Servicios oftalmológicos, incluyendo exámenes de visión y prescripción de lentes (limitado a una serie de lentes y monturas determinadas)
- Terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia ambulatorias
- Sedación consciente
- Servicios de rehabilitación infantil (CRS) (se aplican algunas limitaciones).
- Servicios adicionales para Beneficiarios Calificados para Medicare (QMB)
- Servicios de reposo
- Servicios quiroprácticos
- Cualquier servicio cubierto por Medicare, pero no por AHCCCS

Tabla de cobertura de servicios para salud mental

Servicios de salud mental disponibles			
SERVICIOS		TODOS LOS NIÑOS Y ADULTOS CONFORMES AL TÍTULO 19/21	PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON SMI Y NO CONFORMES AL TÍTULO 19/21
SERVICIOS DE TRATAMIENTO			
Asesoramiento y terapia de salud mental	Individual	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
	Grupo	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
	Familia	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible

Exploración de salud mental, pruebas especializadas y evaluación de la salud mental	Exploración de salud mental	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
	Evaluación de salud mental	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
	Pruebas especializadas	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento estatal disponible
Otros servicios profesionales	Curación tradicional	Provisto dependiendo del financiamiento federal disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal disponible
	Acupuntura auricular	Provisto dependiendo del financiamiento federal disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal disponible
	Ambulatorio intensivo	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible (solo servicios de trastorno de abuso de sustancias)
	Terapias juveniles multisistémicas	Disponible	No disponible
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN			
Desarrollo y capacitación de habilidades, Rehabilitación psicosocial	Individual	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
	Grupo	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible

Rehabilitación cognitiva	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
Formación en prevención/promoción de la salud mental	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
Servicios psicoeducativos y apoyo continuo para mantener el empleo	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
SERVICIOS MÉDICOS DE SALUD MENTAL		
Servicios de medicación para salud mental	Disponible	Tratamiento asistido mediante medicamentos proporcionado dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible (limitaciones de fondos de la subvención); consultar la Lista de medicamentos de salud mental para ver los medicamentos cubiertos
Laboratorio, radiología e imágenes médicas para salud mental	Disponible	Laboratorios relacionados con el tratamiento asistido mediante medicamentos dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible (limitaciones de fondos de la subvención)

Gestión sanitaria relacionada con la salud mental	Disponible	Laboratorios relacionados con el tratamiento asistido mediante medicamentos dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible (limitaciones de fondos de la subvención)
Terapia electroconvulsiva	Disponible	No disponible
SERVICIOS DE APOYO		
Administración de casos	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
Cuidado personal	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
Capacitación para el cuidado en el hogar (Familia)	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
Servicios de autoayuda/colaborativos	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
Capacitación para cuidado terapéutico en el hogar	Disponible	No disponible
Cuidado de reposo (Consulte la sección de limitaciones para detalles sobre los límites de su cobertura)	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
Ayuda para el alojamiento	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible

Lengua de signos o servicios de interpretación	Provisto sin costo para el afiliado	Provisto sin costo para el afiliado
Transporte de emergencia para salud mental	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento estatal disponible
Transporte no de emergencia para salud mental	Disponible	Limitado solo al transporte relacionado en situaciones de crisis
Intervención en situaciones de crisis; servicio móvil dentro de la comunidad	Disponible	Disponible
Intervención en situaciones de crisis; servicio telefónico	Disponible	Disponible
Servicios de crisis; hasta 23 horas de seguimiento, dentro de las instalaciones	Disponible	Disponible
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN		
Instalaciones de servicio hospitalario de salud mental de desintoxicaciones (Trastornos por abuso de sustancias)	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal disponible
Instalaciones de servicio hospitalario de salud mental (Trastornos de salud mental)	Disponible	Límite de tres días por admisión en el Departamento de atención subaguda dependiendo exclusivamente del financiamiento estatal disponible
SERVICIOS RESIDENCIALES		
Servicio residencial de salud mental (Tratamiento de salud mental)	Disponible	No disponible
Servicio residencial de salud mental (Tratamiento de trastorno por abuso de sustancias)	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible

Pensión completa	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
PROGRAMAS DE DÍA DE SALUD MENTAL		
Programa de día supervisado	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
Programa de día terapéutico	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible
Programa de día médico	Disponible	Provisto dependiendo del financiamiento federal y estatal disponible

Servicios médicos no cubiertos: ¿Qué es lo que AHCCCS no cubre?

- Servicios de atención física de no emergencia que su médico de atención primaria no haya aprobado previamente.
- Cualquier atención médica, tratamiento o cirugía que no sea médicamente necesaria.
- Servicios de infertilidad que incluyan pruebas y tratamiento.
- Reversión de esterilización voluntaria.
- Operaciones de reasignación de género.
- Exámenes para establecer la necesidad de ayudas para la audición, lentes o lentes de contacto para los afiliados de 21 años o mayores, excepto tras haberse sometido a cirugía de cataratas.
- Ayudas para la audición, lentes o lentes de contacto para los afiliados de 21 años o mayores, excepto tras haberse sometido a cirugía de cataratas.
- Servicios o artículos por motivos estéticos.
- Artículos personales o de confort (EPSDT solo los cubrirá si están recomendados médicamente).
- Medicamentos o suministros no prescritos.
- Servicios prestados en una institución para el tratamiento de tuberculosis (TB).

- Servicios médicos prestados para reclusos o para personas bajo custodia en una institución estatal de salud mental.
- Logopedia y terapia ocupacional ambulatoria para afiliados de 21 años o más. (Tenga en cuenta que: los servicios de logopedia en modo ambulatorio solo están cubiertos para aquellos afiliados que reciban servicios EPSDT y los afiliados de KidsCare -Título 21.)
- Articulación de miembro inferior controlada por microprocesador o prótesis para afiliados de 21 años o mayores.
- Cualquier servicio que haya sido catalogado como experimental o de investigación, se haya desarrollado fundamentalmente con motivos de investigación o que no haya sido aprobado por las agencias reguladoras. Los afiliados de AHCCCS que estén inscritos en un plan, pueden participar en tratamientos experimentales, pero AHCCCS no reembolsará dicho tratamiento experimental.
- **Trasplantes, incluidos:** trasplantes solo de páncreas (totales, parciales o de células de islotes) o cualquier otro trasplante no enumerado por AHCCCS como cubierto.
- Chequeos físicos para fines no médicos (por ejemplo reconocimientos para el trabajo, para el colegio o para un seguro).
- Asesoramiento sobre el aborto y abortos (a no ser que sea médicamente necesario de acuerdo con las políticas de AHCCCS).
- Cualquier servicio médico fuera del país.
- Circuncisiones rutinarias o de recién nacidos.
- Atención médica rutinaria (fuera del área).

Tabla de exclusiones y limitaciones

Los siguientes servicios no están cubiertos o están limitados a <u>adultos de 21 años o mayores</u> . Si es usted Beneficiario Calificado para Medicare (QMB), seguiremos pagando su deducible y coaseguro Medicare de estos servicios.		
BENEFICIO/SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	SERVICIO EXCLUIDO DE PAGO
Audífonos anclados al hueso	Ayuda para la audición que se coloca en los huesos del oído mediante cirugía. Facilita la transmisión de sonido.	AHCCCS no se hará cargo de pagar por los audífonos anclados al hueso. Se pagarán los suministros, el mantenimiento del equipo (cuidado de la ayuda para la audición) y las reparaciones de componentes defectuosos.
Implante coclear	Dispositivo que se coloca mediante cirugía en el oído de la persona afectada para ayudarlo a escuchar mejor.	AHCCCS no se hará cargo de pagar por los implantes cocleares. Se pagarán los suministros, el mantenimiento del equipo (cuidado del implante) y las reparaciones de componentes defectuosos.
Articulación de miembro inferior controlada por microprocesador/ prótesis	Dispositivo que reemplaza una parte amputada del cuerpo y utiliza un ordenador para ayudar a mover la articulación.	AHCCCS no se hará cargo del pago de prótesis de miembros inferiores (pierna, rodilla o pie) que incluyan un microprocesador (chip de computadora) para controlar la articulación.
Órtesis	Soporte o refuerzo para articulaciones o músculo débiles. Una órtesis también puede proveer apoyo a una parte del cuerpo deforme. Los dispositivos ortésicos son artículos tales como refuerzos de piernas, férulas de muñeca y protectores de cuello.	Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre dispositivos ortésicos para afiliados de 21 años o mayores cuando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La órtesis sea considerada como el tratamiento más adecuado según los Lineamientos de Medicare; Y ➤ El costo de la órtesis sea menor que cualquier otro tratamiento y procedimiento quirúrgico para tratar la misma afección; Y

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ La órtesis sea solicitada por un facultativo (doctor) o médico de atención primaria (enfermero especializado o auxiliar médico).
Cuidado de reposo	Servicios de reposo temporal de corta duración o continuos para que los cuidadores y afiliados se tomen un tiempo para ellos mismos.	El número de horas de reposo disponibles para adultos y niños afiliados a los beneficios de ALTCS o de servicios de salud mental se está reduciendo de 720 horas a 600 horas en un periodo de 12 meses. Los 12 meses se cuentan desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre del siguiente año.
Servicios de podología	Cualquier servicio que trate un doctor especializado en problemas de pies y tobillos.	AHCCCS cubre servicios de podología médicamente necesarios realizados por un podólogo acreditado y prescritos por un médico de atención primaria o un practicante de atención primaria.
Trasplantes	Un trasplante consiste en el traspaso de un órgano o de células de una persona a otra.	Su aprobación se basa en la necesidad médica o si el trasplante se incluye en la lista de servicios "cubiertos". Solo se pagarán los trasplantes de la lista de trasplantes cubiertos de AHCCCS.
Fisioterapia	Ejercicios enseñados o provistos por un fisioterapeuta para fortalecerse o ayudar a mejorar el movimiento.	<p>Las visitas ambulatorias de fisioterapia para reparar el nivel de funcionamiento se limitan a 30 visitas al año (del 1 de octubre al 30 de septiembre del año siguiente).</p> <p>Los afiliados a Medicare deberían hablar con el plan de salud para que les ayuden a determinar cómo se contabilizarán las visitas.</p>

Arizona Complete Health-Complete Care Plan no se hace responsable del pago de ningún servicio no cubierto que usted elija recibir. En casos especiales podría obtener servicios fuera de su área de servicios. Póngase en contacto con los servicios para afiliados si quisiera más información a este respecto.

Consentimiento para el tratamiento

Usted tiene derecho a aceptar o rechazar los servicios de salud mental que se le ofrezcan. Si desea recibir los servicios de salud mental que se le ofrecen, usted o su tutor legal deben firmar un formulario de “Consentimiento para el tratamiento” mediante el que otorga su autorización o el de su tutor legal para recibir servicios de salud mental. Cuando firma un formulario de “Consentimiento para el tratamiento”, está otorgando igualmente autorización al Sistema de Restricción de Costos de Atención de Salud de Arizona (AHCCCS) para acceder a sus registros.

Para prestarle determinados servicios, su proveedor médico necesita obtener su autorización. Su proveedor médico puede solicitarle que firme un formulario o le conceda autorización verbal para recibir un servicio específico. Recibirá información sobre el servicio para que pueda decidir si desea recibirlo o no, lo que se conoce como consentimiento informado. El consentimiento informado implica informar al paciente de una propuesta de tratamiento, procedimiento quirúrgico, medicamento psicotrópico o procedimiento de diagnóstico; alternativas al tratamiento, procedimiento quirúrgico, medicamento psicotrópico o procedimiento de diagnóstico; riesgos asociados y posibles complicaciones; y obtener del paciente o del representante del paciente una autorización documentada para el tratamiento, procedimiento quirúrgico, medicamento psicotrópico o procedimiento de diagnóstico propuesto. Un ejemplo sería si el proveedor médico receta un medicamento. Su proveedor médico le informará de los beneficios y los riesgos de tomar el medicamento y otras opciones de tratamiento. En ese caso, le solicitará que firme un formulario de consentimiento o dé su consentimiento verbal para tomar el medicamento. Informe a su proveedor médico si tiene alguna duda o no comprende la información que este le ha facilitado. Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. Su proveedor médico le explicará qué ocurrirá si decide retirar su consentimiento.

Servicios subvencionados Disponibles para los afiliados inscritos en Medicaid y ciudadanos de Arizona sin seguro o con seguro deficiente

Los afiliados inscritos en Medicaid y los ciudadanos sin seguro o con seguro deficiente pueden ser elegibles para recibir tipos específicos de intervenciones, servicios, prevenciones, tratamientos y apoyo con subvención. Existen muchos tipos de subvenciones y todas ellas poseen lineamientos establecidos bien detallados que describen quién es elegible para recibir esos fondos. Por ejemplo, las subvenciones podrían ofrecer servicios para personas que no están cubiertas por AHCCCS, que no están aseguradas y/o que tienen un seguro deficiente. Todas las subvenciones tienen reglas sobre los servicios que un receptor de la subvención puede proporcionar y quién es elegible. Las poblaciones especiales incluyen grupos de personas que tienen derecho a recibir servicios financiados mediante subvenciones. Las personas deben ponerse en contacto con su proveedor de atención médica, su centro de atención de salud mental y/o Arizona Complete Health-Complete Care Plan para informarse sobre las calificaciones y la elegibilidad.

TIPOS DE SUBVENCIONES

Subvenciones federales en bloque. Entre ellas se incluyen la Subvención en Bloque por Abuso de Sustancias (SABG), la Subvención en Bloque de Salud Mental (MHBG) y la subvención del Proyecto de Asistencia en la Transición para Personas sin Techo (PATH).

1. Los fondos de la **Subvención en Bloque SABG** se utilizan para el tratamiento y los servicios de apoyo a la recuperación a largo plazo para las siguientes personas, en orden de prioridad:
 - Mujeres/adolescentes embarazadas que consumen drogas por inyección;
 - Mujeres/adolescentes embarazadas que consumen sustancias;
 - Otras personas que consumen drogas por inyección;
 - Mujeres/adolescentes que consumen sustancias con hijos dependientes y sus familias, incluidas las mujeres que están intentando recuperar la custodia de sus hijos, y
 - Cuando haya fondos disponibles: todas las demás personas con un trastorno de abuso de sustancias, independientemente del género o la vía de consumo.
2. La **Subvención en Bloque de Salud Mental (MHBG)** se utiliza para establecer o ampliar servicios basados en la comunidad para prestar servicios de salud mental no reembolsables, según el Título 19/21, a niños con trastornos emocionales graves y adultos con una enfermedad mental grave.

OTRAS SUBVENCIONES FEDERALES Y ESTATALES

Arizona Complete Health-Complete Care Plan también tiene subvenciones que ofrecen participación, servicios de tratamiento específico y apoyo a las poblaciones objetivo y, a menudo están temporalmente limitadas. Por ejemplo:

- Subvenciones para ciertos grupos de diagnóstico y desafíos de salud;

- Subvenciones para trastornos de abuso de opiáceos para ciudadanos sin seguro o con seguro deficiente;
- Subvenciones para actividades de divulgación y prevención;
- Subvenciones dirigidas a la epidemia de opiáceos;
- Subvenciones para ayudar a las personas con la reintegración en la comunidad (es decir, cárceles/prisiones);
- Subvenciones para capacitación (para proveedores médicos, escuelas, planes de salud y otras organizaciones); y/o
- Subvenciones a corto plazo que tienen un propósito singular y finalizan después de un periodo de tiempo definido y/o después de la finalización de la actividad.

SUBVENCIONES FEDERALES Y ESTATALES PARA TRASTORNOS DE ABUSO DE OPIÁCEOS

Hay fondos disponibles a través de subvenciones federales y estatales para el tratamiento de trastornos de abuso de opiáceos para ciudadanos de Arizona sin seguro o con seguro deficiente. Puede obtener más información sobre estos programas visitando nuestro sitio web o llamando a los servicios para afiliados.

SERVICIOS DE ALOJAMIENTO

El alojamiento asistido es un servicio disponible para los afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan que ayuda a los individuos a encontrar alojamiento seguro y estable para vivir de forma independiente en la comunidad que elijan. Las autoridades de salud mental regional establecen un contrato con agencias y organizaciones de proveedores que ofrecen servicios de alojamiento de acuerdo con las prácticas basadas en pruebas para la ayuda para el alojamiento por abuso de sustancias de la Administración de servicios de salud mental (SAMHSA). Las autoridades de salud mental regional colaboran con socios del sistema tales como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU., el Departamento de Vivienda de Arizona, las autoridades locales de vivienda y el área de vivienda de los comités de acogida. El número de afiliados que pueden recibir alojamiento en un mismo año depende del nivel de financiación que el Estado conceda cada año para este objetivo. Si le interesa saber más sobre la ayuda al alojamiento y sus servicios, llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408 TTY/TDY 711.

RECURSOS DE APOYO FAMILIAR Y ENTRE PARES

Los recursos de apoyo familiar y entre pares son servicios de salud mental disponibles para nuestros afiliados. Las organizaciones entre pares son propiedad, dirigidas y atendidas por personas que han recibido servicios de salud mental. Estas organizaciones pueden proporcionar una amplia gama de servicios para afiliados adultos, por ejemplo apoyo entre pares, habilidades vitales, formación profesional, ayuda a la reinserción (apoyo al salir de prisión), servicios para veteranos y habilidades emprendedoras. Los servicios colaborativos los proporcionan individuos que han vivido experiencias similares y entienden por lo que usted está pasando. Las

organizaciones de apoyo familiar están dirigidas por familiares de niños con problemas de salud mental. Prestan servicio a familias con niños con desafíos de salud mental, emocional y conductual. Pueden proporcionar servicios como por ejemplo apoyo familiar, cuidado de reposo, bienestar y habilidades vitales, así como formación profesional para familias con niños que reciban servicios de salud mental. Llame a los servicios para afiliados para recibir más información.

CUIDADO TERMINAL

El cuidado terminal opta por un enfoque centrado en los afiliados con el objetivo de preservar sus derechos y mantener su dignidad mientras reciban cualquier otro servicio médicamente necesario cubierto por Medicaid. El cuidado terminal se ocupa de formar a los afiliados y sus familias sobre las enfermedades y las elecciones de tratamiento, de mantenerles con salud y de ofrecer mayor flexibilidad a la hora de decidir cuál será el curso del tratamiento al afrontar enfermedades que limiten la vida independientemente de su edad o del estado de la enfermedad. El cuidado terminal permite que los afiliados reciban servicios de instrucciones previas, de cuidados paliativos o de apoyo y de hospicio, lo que a menudo incluye la preparación de las llamadas "las instrucciones previas".

Servicios de especialidad y remisiones

Las remisiones consisten en que su administrador de atención médica, médico de atención primaria o su centro de salud mental de Arizona Complete Health-Complete Care Plan le envíen a un especialista para recibir un servicio específico. Su administrador de atención médica, médico de atención primaria o su centro de salud mental pueden aconsejarle que acuda a un especialista o que recurra a servicios especiales. Puede llamar a Arizona Complete Health-Complete Care Plan, a su centro de salud mental o a su médico de atención primaria en caso de que necesite ser remitido a cuidados especializados. También pueden remitirle a un proveedor especialista, un laboratorio u hospital. Su médico de atención primaria o su centro de salud mental se encargarán de concertar los servicios de especialidad que figuran más abajo. Algunos de estos servicios de especialidad requieren una autorización previa.

- Evaluaciones nutricionales para afiliados a partir de 21 años de edad
- Visitas de atención médica a domicilio
- Trasplantes de órganos
- Servicios de atención de enfermería especializados a domicilio
- Servicios de rehabilitación, como fisioterapia, ocupacional y logopedia
- Atención especializada
- Cirugía
- Algunos rayos X, escáneres y pruebas médicas
- Equipos médicos duraderos, como sillas de ruedas u oxígeno

No necesita una remisión para los siguientes servicios de especialidad:

- Servicios de emergencia, incluidos los departamentos de emergencia no contratados y fuera de la red
- Servicios de cuidados urgentes
- La mayoría de servicios de salud mental en ambulatorio (para más información, consulte la sección *Servicios de salud mental*)
- Servicios de ginecología/obstetricia, y
- Servicios dentales para niños menores de 21 años

Tenga en cuenta que: Los afiliados pueden obtener citología cervical o exploraciones de mamografía (*pasados los 40 y a cualquier edad si se considera médicamente necesario*) una vez al año sin que le remita su médico de atención primaria. Póngase en contacto con los servicios para afiliados para más información sobre citología cervical y colonoscopias.

Es posible que tengamos que revisar y aprobar algunas remisiones y servicios especiales antes de que pueda acceder a los servicios. Algunos servicios médicos y de especialistas necesitan nuestra aprobación previa. Si ese fuera el caso, su administrador de atención médica, su médico de atención primaria o su centro de salud mental se encargarán de solicitar una autorización previa para dichos servicios. Es preciso que revisemos estas solicitudes. Su administrador de atención médica de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, su médico de atención primaria, su proveedor especialista o su centro de salud mental le informarán si su solicitud de autorización previa es aprobada. También puede llamar a los servicios para afiliados para consultar el estado de la solicitud.

REMISIONES DENTRO DE LA RED Y LIBERTAD DE ELECCIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS

Usted debe acceder a los servicios a través de los proveedores especialistas de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede localizar un proveedor especialista de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en nuestro sitio web en azcompletehealth.com/completecure. Arizona Complete Health-Complete Care Plan ofrece libertad a sus afiliados a la hora de seleccionar los doctores y especialistas dentro de nuestra red.

DENEGACIÓN DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE ESPECIALIDAD

Si la solicitud de su proveedor especialista es denegada, se lo haremos saber a través de correo postal. Además, nuestra carta le dirá cómo puede apelar nuestra decisión en caso de no estar conforme. Si tiene alguna duda sobre las denegaciones, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 (TTY/TDY: 711). Para más información sobre cómo rellenar una apelación sobre una autorización denegada, consulte la sección "*Reclamaciones: ¿Qué hago si no estoy satisfecho?*" de esta guía.

Si recibe servicios por un trastorno por abuso de sustancias financiados por la Subvención en Bloque por Abuso de Sustancias (SABG), tiene derecho a obtener los servicios de un proveedor médico con una visión religiosa a la que no se oponga. Si se opone a la visión religiosa de su proveedor de tratamiento por trastorno por abuso de sustancias, puede solicitar que se le remita a otro proveedor de tratamiento por abuso de sustancias. Obtendrá una cita con su nuevo proveedor médico en un plazo de 7 días desde su solicitud de remisión o incluso antes si su cuadro médico de salud mental lo requiere. El nuevo proveedor médico debe estar disponible y proporcionarle los mismos servicios de tratamiento por trastorno por abusos de sustancias que los obtenidos por el primer proveedor médico. Si tiene problemas para acceder a los servicios por motivo de la objeción moral o religiosa de un proveedor médico, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 (TTY/TDY: 711) para que le ayuden a encontrar un proveedor médico que pueda cubrir sus necesidades.

AFILIADOS DE ORIGEN INDÍGENA AMERICANO

Los afiliados de origen indígena americano tienen la posibilidad de recibir atención médica en cualquier momento de cualquier proveedor de Servicio de Salud Indígena o de cualquier institución administrada y/o que sea propiedad de un grupo tribal.

Su médico de atención primaria (PCP):

Su médico de atención primaria (PCP) o centro de salud mental le facilitan su acceso a los servicios. Puede que su médico de atención primaria o centro de salud mental le proporcionen servicios médicos o puede que planifiquen para que los obtenga de otro proveedor médico (a veces llamado especialista). **Debe ver a su médico de atención primaria o centro de salud mental antes de ver a cualquier otro proveedor médico o antes de intentar obtener servicios externos.**

No hace falta que visite a su médico de atención primaria o su centro de salud mental para los siguientes servicios:

- Servicios de emergencia
- Servicios de cuidados urgentes
- Servicios en situaciones de crisis
- Servicios de salud mental
- Servicios de trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de ginecología/obstetricia, y
- Servicios dentales

Tenga en cuenta que:

- Los afiliados pueden obtener citología cervical o exploraciones de mamografía (*pasados los 40 y a cualquier edad si se considera médicamente necesario*) una vez al año sin que le remita su médico de atención primaria. Póngase en contacto con los servicios para

afiliados para más información sobre citología cervical y colonoscopias.

¿CÓMO ELEGIR O CAMBIAR DE MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?

Es importante que elija a un médico de atención primaria con el que se sienta cómodo. Cuando tiene un médico de atención primaria que le gusta, este podrá ayudarle mejor con su atención médica. Esta relación es muy importante para proporcionarle la atención médica que necesita. Puede encontrar una lista de nuestros doctores en nuestro sitio web en www.azcompletehealth.com/completecure o llamando a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408, TTY/TDY 711.

Si necesita cambiar de médico de atención primaria, llame a los servicios para afiliados para solicitar ayuda. Un cambio de médico de atención primaria puede hacerse efectivo en la misma fecha de solicitud. Sin embargo, le animamos a que no cambie de médico de atención primaria más de dos veces al año.

¿CÓMO PUEDEN AYUDARLE LAS VISITAS MÉDICAS A CONSERVAR SU SALUD?

- Asegúrese de que los niños de menos de 21 años acuden a sus exámenes rutinarios anuales ¹y reciben sus vacunaciones.
- Los adultos de 21 años o mayores deben acudir a sus revisiones médicas anuales y deberán visitar a su médico de atención primaria cuando desarrollen algún síntoma o enfermedad, o para el cuidado habitual de una enfermedad crónica.
- Programe revisiones preventivas tales como citologías cervicales, mamografías (*pasados los 40 años y a cualquier edad si se considera médicamente necesario*) y exploraciones de cáncer una vez al año. Hable con su doctor sobre otras exploraciones importantes o tests preventivos, tales como colonoscopias, exámenes de próstata, pruebas de diabetes o de colesterol.
- Conserve su cita para las pruebas que su doctor haya solicitado para usted.
- Sepa por qué es importante que se haga estas pruebas y qué podría pasar si no lo hiciera.
- Pídale a su doctor que le ayude a cuidarse mejor.

CÓMO CONCERTAR, CAMBIAR O CANCELAR UNA CITA

Cómo concertar una cita:

- Llame a su médico de atención primaria o especialista para programar su cita.
- Informe a la oficina de proveedores médicos de: su nombre, su número de identificación de AHCCCS (aparece en la parte frontal de su tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan), el nombre de su doctor y por qué necesita verle.

¹ *Las revisiones médicas infantiles son lo mismo que el las visitas del Servicio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).

Cómo cambiar una cita:

- Llame a la consulta de su doctor al menos 24 horas antes.
- Informe a la consulta del doctor de: su nombre, su número de identificación de AHCCCS, la fecha de su cita y solicite una nueva fecha para ver a su doctor.

Cómo cancelar una cita:

- Llame a la consulta de su doctor 24 horas antes.
- Informe a la consulta del doctor de que desea cancelar su cita y proporcionele: su nombre, su número de identificación AHCCCS y la fecha de su cita.
- Si ya estuviese reservado, llame a los servicios para afiliados para cancelar los servicios de transporte o de interpretación cuando ya no los necesite.

Si no tiene posibilidad de contactar con la consulta de su doctor y necesita ayuda, llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Disponibilidad de citas: ¿Cuánto se tarda en ir a ver a un proveedor médico?

Cuando llame a su proveedor médico para concertar una cita o para obtener una remisión para una cita, tenga presente estos plazos en los que podrá ver a su proveedor médico:

- Proveedor de atención primaria urgente: 2 días laborables
- Proveedor de atención primaria rutinario: 21 días naturales
- Especialista urgente: 3 días laborables
- Especialista rutinario: 45 días naturales
- Dentista urgente: 3 días laborables
- Dentista rutinario: 45 días naturales
- Atención a la maternidad, 1er trimestre: 14 días naturales
- Atención a la maternidad, 2o trimestre: 7 días naturales
- Atención a la maternidad, 3er trimestre: 3 días laborables
- Atención a la maternidad de riesgo: según sea necesario pero no más de 3 días laborables
- Salud mental, necesidad urgente: 24 horas
- Salud mental, evaluación inicial rutinaria: 7 días naturales

- Salud mental, primer servicio rutinario: 23 días naturales
- Salud mental, siguiente servicio rutinario: según las necesidades, pero no más de 45 días
- Remisiones para medicamentos psicotrópicos: según la urgencia de la necesidad, pero no más de 30 días naturales
- Respuesta rápida: 72 horas
- Respuesta rápida, evaluación inicial: 7 días naturales
- Respuesta rápida, cita inicial: 21 días naturales
- Respuesta rápida, siguientes servicios: 21 días naturales

REVISIONES MÉDICAS

Las revisiones médicas (exámenes rutinarios) que incluyen, entre otros: exámenes anuales, exámenes de mama y exámenes de próstata, están cubiertas para afiliados de 21 años o mayores. La mayoría de las revisiones médicas (también llamadas chequeos) incluyen la elaboración de historias clínicas, exámenes físicos, pruebas de detección preventiva, asesoramiento médico y vacunaciones médicamente necesarias. Consulte el servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) para afiliados menores de 21 años.

REVISIÓN MÉDICA INFANTIL / SERVICIO DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO Y PERIÓDICO (EPSDT)*

El servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) es un programa médico infantil integral que facilita la prevención, tratamiento, corrección y mejora de afecciones físicas y mentales a afiliados de AHCCCS menores de 21 años.

El propósito del EPSDT consiste en asegurar la disponibilidad y accesibilidad de recursos de atención médica, así como la orientación a beneficiarios de Medicaid para que utilicen estos recursos de manera eficaz.

Los servicios EPSDT proporcionan atención sanitaria integral mediante la prevención primaria, la intervención temprana, el diagnóstico, los tratamientos médicos necesarios y un seguimiento de problemas de salud físicos y mentales para afiliados de AHCCCS menores de 21 años de edad. Los servicios EPSDT incluyen servicios de detección preventiva, servicios oftalmológicos, servicios dentales, servicios auditivos y otros servicios médicamente necesarios obligatorios y opcionales incluidos en la legislación federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar anomalías, enfermedades y afecciones físicas y mentales identificadas en una exploración de EPSDT, tanto si los servicios están cubiertos por el plan estatal de AHCCCS como si no. No se aplican limitaciones o exclusiones a los servicios EPSDT, aparte de los requisitos de necesidad médica y efectividad de costos.

Una consulta rutinaria infantil es sinónimo de una consulta EPSDT e incluye todas las pruebas de exploración y servicios descritos en AHCCCS EPSDT y en los programas dentales periódicos.

Cantidad, duración y alcance: la Ley Medicaid establece que los servicios EPSDT incluyen servicios de detección preventiva, servicios oftalmológicos, servicios dentales, servicios auditivos y "cualquier otro servicio de atención médica, servicio de diagnóstico, tratamiento y medida descrita en la legislación federal subsección 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar anomalías y enfermedades y afecciones físicas y mentales identificadas en un prueba de detección preventiva de EPSDT, ya sean o no los servicios cubiertos por el plan estatal (AHCCCS)".

Esto significa que los servicios cubiertos por EPSDT incluyen servicios que corrigen o mejoran anomalías, enfermedades y afecciones físicas y mentales identificadas en un prueba de detección preventiva cuando estos servicios se incluyan en alguna de las 29 categorías opcionales y obligatorias de "asistencia médica" como se recoge en la Ley Medicaid. Los servicios cubiertos por EPSDT incluyen las 29 categorías de servicios de la legislación federal incluso cuando no se incluyan como servicios cubiertos en el plan estatal de AHCCCS, sus estatutos, reglamentos y políticas siempre y cuando los servicios sean rentables y médicamente necesarios.

EPSDT incluye, entre otros, cobertura de servicios hospitalarios internos y ambulatorios, servicios de laboratorio y rayos X, servicios de atención médica, servicios de profesionales de enfermería, medicamentos, servicios dentales, servicios terapéuticos, servicios de salud mental, suministros médicos, prótesis, lentes, transporte y servicios de planificación familiar. EPSDT también incluye diagnósticos, pruebas de detección preventiva y servicios de rehabilitación. Sin embargo, los servicios EPSDT no incluyen servicios únicamente con fines cosméticos o que no sean rentables en comparación con otras intervenciones disponibles.

El programa de revisión infantil* incluye los siguientes procedimientos y pruebas que AHCCCS recomienda que se lleven a cabo o siempre que se recomiende médicamente:

- Evaluación de historial médico
- Las medidas de altura y peso, incluido el Índice de Masa Corporal (IMC) para aquellos de 24 meses o mayores
- El perímetro cefálico desde el nacimiento hasta los 24 meses
- La presión sanguínea, la necesidad de medir la presión sanguínea en niños recién nacidos hasta los 24 meses deberá recomendarla el médico de atención primaria
- Evaluación nutricional
- Examen de visión
- Examen de audición y habla
- Evaluación de desarrollo y relación

- Examen físico
- Vacunaciones
- Prueba de tuberculina (tuberculosis), para afiliados en riesgo de edades entre 12 meses hasta 20 años
- Prueba del hematocrito/hemoglobina
- Prueba de orina
- Detección de plomo / Prueba verbal
- La prueba de detección de plomo y la de concentración de plomo en sangre en edades de entre 12 y 24 meses y entre 36 y 72 meses si no se han hecho pruebas previas
- Consejos preventivos
- Exploración de dislipidemia
- Pruebas de dislipidemia (una vez entre los 18 y los 20 años)
- Pruebas de ITS (evaluación de riesgo para aquellos entre 11 y 20 años)
- Pruebas de displasia cervical (evaluación de riesgo para aquellos entre 11 y 20 años)
- Evaluación de salud dental cada 6 meses
- Su médico de atención primaria quizás le recomiende aplicar fluoruro durante estas visitas, comenzando a los 6 meses de edad con al menos un diente, y podría repetirse cada 6 meses hasta los dos años de edad
- Remisión dental. Se recomienda que el primer examen se haga al año de edad. Repita visitas de salud dental cada 6 meses o tal y como indique el estado de riesgo del niño o la posibilidad de enfermedad. Para más información sobre cobertura de salud dental, diríjase a la sección de "*Salud dental*" de esta guía

La revisión médica infantil también le dará ideas de cómo:

- Mantener a sus niños sanos
- Evitar que se lastimen
- Identificar a tiempo problemas de salud
- Solicitar servicios como el Programa de mujeres, infantes y niños (WIC), Head Start, Programa de rehabilitación infantil (CRS) y el Programa de intervención temprana de Arizona (AzEIP)

Todos los niños deberían ver a su doctor con regularidad para revisiones médicas infantiles. Los chequeos de salud infantil deberían hacerse a las siguientes edades o a cualquier otra si se recomienda médicamente:

- Recién nacidos
- 3-5 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
- Anualmente desde los 3 a los 20 años de edad

Le enviaremos un recordatorio sobre chequeos de salud infantil. Pida una cita con su médico de atención primaria. Es importante que su hijo acuda a todos los chequeos de salud infantil.

**Una revisión médica/chequeo es lo mismo que un servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT).*

ATENCIÓN PREVENTIVA Y BIENESTAR

Las mujeres afiliadas tienen acceso directo a asistencia preventiva y revisiones rutinarias de un ginecólogo de la red de contratistas sin necesidad de tener que ser remitidas por parte de su médico de atención primaria. Póngase en contacto con los servicios para afiliados para más información sobre citología cervical (una prueba de detección de cáncer cervical), mamografías (una prueba de detección de cáncer de mama) y colonoscopias.

Nuestros afiliados pueden acudir directamente a una red de doctores obstetras/ginecólogos para servicios de atención médica preventivos y rutinarios. No es necesaria una remisión de su médico de atención primaria.

Planificación familiar

Los servicios de planificación familiar están a disposición de afiliados de cualquier género en edad reproductiva. El servicio de Planificación familiar le ayudará a decidir cuándo tener hijos. Nuestros proveedores médicos pueden ayudarle a elegir los métodos de control de natalidad que funcionen mejor para usted. El servicio de planificación familiar no requiere ningún copago y está a su disposición sin costo. Puede solicitar el servicio de planificación familiar de cualquier médico de atención primaria o ginecólogo de la red. No es necesaria una remisión de su médico de atención primaria.

Los siguientes métodos de control de natalidad se ofrecen sin costo alguno para usted:

- Asesoramiento sobre el control de la natalidad
- Pastillas de control de natalidad o anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), preservativos, diafragmas, espumas y supositorios
- Planificación familiar natural y remisión a profesionales médicos cualificados
- Anticonceptivos poscoitales de emergencia (también conocidos como la píldora del día después)
- Esterilización solo para afiliados de 21 años o más

Tenga en cuenta que: Esta no es una lista integral de los métodos de control de natalidad que se cubren.

Los siguientes servicios no se cubren dentro de planificación familiar:

- Servicios de infertilidad, incluidas pruebas, tratamientos, o reversión de esterilización histeroscópica o vasectomía
- Asesoramiento sobre la interrupción del embarazo
- Interrupción del embarazo, a no ser que usted cumpla los requisitos descritos en la sección anterior *Interrupción del embarazo por razones médicas*.
- Histerectomías si se hacen solo por motivos de planificación familiar

Además, queremos que pueda obtener atención médica si pierde su elegibilidad con AHCCCS. Esta guía tiene una lista de clínicas que ofrecen atención médica de bajo costo o sin costo alguno. Llame a las clínicas para obtener más información sobre los servicios y los costos. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408 TTY/TDY: 711.

Si pierde elegibilidad para los servicios de AHCCCS, Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarle a localizar servicios de planificación familiar de bajo costo o sin costo alguno, o puede llamar al Departamento de Servicios de Salud de Arizona al 1-800-833-4642.

ATENCIÓN POR MATERNIDAD

Cuando se queda embarazada, queremos que su embarazo sea saludable y que su bebé esté sano. Contamos con programas especiales que pueden ayudarla a lo largo de su embarazo y tras el nacimiento de su bebé, incluso pueden ofrecerle facilidades por asistir a sus citas. Si descubre que está embarazada, llámenos para que podamos darle más información de qué podemos ofrecerle y cómo podemos trabajar con usted para que su embarazo tenga el mejor resultado posible. Llame a los servicios para afiliados a los siguientes números. La atención a la maternidad incluye la identificación del embarazo, la atención prenatal y la asistencia durante y

después del parto. Es importante que reserve y mantenga las citas con su doctor durante su embarazo. Si tiene preguntas o necesita ayuda para reservar una cita, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711.

La **Coordinación de la atención a la maternidad** está formada por las siguientes actividades relacionadas con la atención a la maternidad: la determinación de las necesidades sociales o médicas de un afiliado mediante la evaluación del riesgo, el desarrollo de un plan de atención diseñado para abordar estas necesidades, y el monitoreo de remisiones para garantizar que se reciben los servicios y la revisión del plan de atención, según resulte apropiado.

Los **Servicios de asesoramiento previos a la concepción**, como parte de las visitas anuales, se brindan cuando resulta médicamente necesario. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y la administración de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye las labores para influir comportamientos que pueden afectar al feto (incluso antes de confirmar la concepción), así como la atención médica regular. El objetivo del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que la futura madre está sana antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción no incluye pruebas genéricas.

IDENTIFICACIÓN DEL EMBARAZO

En cuanto crea que está embarazada, llame a su médico de atención primaria para hacer una prueba de embarazo. Cuando sepa que está embarazada, es importante elegir un proveedor de atención prenatal. Tenga en cuenta que: Su proveedor de atención prenatal también puede servir como médico de atención primaria. Llame a los servicios para afiliados para elegir un proveedor de atención prenatal que sea bueno para usted. Luego llame al proveedor médico para concertar su primera cita. No necesitará una remisión para ver a un proveedor de atención prenatal. Hay diferentes tipos de proveedores de atención prenatal entre los que puede elegir. Puede elegir un doctor especializado en embarazos (también conocido como obstetra), una matrona certificada, una matrona autorizada (si tiene más de 18 años y no tiene un riesgo elevado), una enfermera practicante o un auxiliar médico.

ATENCIÓN PRENATAL

La atención prenatal es la atención médica brindada durante el embarazo y está formada por tres elementos fundamentales:

1. La evaluación temprana y continua de los riesgos,
2. La educación y promoción de la salud, y
3. Monitoreo, intervención y seguimiento médico.

Llame y pida su cita tan pronto como sepa que está embarazada. **Tenga en cuenta que:** Es muy

importante acudir a todas sus citas prenatales tal y como se acuerden con su proveedor médico. Durante su atención prenatal las visitas a su proveedor médico pueden proporcionarle lo siguiente:

- Chequeos (incluidos de presión sanguínea, control de peso, chequeo del movimiento y crecimiento de su bebé, y escuchar el latido del corazón de su bebé).
- Las pruebas que necesite, tales como análisis de sangre y de orina para comprobar que goza de buena salud.
- Chequeo de infecciones, incluidas las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
NOTA: Las pruebas prenatales voluntarias y el asesoramiento de VIH están disponibles para afiliados.
- Muestre sus prescripciones de vitaminas prenatales u otra medicación que le prescriba su doctor.

Cuando sepa que está embarazada, su proveedor médico debe verla dentro de:

- Catorce (14) días si está en su primer trimestre
- Siete (7) días si está en su segundo trimestre
- Tres (3) días si está en su tercer trimestre
- Tres (3) días en caso de embarazo de alto riesgo o de forma inmediata si es una emergencia

Si no puede concertar una cita dentro de estos márgenes de tiempo, llame a los servicios para afiliados para que le ayuden a concertar una cita a tiempo. Llame a los servicios para afiliados si necesita transporte a sus citas de atención prenatal.

Durante sus visitas de atención prenatal, su proveedor médico le explicará cómo mantenerse saludable durante su embarazo. Puede que su proveedor médico le hable de:

- Hábitos de alimentación saludables
- Ejercicio durante el embarazo
- No fumar, no beber alcohol ni consumir otras drogas durante el embarazo
- Los típicos cambios que su cuerpo experimentará durante el embarazo
- Cuándo llamar a su proveedor médico de inmediato por cambios de salud

En su primera visita, su proveedor médico hará también una evaluación del riesgo para identificar sus necesidades, médicas, mentales y sociales. Sus preguntas y necesidades le mostrarán al doctor cómo estructurar el embarazo. En ese momento, su doctor la remitirá a las consultas de servicio comunitario y para poder coordinar los recursos. Algunos ejemplos de las consultas de servicio comunitario son el programa Mujeres, infantes y niños (WIC) y otros programas de asistencia estatal como el Departamento de seguridad económica (DES). El DES

proporciona ayuda económica a residentes de Arizona que cumplan los requisitos al solicitar la prestación. Su plan de atención para el embarazo podrá cambiarse cuando sea necesario. Si necesita ayuda durante su embarazo, llame a los servicios para afiliados y le ayudaremos. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con administradores de atención médica para ayudar a nuestros proveedores médicos con la coordinación de la atención a la maternidad. Puede cambiar de proveedor médico o de plan durante su embarazo. Si necesita ayuda, los administradores de atención médica pueden ayudarle. Llame a los servicios para afiliados si necesita ayuda por cualquiera de las siguientes razones:

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Embarazo de alto riesgo es un embarazo en el que la madre, el feto o el neonato se prevé o está en riesgo de morbilidad o fallecimiento antes o después del parto. El nivel de alto riesgo se determina con el uso de las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de la Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Estos formularios los completa su obstetra durante su visita con él.

Su embarazo puede ser de alto riesgo si usted o su bebé padecen alguna circunstancia que pueda hacerles enfermar durante el embarazo o después del parto.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con administradores de atención médica que pueden ayudarle con su embarazo de alto riesgo sin costo para usted. Nuestros administradores de casos podrán responder a sus preguntas y ayudarle con sus citas o sus remisiones. Si desea hablar con uno de nuestros administradores de atención médica, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 TTY/TDY 711.

ASISTENCIA DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO

Cuando salga de cuentas (el embarazo dura normalmente 40 semanas hasta el parto), su proveedor médico le ayudará a dar a luz a su bebé en un hospital o centro de natalidad. Los hospitales se enumeran en el Directorio de proveedores médicos. Si su embarazo no es de alto riesgo, podrá dar a luz a su bebé en casa con un médico acreditado, practicante o matrona autorizada.

- El practicante designa a enfermeras practicantes certificadas en asistencia al parto, a asistentes de médicos y a otras enfermeras practicantes.
- Una matrona autorizada es una profesional autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona para que brinde atención a la maternidad de conformidad con los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.) Título 36, Capítulo 6, Artículo 7 y del Código Administrativo de Arizona Título 9, Capítulo 16. (Este tipo de proveedor médico no incluye las matronas certificadas autorizadas por la Junta de Enfermería como

enfermeras practicantes en asistencia al parto o asistentes médicos autorizados por la Junta Médica de Arizona).

- Una matrona certificada es una profesional que tiene la certificación del American College of Nurse-Midwives tras un examen de certificación nacional y tiene la licencia para ejercer en Arizona según la Junta Estatal de Enfermería. Una matrona certificada practica la administración independiente del cuidado a individuos embarazados y neonatos, brindando atención antes, durante y después del parto, así como asistencia ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención médica que ofrece asesoramiento médico, administración colaborativa o remisiones.

ATENCIÓN POSPARTO

La atención posparto es la atención médica que se brinda hasta los 60 días posteriores al parto. Estas se llaman visitas posparto. Esta fase final de la atención a la maternidad es muy importante y no debe evitarse incluso si su parto fue bien. Su proveedor médico la examinará para identificar sus necesidades de atención médica y salud mental después del nacimiento de su bebé. Muchas mujeres que han dado a luz pueden sentirse tristes o deprimidas después de que nazca su bebé. Comuníquese a su proveedor médico si experimenta estas emociones. La depresión se puede tratar. Es importante que le comunique a alguien que se siente deprimida. Los servicios de planificación familiar están incluidos si los brinda un médico o un practicante. Llame a los servicios para afiliados si necesita transporte a sus citas de atención prenatal o de atención posparto.

PRUEBAS DE VIH/SIDA

Existen servicios de pruebas de VIH/SIDA confidenciales voluntarias disponibles para afiliados (**incluidos afiliados prenatales**), además de asesoramiento para aquellos que reciban un resultado positivo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarle. Llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711 para obtener más información sobre las pruebas confidenciales o los servicios de asesoramiento.

Nota importante: Los servicios de planificación familiar están a disposición de afiliados de cualquier género en edad reproductiva. Puede solicitar el servicio de planificación familiar de cualquier médico de atención primaria o ginecólogo de la red. No es necesaria una remisión de su médico de atención primaria. En los casos en los que un proveedor médico de la red no esté disponible, Arizona Complete Health-Complete Care Plan podrá autorizar un servicio o tratamiento de no emergencia fuera de la red.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR RAZONES MÉDICAS

Solo en casos especiales la interrupción del embarazo será un servicio cubierto por AHCCCS. AHCCCS cubre la interrupción del embarazo si se cumplen los siguientes criterios:

1. La embarazada sufre un trastorno psíquico, lesión física o enfermedad grave incluida una enfermedad que ponga en riesgo su vida, según certifique un doctor, causada o derivada del embarazo en sí mismo, y que no pueda solucionarse a menos que se interrumpa el embarazo.
2. El embarazo es el resultado de un incesto.
3. El embarazo es el resultado de una violación.
4. La interrupción del embarazo es necesaria por razones médicas según el juicio de un doctor acreditado, que afirma que, con una alta probabilidad, la continuación del embarazo podría suponer graves problemas de salud físicos o mentales para la embarazada al:
 - a. Crear un problema de salud físico o mental grave para la embarazada,
 - b. Dañar de gravedad una función corporal de la embarazada,
 - c. Causar la disfunción de un órgano vital de la embarazada,
 - d. Agravar un problema de salud que tenga la embarazada,
 - e. Impedir que la embarazada pueda recibir un tratamiento para curarse de un problema existente.

Salud dental

AFILIADOS MENORES DE 21 AÑOS DE EDAD

Todos los chequeos de salud dental, limpiezas y tratamientos están cubiertos para los afiliados de menos de 21 años. No es necesaria una remisión médica para ir a ver a un dentista. Al año, se cubren dos (2) visitas rutinarias y preventivas para afiliados de menos de 21 años. Es importante que lleve a sus hijos al dentista dos veces al año para mantener sus dientes sanos. Desde el momento en que aparezca el primer diente, el niño deberá visitar a su dentista para un chequeo cada seis meses.

Cada afiliado de menos de 21 años ha de tener un Hogar de Atención Dental. Un Hogar de Atención Dental es un dentista asignado que le proporcionará a usted o a su hijo la atención dental necesaria. Llame a los servicios para afiliados para seleccionar un dentista o se le asignará uno. Si se le asigna un dentista que no quiere, o si ya acude a un dentista dentro de nuestra red y está contento con él, por favor llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-

4408 o al TTY/TDY 711 para solicitar que le mantengan con ese dentista.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan envía cartas para recordarle a sus afiliados sus chequeos. Es importante acudir a las visitas concertadas porque su dentista puede ayudarle a prevenir caries. Pueden usar sellantes dentales (capa protectora de plástico pintada por detrás de los dientes), así como tratamientos de fluoruro. Los dentistas también pueden enseñarle a usted y a sus hijos cómo cuidar de sus dientes. Es importante visitar al dentista para chequeos dos veces al año todos los años. Llame a los servicios para afiliados si necesita ayuda para localizar a un proveedor dental. Una vez haya elegido al dentista, puede llamar a su consulta para concertar o cambiar una cita.

Los siguientes servicios de rutina dental solo están cubiertos para afiliados menores de 21 años:

- Exámenes dentales
- Limpiezas dentales
- Empastes de caries
- Rayos X para detectar problemas dentales
- Aplicaciones de fluoruro
- Sellantes dentales
- Servicios dentales de emergencia

Utilice estos lineamientos para programar las citas de su hijo:

- Citas dentales de emergencia: pida una cita para ese mismo día en casos de dolores extremos y emergencias dentales.
- Citas dentales urgentes: en un plazo de 3 días para empastes perdidos o dientes rotos.
- Citas dentales rutinarias: en un plazo de 45 días para chequeos rutinarios y limpiezas dentales.
- Asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación de Arizona Complete Health-Complete Care Plan a su cita dental.

Si necesita concertar, modificar o cancelar una cita, contacte con su dentista o con los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan llamando al 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711.

AFILIADOS DE 21 AÑOS Y MAYORES

¿Qué sucede si soy mayor de 21 años y sufro una emergencia dental? Existen servicios dentales limitados cubiertos para aliviar dolores graves y/o infecciones. Los afiliados adultos a partir de 21 años de edad pueden recibir servicios dentales de emergencia hasta un límite de 1000 \$ por afiliado y año contractual. Los servicios de emergencia por encima de 1000 \$ son responsabilidad del afiliado.

Los servicios dentales rutinarios no están cubiertos para afiliados de 21 o mayores. AHCCCS cubre servicios médicos y de quirófano relacionados con atención (oral) solo en la medida en la que dichos servicios se presten de acuerdo con las leyes del estado por parte de un médico o de un dentista, siempre que los servicios se consideren servicios médicos si los realiza un médico. El servicio dental cubierto para afiliados a partir de 21 años debe estar relacionado con el tratamiento de una afección médica tales como la pérdida de un diente(s) por traumatismo, quiste o tumor, o fractura de mandíbula. El servicio dental cubierto incluye un examen bucal, rayos X, asistencia ante fracturas de la mandíbula o boca, derecho a anestesia y medicamentos para el dolor y antibióticos.

¿Qué más está cubierto? También se cubren algunos servicios previos a los trasplantes relacionados con la eliminación de infecciones orales y tratamientos de enfermedades orales (tales como limpiezas dentales, empastes, sencillas restauraciones o extracciones) y las extracciones profilácticas de dientes en preparación para la radiación en el tratamiento de cáncer en la mandíbula, cuello o cabeza. Estos servicios no forman parte del límite de 1000 \$ de emergencia dental adulta:

Servicios farmacéuticos

Nuestro programa de farmacia incluye una terapia de medicación rentable y de gran calidad. Trabajamos con proveedores médicos y farmacéuticos para garantizar que cubrimos los medicamentos que se usan para tratar gran variedad de enfermedades. Cuando un proveedor médico lo indica, cubrimos las recetas médicas y ciertos medicamentos sin receta.

Algunos medicamentos exigen autorización previa o tienen restricciones de edad, posología y cantidades máximas. Para tomar algunos medicamentos, primero deberá tomar otro, esto se llama terapia por pasos. Consulte la lista de medicamentos de Arizona Complete Health-Complete Care Plan para obtener más información. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubrirá los medicamentos incluidos en nuestra lista de medicamentos preferentes siempre que sean médicamente necesarios y apropiados. La lista de medicamentos preferentes de Arizona Complete Health-Complete Care Plan incluye todos los medicamentos cubiertos por AHCCCS además de algunos otros, seguros y eficaces.

La lista de medicamentos preferentes de Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede consultarse en azcompletehealth.com/completecure

¿QUÉ OCURRE SI UN MEDICAMENTO NO SE ENCUENTRA EN LA PDL/FORMULARIO?

La lista de medicamentos preferentes (PDL) es la lista de medicamentos cubiertos por el plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Si el medicamento que su doctor considera que necesita no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos y no puede tomar ninguna otra

medicación excepto la prescrita, su doctor podrá solicitarnos una autorización previa.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan aprobará su solicitud de excepción en el caso de que los medicamentos alternativos incluidos en el formulario o las restricciones adicionales no son tan eficaces para tratar su enfermedad y le provocan efectos médicos adversos.

¿QUÉ OCURRE SI SE DENIEGA MI SOLICITUD?

- Cuando Arizona Complete Health-Complete Care Plan deniegue una solicitud de autorización, se enviará por correo una *Notificación de determinación adversa de beneficios* o una *Notificación de decisión (NOD)* al afiliado y se enviará por correo una carta explicativa al proveedor médico solicitante. La Notificación de determinación adversa de beneficios le indicará al afiliado cómo presentar un recurso.
- Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan va a reducir, suspender o finalizar un servicio existente, se aplican derechos y normas adicionales, además de la simple posibilidad de presentar un recurso.

CÓMO COMPLETAR UNA RECETA MÉDICA

Todas las recetas médicas deben ser dispensadas en una farmacia de nuestra red. Puede usar el Directorio de proveedores médicos para localizar una farmacia cercana. Puede consultar el Directorio de proveedores médicos en azcompletehealth.com/completecure en la página Buscar un proveedor médico. También puede llamar a un representante de los servicios para afiliados para que lo ayude a localizar una farmacia. En la farmacia, tendrá que proporcionarle al farmacéutico su receta médica y su tarjeta de identificación de afiliado.

Si toma medicamentos para un problema de salud continuo, es posible que le puedan enviar sus medicamentos a casa por correo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con una empresa de mensajería para ofrecerle este servicio, del que usted se puede beneficiar sin costo alguno.

Si elige esta opción, sus medicamentos le llegan directamente a la puerta de su casa. Puede programar cuándo reabastecerse de sus medicamentos y contactar con un farmacéutico si tiene alguna duda.

Algunos medicamentos especializados solo se cubren si los proporciona nuestra farmacia especialista. La mayoría de dichos medicamentos requieren autorización previa.

Si tiene otro seguro además de Medicare Parte D, solo costaremos los copagos (si fuere aplicable) si el medicamento está también en nuestra lista de medicamentos cubiertos.

Para problemas de farmacia o si necesita ayuda fuera del horario de atención habitual, los fines de semana o vacaciones (también si en la farmacia se rechaza su receta médica), llame a los servicios para afiliados al 1-788-4408 (TTY/TDY: 711) disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

QUÉ NECESITA SABER DE SU NUEVA RECETA MÉDICA

Su doctor o dentista puede darle una receta médica de medicación. Asegúrese de que su doctor sepa si toma cualquier otra medicación de otros médicos o si compra medicación por su cuenta, incluida aquella sin receta médica o productos de herbolario.

Cuando recoja su receta médica, el farmacéutico le explicará su nueva receta. Pregúntele a su farmacéutico sobre cómo debe tomar el medicamento y cualquier efecto secundario que pudiera surgir. La farmacia también le proporcionará información impresa sobre el medicamento cuando complete su receta médica. Le explicará qué debe y qué no debe hacer y los posibles efectos adversos que puede provocar.

REABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS

La etiqueta de su medicamento le indica cuántas veces tendrá que reabastecerse del medicamento que su doctor ha solicitado para usted. Si su doctor le ha asignado reabastecimiento de medicamentos, no podrá obtener más de un reabastecimiento para 30 días en cada ocasión. Llame a su farmacia para un reabastecimiento de medicamentos, ellos le informarán de cuándo puede pasar a recogerlo.

Si su doctor no le ha asignado reabastecimiento de medicamentos, usted o la farmacia debe llamar a su médico antes de que se agote su medicamento. Hable con su médico o farmacia sobre obtener un reabastecimiento de medicamentos. Es posible que su doctor quiera verle antes de autorizar un reabastecimiento.

¿QUÉ DEBO HACER SI LA FARMACIA NO PUEDE DISPENSAR MI RECETA MÉDICA?

Llame a los servicios para afiliados y le ayudaremos a averiguar por qué no se puede dispensar su receta médica. A veces, el seguro principal puede haberse escrito mal o puede que sea demasiado pronto para un reabastecimiento de medicamentos. Otras veces, la medicación no está en nuestra lista de medicamentos: nuestra lista de medicamentos cubiertos. Si la farmacia rechaza o no dispensa su receta médica, consulte si usted y la farmacia pueden llamar a los servicios para afiliados juntos para averiguar qué sucede. Colaboraremos con usted y con la farmacia para dar con la mejor opción para usted.

FARMACIAS EXCLUSIVAS

Arizona Complete Health-Complete Care Plan quiere que sus afiliados estén sanos. Arizona Complete Health-Complete Care Plan podrá asignar a sus afiliados una farmacia de referencia o farmacia exclusiva. Las farmacias exclusivas las selecciona el afiliado o las asigna Arizona Complete Health-Complete Care Plan para proporcionar todos los medicamentos necesarios. Se podrán asignar farmacias exclusivas a los afiliados si:

Ha utilizado lo siguiente en los últimos 3 meses:

Más de cuatro prescriptores;

y

Más de cuatro medicamentos distintos de abuso potencial;

y

Más de cuatro farmacias.

o

Ha recibido 12 o más medicaciones en los últimos tres meses.

o

Ha presentado una receta médica falsificada o alterada en la farmacia.

Cómo acceder a Servicios de atención de salud mental de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Su médico de atención primaria (PCP) puede ayudarle si sufre una depresión leve, depresión posparto, ansiedad o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA). Su médico de atención primaria le dará medicinas, supervisará cómo funcionan y solicitará las distintas pruebas para su enfermedad. **No necesita ser remitido por su médico de atención primaria para recibir servicios de salud mental.**

Como afiliado a AHCCCS, también tiene derecho a disfrutar de una amplia gama de beneficios de salud mental, incluidos medicamentos. Los medicamentos que recete su proveedor médico entran dentro de su cobertura.

RECIBIR SERVICIOS DE SALUD MENTAL SI ESTÁ USTED INSCRITO EN CMDP, DDD O HA SIDO DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Si está inscrito en CMDP, DDD o ha sido diagnosticado de enfermedad mental grave, recibirá sus beneficios de atención de salud mental, incluidos los medicamentos por parte de la Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Su tarjeta de identificación de AHCCCS tiene el número de teléfono de los servicios para afiliados para contactar con los servicios de salud mental y de abuso de sustancias. Se asignan los servicios a un proveedor médico determinado en función de la zona en la que reside. Si tiene cualquier duda o necesita ayuda para obtener servicios de salud mental, llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

ELEGIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los siguientes afiliados reúnen los requisitos para beneficiarse de servicios de salud mental:

- Beneficiarios AHCCCS elegibles mediante el Título 19 (Medicaid) o el Título 21,
- Personas diagnosticadas con una enfermedad mental grave, y
- Poblaciones especiales con derecho a recibir servicios financiados mediante subvenciones en bloque federales.

Título 19 (Medicaid; también puede llamarse AHCCCS) es el seguro para personas, niños y familias con rentas bajas. Incluye servicios médicos, dentales (para niños de hasta 21 años) y servicios de salud mental.

Título 21 (también denominado AHCCCS) es el seguro para niños menores de 19 años que no tienen otro seguro y no reúnen los requisitos para beneficiarse del Título 19. Incluye servicios médicos, dentales y servicios de salud mental.

Una enfermedad mental grave (SMI) es un desorden mental que padecen personas a partir de 18 años de forma severa y persistente. La incapacitación de estas personas puede ser tan grave como para no poder permanecer en la comunidad sin tratamiento y/o servicios. La Red de respuesta en situaciones de crisis, un proveedor médico contratado con Arizona Complete Health-Complete Care Plan, determinará si una persona padece una enfermedad mental grave bajo remisión/solicitud.

CÓMO ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene convenio con gran variedad de proveedores médicos para brindar la atención de salud mental que necesitan nuestros afiliados. Se seleccionan cuidadosamente a los proveedores médicos contratados, quienes

tienen que cumplir unos estrictos requisitos para cuidar a nuestros afiliados y que son regularmente controlados para garantizar el cuidado que le brindan. La red de proveedores médicos de Arizona Complete Health-Complete Care Plan abarca una zona geográfica amplia para que pueda recibir los servicios cerca de su casa o lugar de trabajo. Nuestra red de proveedores médicos ofrece opciones de servicios más sensibles a la cultura, individualizados y completos para niños y familias, personas que han sido diagnosticadas con alguna enfermedad mental grave y aquellas con problemas de salud mental generales y de abuso de sustancias. Puede seleccionar un proveedor médico de nuestro Directorio de proveedores médicos o llamar a los servicios para afiliados para que le ayuden.

LA VISIÓN DE ARIZONA PARA EL SUMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Todos los servicios de salud mental son suministrados de conformidad con los siguientes principios del sistema. AHCCCS respalda un sistema de suministro de salud mental que incluye:

1. Fácil acceso a la atención,
2. Participación del receptor de servicios de salud mental y los miembros de su familia,
3. Colaboración con la comunidad,
4. Innovación eficaz,
5. Expectativa de mejora, y
6. Competencia cultural.

LOS DOCE PRINCIPIOS PARA EL SUMINISTRO DE SERVICIOS A NIÑOS:

1. Colaboración con el niño y con la familia:
 - a. El respeto y la colaboración activa con el niño y los padres son la piedra angular para lograr resultados de salud mental positivos, y
 - b. Tanto padres como hijos son tratados como aliados en el proceso de diagnóstico; de igual modo, la planificación, suministro y evaluación de los servicios de salud mental se toman muy seriamente.
2. Resultados funcionales:
 - a. Los servicios de salud mental han sido diseñados e implementados para ayudar a los niños a lograr el éxito escolar, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y convertirse en adultos estables y productivos, y
 - b. La implementación del plan de servicios de salud mental estabiliza el estado del niño y minimiza los riesgos de seguridad.
3. Colaboración con otros:

- a. Cuando los niños participan en múltiples sistemas con múltiples agencias, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa conjuntamente un plan de servicios de salud mental consolidado,
 - b. Los equipos centrados en los clientes planifican y suministran servicios, y
 - c. Cada equipo incluye al niño y a los padres, así como también a padres de acogida y personas importantes en la vida del niño invitadas a participar por el niño o los padres. El equipo también incluye a todas las demás personas necesarias para crear un plan eficaz, incluidos, si corresponde, el maestro del niño, el trabajador del caso del Departamento de Seguridad Infantil (DCS) y la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) del niño y el funcionario de libertad condicional del niño.
 - d. El equipo:
 - i. Desarrolla una evaluación común de las fortalezas y necesidades del niño y la familia,
 - ii. Crea un plan de servicios individualizado,
 - iii. Supervisa la implementación del plan, y
 - iv. Realiza ajustes al plan si no está siendo exitoso.
4. Servicios accesibles:
- a. Los niños tienen acceso a una amplia gama de servicios de salud mental, suficientes para garantizar que reciban el tratamiento que necesitan,
 - b. Se ofrece administración del caso, si (es necesario),
 - c. Los planes de servicios de salud mental identifican el transporte que necesitan los padres y el niño para acceder a los servicios de salud mental, así como también la forma en que se ofrecerá la ayuda para el transporte, y
 - d. Los servicios de salud mental se adaptan o crean si son necesarios pero no están disponibles.
5. Buenas prácticas:
- a. Los servicios de salud mental son provistos por personas competentes que son capacitadas y supervisadas;
 - b. Los servicios de salud mental son suministrados de acuerdo con los lineamientos que incorporan las “buenas prácticas” basadas en pruebas;
 - c. Los planes de servicios de salud mental identifican y abordan correctamente síntomas mentales que son reacciones a la muerte de un familiar; abuso o abandono; trastornos de aprendizaje y otras circunstancias traumáticas o atemorizantes similares; problemas de abuso de sustancias; necesidades de salud mental específicas de niños con discapacidades del desarrollo; conducta sexual inadaptada, incluidos comportamiento abusivo y conducta riesgosa; y la necesidad de estabilidad y de promover permanencia en las vidas de los miembros de la clase, especialmente miembros de la clase en cuidado de acogida; y
 - d. Los servicios de salud mentales son evaluados y modificados continuamente si resultan ineficaces para lograr los resultados deseados.

6. **Ámbito más adecuado:**
 - a. Los niños reciben servicios de salud mental en sus hogares y en la comunidad en la medida que sea posible, y
 - b. Los servicios de salud mental son provistos en el ámbito más integrado apropiado para las necesidades del niño. Cuando se suministran en un ámbito residencial, el ámbito es el más integrado y el más similar al hogar que es apropiado para las necesidades del niño.

7. **Rapidez:**
 - a. Los niños que se determina que necesitan servicios de salud mental son evaluados y atendidos de inmediato.

8. **Servicios adaptados al niño y la familia:**
 - a. Las fortalezas y necesidades únicas de los niños y sus familias imponen el tipo, la combinación y la intensidad de los servicios mentales provistos, y
 - b. Se alienta y ayuda a los padres y a los niños a articular sus propias fortalezas y necesidades, las metas que buscan y qué servicios piensan que necesitan para alcanzar estas metas.

9. **Estabilidad:**
 - a. Los planes de servicios de salud mental aspiran a reducir el número múltiple de asignaciones;
 - b. Los planes de servicios identifican si un miembro de la clase está en riesgo de experimentar la ruptura de una asignación y, si es así, identifican las medidas que tomar para minimizar o eliminar el riesgo;
 - c. Los planes de servicios de salud mental anticipan crisis que podrían desencadenarse e incluyen estrategias y servicios específicos que se emplearán si se desencadena una crisis;
 - d. Para responder ante una crisis, el sistema de salud mental utiliza todos los servicios de salud mental adecuados para ayudar al niño a permanecer en el hogar, minimizar las rupturas en las asignaciones y evitar el uso inadecuado de la policía y el sistema de justicia penal; y
 - e. Los planes de servicios de salud mental anticipan y planifican en forma apropiada las transiciones en las vidas de los niños, lo que incluye transiciones a escuelas nuevas y asignaciones nuevas, además de las transiciones a servicios para adultos.

10. **Respeto por el patrimonio cultural único del niño y la familia:**
 - a. Los servicios de salud mental son provistos en un modo tal que respetan la tradición y el patrimonio cultural del niño y la familia, y
 - b. Los servicios se ofrecen en español para niños y padres cuyo idioma principal es el español.

11. **Independencia:**

- a. Los servicios de salud mental apoyan y capacitan a los padres para satisfacer las necesidades de salud mental de sus hijos y respaldan y capacitan a los niños en autocontrol; y
- b. Los planes de servicios de salud mental identifican la necesidad de los padres y los niños de capacitación y apoyo para participar como aliados en el proceso de evaluación, en la planificación, suministro y evaluación de servicios, además de garantizar que estén disponibles la capacitación y el apoyo, lo que incluye asistencia en transporte, debates avanzados y ayuda para entender material escrito.

12. Conexión con apoyos naturales:

- a. El sistema de salud mental identifica y utiliza en forma correcta los apoyos naturales disponibles de la propia red de colaboradores del niño y los padres (incluidos amigos y vecinos) y de las organizaciones comunitarias (incluidas organizaciones de servicios y religiosas).

NUEVE PRINCIPIOS RECTORES PARA LOS SERVICIOS Y SISTEMAS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL ADULTO

1. Respeto: el respeto es la piedra angular. Conocer a la persona en donde está, sin juzgarla, con mucha paciencia y compasión.

2. Las personas en recuperación eligen los servicios y son incluidas en las decisiones del programa y en los esfuerzos de desarrollo del programa. Una persona en recuperación tiene voz y voto. Su autodeterminación para promover los servicios, las decisiones del programa y el desarrollo del programa es posible, en parte, gracias a la dinámica continua de educación, análisis y evaluación, creando de este modo el “cliente informado” y la más amplia paleta a partir de la cual elegir. Las personas en recuperación deben involucrarse en cada nivel del sistema, desde la administración hasta el suministro de los servicios.

3. Enfocarse en el individuo como una persona íntegra, mientras se incluyen y/o se crean apoyos naturales. A una persona en recuperación se la trata simplemente como a un ser íntegro: capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. Como tal, el foco está puesto en facultar la mayor autonomía posible y el estilo de vida más natural e integral, lo que incluye el acceso y la participación en los apoyos naturales y los sistemas sociales habituales de la comunidad social de una persona.

4. Fortalecer a las personas para dar pasos hacia la independencia y permitirles asumir riesgos sin temor al fracaso. Una persona en recuperación encuentra la independencia a través de la exploración, experimentación, evaluación, contemplación y acción. Se mantiene una atmósfera mediante la cual se fomentan los pasos hacia la independencia y se refuerzan en un ambiente

en el que la seguridad y el riesgo son valorados como ingredientes que promueven el crecimiento.

5. Integración, colaboración y participación con la comunidad que uno elige. Una persona en recuperación es un afiliado valorado que contribuye a la sociedad y que, como tal, es merecedor de la comunidad y además la beneficia. Dicha integración y participación acentúa el rol de uno como parte vital de la comunidad, en la cual la dinámica de la comunidad es indisociable de la experiencia humana. El servicio comunitario y el voluntariado son valorados.

6. Alianza entre los individuos, el personal y los familiares/apoyos naturales para la toma de decisiones compartidas con una base de confianza. Una persona en recuperación, al igual que cualquier miembro de una sociedad, encuentra fortaleza y apoyo a través de alianzas. Las alianzas que se basan en la compasión con un foco en optimizar la recuperación reafirman la autoconfianza, expanden la comprensión en todos los participantes y llevan a la creación de protocolos y desenlaces óptimos.

7. Las personas en recuperación definen sus propios triunfos. Una persona en recuperación (según su propia declaración) descubre el éxito, en parte, por la calidad de los resultados en la vida, que pueden incluir un mejor sentido del bienestar, una integración avanzada en la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas en recuperación son expertas en sí mismas al definir sus propias metas y resultados deseados.

8. Servicios reactivos y flexibles basados en las fortalezas, que reflejan las preferencias culturales de una persona. Una persona en recuperación puede esperar, y merece, servicios flexibles, oportunos y reactivos que estén disponibles y sean accesibles, confiables, responsables y sensibles a los valores y costumbres culturales. Una persona en recuperación es la fuente de su propia fortaleza y resistencia. Aquellos que sirven como apoyo y facilitadores identifican, exploran y ayudan a optimizar las fortalezas demostradas en el individuo como herramientas para generar mayor autonomía y efectividad en la vida.

9. La esperanza es la base del viaje hacia la recuperación. Una persona en recuperación tiene la capacidad de tener esperanza y prospera de manera óptima en vínculos que promueven la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para hacer realidad resultados positivos infrecuentes e inesperados. Una persona en recuperación es considerada ilimitada en cuanto a potencial y posibilidades.

Clínicas interdisciplinarias con múltiples especialidades

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL (CRS) PROVEEDOR MÉDICO: CLÍNICAS INTERDISCIPLINARIAS CON MÚLTIPLES ESPECIALIDADES

Si su hijo es diagnosticado con determinada enfermedad, podrá optar a recibir servicios de proveedores especialistas a través del programa llamado Servicios de rehabilitación infantil (CRS). Estos proveedores médicos trabajan en las Clínicas interdisciplinarias con múltiples especialidades. Los afiliados que cumplan los criterios de CRS podrán optar por recibir servicios de cualquier proveedor contratado dentro de la red de su plan de salud, incluidas las Clínicas interdisciplinarias con múltiples especialidades (MSICs) que funcionan como centros de cuidados que prestan servicios de varias especialidades a afiliados con necesidades más complejas. En las MSIC, usted y su familia podrán visitar a sus especialistas médicos, beneficiarse de la implicación en la comunidad y recibir los servicios de apoyo, todo ello cómodamente en un mismo centro.

Si AHCCCS determina que su hijo reúne los requisitos para el programa de CRS, se inscribirá a su hijo en un plan con un proveedor de CRS.

Una vez que esté afiliado a los CRS, su hijo recibirá una tarjeta de identificación (ID). La tarjeta de ID incluye el nombre de su hijo, el número de ID de CRS y otra información importante.

El tipo de proveedor médico de CRS que tratará la afección de su hijo dependerá de la necesidad especial de atención de la salud 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 otorrinolaringólogo, neurocirujano, cirujano oftalmológico, cirujanos ortopédicos (generales, de manos, de escoliosis, de amputados), cirujanos plásticos
- Especialista médico: Cardiólogo, neurólogo, reumatólogo, pediatra general, genetista, urólogo, especialista en enfermedades metabólicas
- Proveedor dental: Dentista, ortodoncista

Para más información sobre las especialidades de las clínicas, puede consultar el sitio web de la clínica directamente o puede llamar a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408 (TTY/TDY: 711). Las Clínicas interdisciplinarias con múltiples especialidades de CRS están en los siguientes lugares:

DMG Children's Rehabilitative Services

3141 N. 3rd Ave
Phoenix, AZ 85013
1-602-914-1520

1-855-598-1871

www.dmgcrs.org

DMG Children's Rehabilitative Services se especializa en los siguientes servicios: Audiología, cardiología, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, laboratorio y rayos X, neurología, neurocirugía, nutrición, terapia ocupacional, oftalmología, ortopedia, cirugía pediátrica, fisioterapia, cirugía plástica, atención primaria, psicología, reumatología, escoliosis, rehabilitación del habla y del lenguaje y urología.

Children's Clinics

Square & Compass Building

2600 North Wyatt Drive

Tucson, AZ 85712

1-520-324-5437

1-800-231-8261

www.childrensclinics.org

Children's Clinics se especializan en los siguientes servicios: Anestesiología, audiología, cardiología, vida infantil, dentales y de ortodoncia, apoyo educativo, endocrinología, otorrinolaringología, gastrointestinal, genética, laboratorio y rayos X, hematología, nefrología, neurocirugía, servicios de enfermería, nutrición, terapia ocupacional, ortopedia, oftalmología, programa de terapia con mascotas "Our Best Friends" (Nuestros mejores amigos), servicios para el paciente y su familia, cirugía pediátrica, medicina física, fisioterapia, cirugía plástica, atención primaria, psicología, neumología, reumatología, rehabilitación del habla y del lenguaje y urología.

Servicios de rehabilitación infantil

1200 North Beaver

Flagstaff, AZ 86001

1-928-773-2054

1-800-232-1018

www.flagstaffmedicalcenter.com

Flagstaff Medical Center se especializa en los siguientes servicios: Audiología, pérdida de peso mediante cirugía bariátrica, salud mental, centros oncológicos, centro de salud para niños, diabetes, atención de emergencia, endocrinología, gastroenterología, servicios quirúrgicos, Fit Kids (niños activos), del corazón y vasculares, enfermedades infecciosas, neurología, servicios de nutrición, oftalmología, ortopedia, neumología, servicios renales, centro del sueño, servicios de traumatología, terapia EntireCare y urología.

Servicios de rehabilitación infantil

2400 Avenue A
Yuma, AZ 85364
1-928-336-7095
1-800-837-7309
www.yumaregional.org

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

CÓMO CONCERTAR, CAMBIAR O CANCELAR UNA CITA EN UNA CLÍNICA DE CRS

Su hijo necesita tener una cita para ver a un proveedor de CRS. Si no coordina una cita y simplemente se presenta, es posible que el proveedor no pueda ver a su hijo. Cuando llame a las Clínicas interdisciplinarias con múltiples especialidades (MSIC) para coordinar una cita, esté preparado para indicarle a la persona al teléfono lo siguiente:

- el nombre de su hijo;
- el número de ID de AHCCCS de su hijo, y
- el motivo por el cual su hijo necesita una cita.

La cita de su hijo se coordinará según las necesidades del proveedor de ver a su hijo o dentro de los 45 días. Si su hijo tiene una necesidad urgente, podrá ver al proveedor antes. Si cree que la cita de su hijo tiene que ser antes, puede pedir ver al proveedor en una fecha más temprana. Dígale al proveedor por qué cree que su hijo tiene que verlo más rápidamente y pida una cita en una fecha más temprana.

Si necesita cancelar o cambiar una cita, avise al proveedor de su hijo o a la clínica al menos un día antes de la cita. Si necesita cancelar una cita, asegúrese de coordinar una cita para otro momento.

Servicios de rehabilitación infantil (CRS)

¿Qué son los CRS?

Los servicios de rehabilitación infantil (CRS) son una designación que se otorga a determinados afiliados de AHCCCS que cumplen ciertos criterios de salud. Los afiliados con designación CRS disfrutan de los mismos servicios en su comunidad o en las llamadas Clínicas interdisciplinarias con múltiples especialidades (MSIC) que AHCCCS ofrece a sus afiliados que no son CRS. Los MSIC reúnen a muchos proveedores especialistas en una misma ubicación. Su plan de salud asistirá a un afiliado con designación CRS con una coordinación y supervisión de atención médica más estrecha para asegurarse de que se respetan sus necesidades de salud.

La elegibilidad para ser designado CRS la determina la División de servicios para afiliados (DMS) de AHCCCS.

¿Quién puede optar a la designación CRS?

Los afiliados de AHCCCS podrán optar a ser designados CRS si:

- Son menores de 21 años, y
- Presentan una situación médica que cumple los criterios de los CRS.

La situación médica debe:

- Exigir tratamiento activo, y
- Cumplir los requisitos que se especifican en R9-22-1301-1305 de acuerdo con el criterio de la División de servicios para afiliados (DMS) de AHCCCS.

Cualquiera puede completar una solicitud de CRS: un miembro de la familia, un médico o un representante de su plan de salud. Para solicitar una designación de CRS envíe por correo o por fax:

- El formulario cumplimentado, y
- La documentación médica que avale que el solicitante padece una situación médica recogida como de CRS que exige tratamiento activo.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan proporcionará la atención médicamente necesaria de servicios médicos y de salud mental para la situación de CRS.

AFECCIONES CUBIERTAS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE CRS

CRS cubre muchas afecciones médicas crónicas y que generen una discapacidad. Algunas de las afecciones elegibles incluyen, entre otras, las siguientes:

- Parálisis cerebral
- Pie equino
- Caderas dislocadas
- Paladar hendido
- Escoliosis
- Espina bífida
- Afecciones cardíacas debido a anomalías congénitas
- Trastornos metabólicos
- Neurofibromatosis
- Anemia de células falciformes
- Fibrosis quística

SERVICIOS PARA LA PRIMERA INFANCIA*

Si le preocupa que su hijo no esté creciendo como otros niños de la misma edad, dígaselo a su pediatra o médico de cabecera. El médico puede remitirlo a especialistas para saber si su hijo está en el camino correcto en lo relativo al habla, el movimiento, el uso de las manos y los dedos, la vista y la audición. Si su hijo lleva retraso en una o más de estas áreas, hay servicios disponibles para ayudarlo a mejorar en estas áreas. El médico puede remitirlo al Programa de

intervención temprana de Arizona (AzEIP) si su hijo es recién nacido o tiene hasta tres años de edad y lleva retraso. Para obtener más información sobre otros programas comunitarios para niños con necesidades especiales, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 (TTY/TDY: 711).

*Una revisión médica/chequeo es lo mismo que un servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT).

HEAD START

Los programas Head Start de Arizona suministran programas de alta calidad para niños en edad de preescolar que incluyen servicios de educación, nutrición, salud, salud mental, discapacidades y servicios sociales para la primera infancia. En algunas áreas hay programas tempranos de Head Start para bebés y niños pequeños de tres años de edad. Hay Servicios Head Start en más de 500 lugares en todo el estado de Arizona. Para obtener más información sobre el Head Start más cercano, llame al 1-866-763-6481. Necesitará su dirección y código postal al llamar.

HERRAMIENTAS DE EXPLORACIONES DEL DESARROLLO

Las herramientas de exploraciones del desarrollo utilizadas por los médicos de atención primaria que proporcionan atención a los niños incluyen:

- Para afiliados que tienen 9, 18 y 24 meses, la herramienta de Evaluación del Estado de Desarrollo de los Padres (PEDS, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ).
- Para afiliados de 16 a 30 meses de edad, la Lista de Comprobación Modificada para Autismo en Niños Pequeños (MCHAT), para evaluar el autismo cuando se indique a nivel médico.

Asistencia especial

La asistencia especial es una designación clínica única que ofrece apoyo a los afiliados con un diagnóstico de enfermedad mental grave. Para poder optar a ella, los afiliados han de padecer la incapacidad de comunicarse y/o participar durante la planificación del tratamiento y padecer una enfermedad física o mental que esté contemplada. Cuando el equipo clínico de un centro de salud mental u otro asesor cualificado determina que un afiliado cumple los requisitos para recibir Asistencia especial lo notifican a la Oficina de derechos humanos. La Oficina de derechos humanos asignará a un individuo que cumpla con las necesidades de Asistencia especial que actúe en representación del afiliado durante la planificación del tratamiento.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja en colaboración con la Oficina de derechos humanos de AHCCCS para garantizar que los afiliados que cumplen los criterios para recibir Asistencia especial se identifican adecuadamente.

Puede contactar con el equipo de Asuntos familiares e individuales si llama a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408 (TTY/TDY: 711) y solicita hablar con alguien del equipo de Asuntos familiares e individuales.

Puede visitar el sitio web de la oficina de Derechos humanos de AHCCCS en: <https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/HealthcareAdvocacy/> o llamar al: 1-877-524-6882

Consejo de defensa del afiliado

Podrá encontrar al Equipo de defensa de Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabajando en alianzas, comités y grupos de trabajo comunitarios, promoviendo y protegiendo sus derechos como afiliado de AHCCCS. Nuestro Equipo de defensa también celebra reuniones mensuales del Consejo de defensa de afiliados. Esta es una ocasión de que se escuche su voz y conozca los cambios o actualizaciones en su plan de salud.

El Equipo de defensa de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está formado por el siguiente personal:

Administrador de defensa del afiliado	Supervisa al Equipo de defensa de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y trabaja con los afiliados con necesidades especiales de atención médica, familias, jóvenes, defensores y principales interesados para promocionar y proteger sus derechos. Trabaja junto con el Comité de derechos humanos y la Oficina de derechos humanos regionales.
Defensor de afiliados adultos pacientes de salud mental	Centrado en promover y proteger los derechos de los afiliados adultos que reciban servicios de salud mental. Incluye Asistencia especial y la Oficina de derechos humanos.
Defensor de afiliados jóvenes pacientes de salud mental	Centrado en promover y proteger los derechos de los afiliados jóvenes que reciban servicios de salud mental.
Defensor de afiliados veteranos	Centrado en promover y proteger los derechos de los afiliados veteranos que reciban servicios de salud física o mental.

Defensor de afiliados de CRS	Centrado en promover y proteger los derechos de los afiliados que reciban servicios de salud física o mental a través del programa de Servicios de rehabilitación infantil (CRS). El servicio de rehabilitación infantil (CRS) es un programa de Arizona que ofrece tratamiento médico a los afiliados de AHCCCS que cumplan los requisitos de elegibilidad. Los afiliados del programa de CRS disfrutan de los mismos servicios que AHCCCS ofrece a sus afiliados fuera de este programa. Quienes pertenecen al programa CRS reciben servicios de rehabilitación infantil y de salud física y mental. Quienes pertenecen al programa CRS reciben atención médica en la comunidad o en Clínicas interdisciplinarias con múltiples especialidades (MSICs).
------------------------------	---

Para más información sobre defensa de afiliados o para formar parte del Consejo de defensa de afiliados, póngase en contacto con nosotros en AzCHAdvocates@azcompletehealth.com

Proceso de aprobación y rechazo

Algunos servicios médicos y de salud mental pueden requerir autorización previa. "Autorización previa" significa que su médico solicitó permiso para que usted obtuviera un servicio especial o una remisión. Debemos aprobar estas solicitudes antes de prestar los servicios. Por ejemplo, las admisiones hospitalarias de no emergencia y otros servicios como:

- Servicio hospitalario de salud mental
- Servicio residencial de salud mental
- Capacitación para cuidado terapéutico en el hogar
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas
- Terapia electroconvulsiva
- Servicios/tratamientos que no son de emergencia fuera de la red
- Algunos medicamentos, compruebe la lista de medicamentos aprobados (formulario)
- Exploraciones por IRM, ARM, TEP
- Pruebas de laboratorio especiales, genética
- Operaciones, preprogramadas
- Diálisis
- Algunos procedimientos y operaciones ambulatorias
- Trasplantes
- Biofarmacia (comprar y pagar)

Si fuese el caso, su proveedor médico organizará la autorización de estos servicios. Estas solicitudes han de ser revisadas antes de su aprobación para obtener el servicio.

Si usted o su proveedor médico desean obtener una remisión a un servicio que no está entre aquellos cubiertos, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408, TTY/TDY 711 para que le informemos sobre otras opciones disponibles para usted.

La autorización previa se aprueba basándose en una revisión de las necesidades médicas.

Su proveedor médico le informará cuando se haya obtenido la autorización. También puede llamar a los servicios para afiliados para consultar el estado de la solicitud. Le haremos saber si la autorización ha sido denegada por correo postal. En la carta, tendrá instrucciones sobre cómo presentar una apelación. La carta describirá las razones de la denegación. Si tiene alguna duda sobre las denegaciones, llame a los servicios para afiliados al 1-888-788-4408, TTY/TDY 711. Diríjase a la sección denominada "*Quejas: ¿Qué hago si no estoy satisfecho?*" que se encuentra en esta guía, si necesita más información sobre cómo recurrir una autorización rechazada.

Los criterios en los que se basan las decisiones están disponibles bajo solicitud.

Remisiones dentro de la red y libertad de elección de proveedores médicos

Usted debe acceder a los servicios a través de los proveedores especialistas de la red. Puede localizar un proveedor especialista en nuestro sitio web: azcompletehealth.com/completecare

Su plan de salud ofrece libertad a sus afiliados a la hora de seleccionar los doctores y especialistas dentro de nuestra red. En los casos en los que un proveedor médico de la red no esté disponible, Arizona Complete Health-Complete Care Plan podrá autorizar un servicio o tratamiento de no emergencia fuera de la red.

Copagos

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

* Nota: los copagos a los que se hace referencia en esta sección son los copagos que se cobran bajo Medicaid (AHCCCS). No significa que una persona esté exenta de los copagos de Medicaid.

PERSONAS A LAS QUE NO SE LES PIDE QUE REALICEN COPAGOS:

- Menores de 19 años;
- Personas que hayan sido diagnosticadas con una enfermedad mental grave (SMI);
- Un individuo que cumple los requisitos para beneficiarse del programa de Servicios de rehabilitación infantil de acuerdo con el Título 9, Capítulo 22, Artículo 13;
- Afiliados a ACC, CMDP y RBHA que vivan en residencias o centros residenciales, como hogares asistidos, y solo cuando el estado médico del afiliado requiera hospitalización. La exención de los copagos para estos afiliados se limita a 90 días por año contractual;
- Personas inscritas en el Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS);
- Beneficiarios Calificados para Medicare;
- Personas que reciben cuidados terminales;
- Afiliados de origen indígena americano que son usuarios actuales o anteriores del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribal administrados conforme a la Ley Pública 93-638, o a los programas de salud indígena urbanos;
- Personas que participan en el Programa de Tratamiento del Cáncer de Mama y Cervical;
- Personas que reciben servicios de protección infantil conforme al Título IV-B por el hecho de ser niños bajo cuidado tutelar o que reciben asistencia a la adopción o al cuidado tutelar conforme al Título IV-E, independientemente de su edad;
- Mujeres embarazadas y durante todo el periodo posparto tras el embarazo; y
- Personas del grupo de adultos (durante un tiempo limitado**).

****NOTA:** durante un tiempo limitado, las personas del grupo de adultos que reúnan los requisitos no tendrán ningún copago. Los afiliados del grupo de adultos incluyen personas que han hecho la transición del Programa de atención AHCCCS, así como las personas con edades entre 19 y 64 años, que no tienen derecho a Medicare, que no están embarazadas y que tienen una renta inferior al 133 % del nivel de pobreza federal y que no reúnen los requisitos de AHCCCS en ninguna otra categoría. En el futuro están previstos copagos para personas del grupo de adultos que superen el 106 % del nivel de pobreza federal. Se informará a los afiliados de los cambios en los copagos antes de que se lleven a cabo.

NO SE COBRAN COPAGOS A NINGUNA PERSONA POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- Hospitalizaciones;
- Servicios de emergencia;

- Servicios y suministros de planificación familiar;
- Atención médica relacionada con el embarazo y atención médica de cualquier otra enfermedad que pueda complicar el embarazo, incluido el tratamiento para mujeres embarazadas que quieran dejar de fumar;
- Servicios preventivos, por ejemplo revisiones médicas, citologías cervicales, colonoscopias, mamografías y vacunaciones;
- Servicios preventivos del proveedor médico;
- Servicios recibidos en el Departamento de Urgencias.

PERSONAS CON COPAGOS OPCIONALES (NO OBLIGATORIOS)

Se pueden cobrar copagos no obligatorios a las personas que reúnan los requisitos de AHCCCS en cualquiera de los programas, a menos que:

1. Estén recibiendo uno de los servicios anteriores por los que no se cobran copagos, o
2. Estén en uno de los grupos anteriores a los que no se pueden cobrar copagos.

Los copagos no obligatorios también se llaman copagos opcionales. Si un afiliado tiene un copago no obligatorio, un proveedor médico no puede denegarle el servicio si el afiliado declara que no puede pagar el copago. A los afiliados participantes en los siguientes programas su proveedor médico les puede cobrar un copago no obligatorio:

- AHCCCS para Familias con Hijos (1931);
- Seguro de transición para adultos jóvenes para jóvenes bajo cuidado tutelar;
- Asistencia a la Adopción Estatal para Niños con Necesidades Especiales que van a ser adoptados;
- Renta de Seguridad Complementaria (SSI) a través de la Administración de la Seguridad Social para personas mayores de 65 años, invidentes o discapacitados;
- Solo Asistencia Médica de SSI (SSI MAO) para personas mayores de 65 años, invidentes o discapacitados;
- Libertad para Trabajar (FTW).

Pídale a su proveedor médico que compruebe los copagos que pueda tener que pagar. Si tiene cualquier duda, llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. En cualquier caso, puede obtener más información en el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Se solicitará a los afiliados a AHCCCS con copagos no obligatorios que paguen los siguientes copagos no obligatorios por servicios médicos:

IMPORTE DE LOS COPAGOS OPCIONALES (NO OBLIGATORIOS) PARA ALGUNOS SERVICIOS MÉDICOS

SERVICIO	COPAGO
Prescripciones	2,30 \$
Servicios ambulatorios para terapia física, ocupacional y logopedia	2,30 \$
Visitas a consultas ambulatorias de médicos u otros proveedores médicos para la evaluación y administración de su atención	3,40 \$

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

PERSONAS CON COPAGOS EXIGIBLES (OBLIGATORIOS)

Algunos afiliados a AHCCCS tienen copagos exigibles (u obligatorios) a menos que (a) estén recibiendo uno de los servicios anteriores por los que no se pueda cobrar un copago o (b) pertenezcan a uno de los grupos anteriores a los que no se puede cobrar un copago. Los afiliados con copagos exigibles tendrán que pagar los copagos para recibir los servicios. Los proveedores médicos pueden denegar los servicios a estos afiliados si no pagan los copagos obligatorios. Se cobran copagos obligatorios a personas de familias con hijos que ya no reúnen los requisitos debido a sus ingresos, también conocida como Asistencia Médica de Transición (TMA).

Los adultos que estén en el programa TMA deben pagar copagos exigibles (u obligatorios) por algunos servicios médicos. Si se encuentra en el programa TMA ahora o si reúne los requisitos para recibir los beneficios de TMA más adelante, una notificación del Departamento de Seguridad Económica (DES) o AHCCCS se lo indicará. A continuación se indican los copagos de los afiliados a TMA.

IMPORTE DE LOS COPAGOS EXIGIBLES (OBLIGATORIOS) PARA PERSONAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE TRANSICIÓN (TMA)

SERVICIO	COPAGO
Prescripciones	2,30 \$
Visitas a consultas ambulatorias de médicos u otros proveedores médicos para la evaluación y administración de su atención	4,00 \$
Terapias físicas, ocupacionales y logopedia	3,00 \$

Consultas ambulatorias no urgentes o procedimientos quirúrgicos voluntarios	3,00 \$
---	---------

Los farmacéuticos y los proveedores médicos pueden denegar los servicios si no se realizan los copagos.

LÍMITE DEL 5 % DE TODOS LOS COPAGOS

El importe total de los copagos no puede superar el 5 % de la renta total de la familia (antes de impuestos y deducciones) durante un trimestre natural (de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre). El límite del 5 % se aplica tanto a los copagos nominales como a los exigibles.

La administración de AHCCCS hará un seguimiento de los niveles de copago específicos de cada afiliado para identificar a los afiliados que hayan alcanzado el límite de copago del 5 %. Si cree que los copagos totales que ha pagado superan el 5 % de los ingresos trimestrales totales de la familia y AHCCCS todavía no le ha informado de este hecho, debería enviar copias de los recibos u otros comprobantes de lo que ya ha abonado a AHCCCS, 801 E. Jefferson, servicio de recepción de correo 4600, Phoenix, Arizona 85034.

Si se encuentra en este programa pero sus circunstancias han cambiado, póngase en contacto con su oficina local del Departamento de Seguridad Económica (DES) para solicitarles que revisen su elegibilidad. Los afiliados siempre pueden solicitar una reevaluación de su límite del 5 % si sus circunstancias han cambiado.

COPAGOS PARA AFILIADOS QUE NO REÚNAN LOS REQUISITOS DEL TÍTULO 19/21

Las personas que no reúnan los requisitos del Título 19/21 y que hayan sido diagnosticadas con una enfermedad mental grave (SMI) pueden tener que pagar los servicios de salud mental. El importe de copago es de 3 \$. Antes de fijar la cita para los servicios, Arizona Complete Health-Complete Care Plan o su proveedor médico comentarán con usted los pagos que tenga que hacer.

Si usted tiene Medicare o un seguro privado, pagará los 3 \$ del copago por los servicios cubiertos por Arizona Complete Health-Complete Care Plan o el copago que exija su seguro (si es inferior a 3 \$) por esos servicios. En otras palabras, no tendrá que pagar un copago mayor por servicios que estén cubiertos por Arizona Complete Health-Complete Care Plan solo por tener otro seguro. Sin embargo, si está recibiendo servicios a través de su seguro por servicios o medicamentos que no cubre Arizona Complete Health-Complete Care Plan (consulte la Matriz

de servicios disponible a partir de la página 23), usted será responsable de abonar el copago u otras tarifas que le exija su seguro.

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

1. Un servicio que no ha sido concertado o aprobado por su proveedor médico;
2. Un servicio que no se encuentra en la lista de la Matriz de servicios disponibles en la página 25, o;
3. Un servicio que recibe de un proveedor médico fuera de la red de proveedores médicos sin una remisión.

PAGAR SUS SERVICIOS CUBIERTOS

Solo en circunstancias muy concretas le pedirán que pague por los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y farmacias pueden verificar su cobertura a través de AHCCCS o llamando a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Si le han pedido que pague por algún servicio cubierto o si ha recibido una factura por alguno de estos servicios, póngase en contacto con los servicios para afiliados para debatir sus opciones de reembolso.

PAGAR SUS SERVICIOS NO CUBIERTOS

Solo cubriremos atención médica aprobada en nuestro plan, a no ser que se trate de un servicio de emergencia. Si recibe un servicio o receta médica que no está cubierta por nuestro plan, Arizona Complete Health-Complete Care Plan no se hace responsable de costearla.

Coordinación de beneficios (COB)

Si usted está afiliado a "otro seguro" o es un afiliado "doble elegible" (lo que quiere decir que también cuenta con cobertura Medicare), háganoslo saber llamando a los servicios para afiliados. Cuando nos llame, nos aseguraremos de que el otro seguro consta registrado en nuestro sistema.

También puede llamar a la oficina de elegibilidad de AHCCCS para hacérselo saber. En ese caso, AHCCCS nos trasladará la información. Recuerde, esto incluye cobertura de seguros a través de divorcios o si sus hijos tienen seguros que costee su anterior pareja. A veces, AHCCCS aprueba a los afiliados con otros tipos de seguros tales como Tricare u otros planes comerciales. Somos responsables de realizar cualquier copago, coaseguro o deducibles, incluso si los servicios se prestan fuera de nuestra red.

Si una tercera parte aseguradora (distinta de Medicare) requiere que el afiliado pague cualquier copago, coaseguro o deducible, somos responsables de pagar la menor de las diferencias entre:

- El importe pagado por el seguro principal y la tasa del seguro principal, es decir, el copago que necesite el afiliado dentro del seguro principal),

O

- El importe pagado por el seguro principal y la tasa de servicios de AHCCCS, incluso si el servicio se ha prestado fuera de nuestra red.

No somos responsables de pagar coaseguros y deducibles que sean mayores de lo que habríamos pagado por el servicio completo, por el contrato con el proveedor médico que preste el servicio o el equivalente de AHCCCS.

Información especial para los afiliados que tengan cobertura de Medicare

Si usted es un afiliado que “reúne doblemente los requisitos”, a menudo esto quiere decir que tiene beneficios adicionales que es posible que no estén cubiertos por AHCCCS. Saber sobre su otro seguro nos ayuda a coordinar la atención que recibirá con el otro plan.

Si tiene cobertura de Medicare y ve a un médico que no está en nuestro plan, es posible que los servicios no estén cubiertos. Si decide hacer eso sin nuestra aprobación, es posible que no paguemos dichos servicios debido a que se prestaron por un médico que no está en nuestro plan. Es importante que colabore con su médico de atención primaria para que lo remita a los médicos adecuados. (Esto no incluye los servicios de emergencia). No cubriremos copagos ni deducibles para servicios prestados fuera de la red sin una autorización previa.

Los afiliados que reúnan doblemente los requisitos pueden elegir entre todos los proveedores médicos en la red y no están restringidos solamente a aquellos que acepten Medicare.

¿Por qué debe llamar a los servicios para afiliados y hacernos saber sobre la cobertura diferente que tiene? ¡Porque le ayudará a obtener los beneficios máximos de ambos planes de seguro!

Quejas: Cómo completar una queja si no estoy satisfecho

QUEJAS Y APELACIONES

Si no está satisfecho con los servicios que recibe o no está de acuerdo con una decisión tomada sobre sus servicios, háganoslo saber poniéndose en contacto con el departamento de Quejas y apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. El departamento de Quejas y apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan le ayudará con el proceso de presentación de su queja o apelación.

Tiene derecho a presentar una queja relacionada con cualquier servicio cubierto que proporcionemos, incluidos los afiliados que cumplan los criterios del título 19/21 de AHCCCS, los afiliados a quienes se les haya diagnosticado una enfermedad mental grave y los afiliados que no estén inscritos como personas con enfermedades mentales graves y no cumplan los criterios del título 19/21.

¿INSATISFECHO CON SU ATENCIÓN?

Si no está satisfecho con su atención, puede presentar una queja. Una queja es un reclamo. Puede presentar una queja contra un proveedor de servicios médicos o contra Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Entre los ejemplos de quejas se incluyen retrasos en los servicios e insatisfacción con la calidad de la atención o la calidad del servicio que recibió.

Además, puede presentar una queja si recibió una Notificación de determinación de denegación de beneficios que no entiende o no es correcta. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan no resuelve sus dudas sobre la Notificación, también puede ponerse en contacto con la Gestión médica de AHCCCS en MedicalManagement@azahcccs.gov.

Además, puede presentar una queja llamando al departamento de Servicios para afiliados entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. al 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711.

Asimismo, puede presentar una queja en persona o por escrito. Puede presentar su queja por escrito enviándola por correo postal a:

**Arizona Complete Health-Complete Care Plan
A/A: Departamento de Quejas y apelaciones
1870 W. Rio Salado Parkway
Tempe, AZ 85281**

Una vez presentada, se revisará la queja y se le enviará una respuesta en un plazo máximo de noventa (90) días desde la fecha en que se puso en contacto con nosotros. En la mayoría de los casos completaremos nuestra revisión y le daremos una respuesta en 10 días naturales.

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Si a usted se le ha diagnosticado una enfermedad mental grave (SMI), tiene derecho a presentar una queja si cree que un proveedor de salud mental ha infringido sus derechos. También puede solicitar una investigación relacionada con una condición que requiera investigación (un incidente o condición que parece peligrosa, ilegal o inhumana). Sus derechos incluyen (entre otros):

- El derecho a no sufrir discriminación ilegal;
- El derecho a la igualdad de acceso a los servicios de salud mental;
- El derecho a la privacidad;
- El derecho a estar informado, y
- El derecho a ser asistido por un abogado o representante de su elección.

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

Si considera que se han infringido sus derechos o que existe una condición que requiera investigación, póngase en contacto con el departamento de Servicios para afiliados entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. al 1-888-788-4408 o 7-1-1 TDD/TTY. Le ayudaremos con el proceso para iniciar una queja o solicitar una investigación. Asimismo, puede acercarse a la oficina de la Autoridad de Salud Mental Regional de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y solicitar hablar con alguien en persona:

Autoridad de Salud Mental Regional de Arizona Complete Health-Complete Care Plan
333 E. Wetmore Road, Suite 600
Tucson, AZ 85705

¿INSATISFECHO CON UNA DECISIÓN?

Si no está satisfecho con alguna decisión tomada sobre su atención, puede presentar una apelación. Una apelación es una solicitud formal de revisión relacionada con sus servicios. Si recibe una Notificación de determinación adversa de beneficios, tendrá 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 recibe una Notificación de determinación adversa de beneficios, puede que tenga derecho a presentar una apelación.

Tiene derechos de apelación relacionados con cualquier servicio cubierto que proporcionemos, incluidos aquellos afiliados que cumplan los criterios del título 19/21 de AHCCCS, así como aquellos afiliados a quienes se les haya diagnosticado una enfermedad mental grave ("Apelaciones sobre SMI") y aquellos afiliados que no estén inscritos como personas con enfermedades mentales graves y no cumplan los criterios del Título 19/21.

¿CÓMO PRESENTO UNA APELACIÓN?

Las apelaciones se pueden presentar oralmente o por escrito en los 60 días posteriores a la fecha de una Notificación de determinación adversa de beneficios o Notificación de decisión y Derecho de apelación. La Notificación le explica cómo presentar una apelación y cuál es la fecha límite para hacerlo. No obstante, si tiene cualquier duda o necesita ayuda, el departamento de Quejas y apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está a su disposición. Para ponerse en contacto con un representante del departamento de Quejas y apelaciones, póngase en contacto con los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Usted, su representante legal o un representante autorizado (incluido un proveedor médico) también pueden presentar una apelación en su nombre con su autorización escrita. También puede obtener ayuda para presentar una apelación usted mismo.

En algunos casos, Arizona Complete Health-Complete Care Plan revisará una apelación de manera acelerada. Una apelación acelerada se resuelve en un plazo de 72 horas debido a las necesidades de salud urgentes de la persona que presenta la apelación. Póngase en contacto con los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o con su proveedor médico para saber si su apelación será acelerada. Si su apelación no es acelerada, se resolverá en los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se recibió.

Para presentar una apelación verbalmente o para obtener ayuda para presentar una apelación escrita, llame a los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408 o TTY/TDY 7-1-1. Para presentar una apelación por correo postal, envíe la apelación y la documentación a:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan
A/A: Departamento de Quejas y apelaciones
1870 W. Rio Salado Parkway
Tempe, AZ 85281

En un plazo de 5 días laborables, obtendrá una notificación escrita de que su apelación fue recibida. Si su apelación es acelerada, obtendrá una notificación de que su apelación fue recibida en un plazo de 1 día laborable. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan ha decidido que no es necesario que su apelación sea acelerada, se regirá por los plazos estándar para apelaciones. Arizona Complete Health-Complete Care Plan hará todos los esfuerzos razonables por proporcionarle una notificación oral inmediata acerca de la decisión de no acelerar su apelación y por dar seguimiento dentro de los 2 días naturales con una notificación escrita.

¿QUÉ PUEDO APELAR?

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

- Denegación o aprobación limitada de un servicio solicitado por su proveedor médico o equipo clínico;
- Reducción, suspensión o finalización de un servicio que estaba recibiendo;
- Denegación, total o parcial, del pago de un servicio;
- Imposibilidad de prestar servicios en un modo oportuno;
- Imposibilidad de actuar dentro de los plazos para resolver una apelación o reclamo, y
- Denegación de una solicitud de servicios fuera de la red de proveedores médicos cuando los servicios no están disponibles dentro de la red de proveedores médicos.

¿QUÉ SUCEDE LUEGO DE PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Como parte del proceso de apelación, usted tiene derecho a suministrar pruebas que respalden su apelación. Puede proporcionar las pruebas a Arizona Complete Health-Complete Care Plan en persona o por escrito. Para preparar su apelación, puede examinar su expediente, historia clínica y otros documentos y registros que podrían usarse antes y durante el proceso de apelación, siempre y cuando estos documentos no estén protegidos por legislación contra divulgación. Si quiere revisar estos documentos, póngase en contacto con su proveedor médico o con Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Las pruebas que usted proporcione a Arizona Complete Health-Complete Care Plan se utilizarán para decidir la resolución de la apelación.

¿CÓMO SE RESUELVE MI APELACIÓN?

Arizona Complete Health-Complete Care Plan deberá comunicarle una decisión, denominada Notificación de resolución de la apelación, personalmente o por correo certificado dentro del plazo de 30 días desde la recepción de su apelación, en caso de apelaciones estándar, o dentro del plazo de 72 horas, en caso de apelaciones aceleradas. La Notificación de resolución de la apelación es una carta escrita que le comunica los resultados de su apelación.

La fecha de resolución puede extenderse hasta 14 días. Usted o Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden solicitar más tiempo para recopilar más información. Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan solicita más tiempo, usted recibirá una notificación por escrito con el motivo de la demora.

Cuando hayamos completado nuestra revisión, recibirá una Notificación de resolución de la apelación que le informará de lo siguiente:

- Los resultados del proceso de apelación, y
- El/los motivo/s de la decisión.

Si su apelación fue denegada, total o parcialmente, entonces la Notificación de resolución de la apelación también le informará de:

- 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 cual su apelación fue denegada y el fundamento legal para la decisión de denegar su apelación, y
- Que tal vez deba pagar por los servicios que obtenga durante el proceso de Audiencia imparcial estatal, si su apelación es denegada en la Audiencia imparcial estatal.

¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY CONFORME CON LOS RESULTADOS DE MI APELACIÓN?

Puede solicitar una Audiencia imparcial estatal si no está conforme con los resultados de una apelación. 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 ESTATAL.

¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Debe solicitar una Audiencia imparcial estatal por escrito en un plazo de 120 días desde la obtención de la Notificación de resolución de la apelación. Esto incluye tanto solicitudes estándar como aceleradas de una Audiencia imparcial estatal. Las solicitudes de Audiencias imparciales estatales deben enviarse a:

**Arizona Complete Health-Complete Care Plan
A/A: Departamento de Quejas y apelaciones**

**1870 W. Rio Salado Parkway
Tempe, AZ 85281**

¿CUÁL ES EL PROCESO PARA MI AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Recibirá una Notificación de audiencia imparcial estatal, al menos, 30 días antes de la fecha programada para su audiencia.

La Notificación de audiencia imparcial estatal es una carta escrita que le comunica:

- El momento, el lugar y la naturaleza de la audiencia;
- El motivo de la audiencia;
- La autoridad legal y de jurisdicción que requiere la audiencia; y
- La legislación particular relacionada con la audiencia.

¿CÓMO SE RESUELVE MI AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Para Audiencias imparciales estatales estándar, recibirá una decisión del director de AHCCCS por escrito en un plazo no superior a los 90 días desde la presentación de su primera apelación. Este periodo de 90 días no incluye:

- Ninguna prórroga de plazos que usted haya solicitado, ni
- La cantidad de días entre la fecha en que recibió la Notificación de resolución de la apelación y la fecha en que fue enviada su solicitud de Audiencia imparcial estatal.

La decisión del director de AHCCCS le informará del resultado de la Audiencia imparcial estatal y la decisión final sobre sus servicios.

Para Audiencias imparciales estatales aceleradas, recibirá una decisión del director de AHCCCS por escrito en un plazo no superior a los 3 días hábiles después de la fecha en que AHCCCS reciba su expediente e información de la apelación por parte de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Además, AHCCCS intentará llamarlo para notificarle la decisión del director de AHCCCS.

¿MIS SERVICIOS CONTINUARÁN DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN/AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Puede solicitar que los servicios que ya estaba obteniendo continúen durante el proceso de apelación o el proceso de Audiencia imparcial estatal. Si desea seguir obteniendo los servicios, debe solicitar por escrito que sus servicios continúen. Si el resultado de la apelación o la Audiencia imparcial estatal no le es favorable, tal vez deba pagar por los servicios recibidos durante el proceso de apelación o de Audiencia imparcial estatal.

¿YA CUENTA CON UN PLAN MEDICARE PARTE D?

Cada plan **Medicare Parte D** debe constar de un proceso de excepciones y apelaciones. Si usted cuenta con la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare Parte D y presenta una excepción o apelación, podría obtener un medicamento con receta médica que normalmente no esté cubierto por su plan Parte D. Póngase en contacto con su plan Parte D para que lo ayuden a presentar una excepción o apelación con respecto a la cobertura de sus medicamentos con receta médica.

APELACIONES PARA PERSONAS A QUIENES SE LES HAYA DIAGNOSTICADO UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE (SMI)

Aquellas personas a quienes se les haya diagnosticado una enfermedad mental grave (SMI) pueden apelar lo siguiente:

- Una decisión en cuanto a cargos o exenciones;
- Una denegación, reducción, suspensión o finalización de un servicio cubierto;
- La capacidad de tomar decisiones, necesidad de tutela u otros servicios protectores o necesidades de asistencia especial;
- La decisión de que la persona ya no es elegible para servicios de enfermedad mental grave, y
- El diagnóstico de una exploración de preadmisión y revisión de residentes, ya sea en el contexto de una exploración previa a una admisión o una revisión anual de residentes, que afecte adversamente a la persona.

Si presenta una apelación, obtendrá una notificación de que su apelación fue recibida en un plazo de 5 días laborables luego de la recepción por parte de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Para una apelación que necesita ser acelerada, obtendrá una notificación por escrito de que su apelación fue recibida en un plazo de 1 día laborable luego de la recepción por parte de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, y la conferencia informal deberá celebrarse en un plazo de 2 días laborables desde la presentación la apelación.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan reconocerá y tomará una decisión sobre su apelación al igual que 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 en un plazo de 7 días laborables desde la presentación de la apelación. La conferencia informal se debe celebrar en un momento y lugar convenientes para usted. Usted tiene derecho a que un representante designado por usted lo ayude en la conferencia. Usted y cualquier otro participante serán informados por escrito acerca del momento y el lugar de la conferencia con, al menos, dos días de antelación a la conferencia. Si no puede asistir a la conferencia personalmente, puede participar por teléfono.

Si la apelación no se resuelve durante esta conferencia informal, y si la apelación no se relaciona con su elegibilidad para servicios de salud mental, el próximo paso será una segunda conferencia informal con AHCCCS. Esta segunda conferencia informal debe tener lugar dentro de los 15 días desde la presentación de la apelación. Si la apelación necesita ser acelerada, la segunda conferencia informal deberá tener lugar dentro de los 2 días desde la presentación de la apelación. Usted 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 que se omitiera la segunda conferencia informal, recibirá información que le indicará cómo solicitar una Audiencia administrativa.

¿MIS SERVICIOS CONTINUARÁN DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN?

Si presenta una apelación, seguirá disfrutando de cualquier servicio que ya recibiese, a menos que un profesional clínico cualificado decida que reducir o finalizar los servicios es lo mejor para usted o que usted acepte por escrito la reducción o finalización de dichos servicios. Si la apelación no se resuelve a su favor, Arizona Complete Health puede requerir que usted pague por los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

APELACIONES SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE (SMI)

Las personas que solicitan un diagnóstico de enfermedad mental grave (SMI) y las personas a las que se les haya diagnosticado una enfermedad mental grave pueden apelar el resultado de un diagnóstico de enfermedad mental grave.

Si solicita un diagnóstico de enfermedad mental grave, la solicitud la completará la Red de Respuesta en Situaciones de Crisis. La Red de Respuesta en Situaciones de Crisis (CRN) es un proveedor médico estatal que realiza diagnósticos de enfermedades mentales graves (SMI).

Si usted o su proveedor médico solicitan un diagnóstico de SMI, la CRN le enviará una carta por correo postal para que sepa cuál ha sido el diagnóstico final sobre su enfermedad mental grave. Esta carta se llama Notificación de decisión. Si la Red de Respuesta en Situaciones de Crisis determina que no está calificado para obtener un diagnóstico de enfermedad mental grave, la carta le explicará porqué. Si no recibe la carta/aviso pasado el tiempo acordado, llame a la Red de Respuesta en Situaciones de Crisis al 855-832-2866.

Tiene derecho a apelar su determinación de enfermedad mental grave.

Para apelar, debe ponerse en contacto con la Red de Respuesta en Situaciones de Crisis en el 855-832-2866. La Red de Respuesta en Situaciones de Crisis le proporcionará una carta con información sobre sus derechos como afiliado y cómo apelar la determinación de enfermedad mental grave.

Para más información, póngase en contacto con:

Red de Respuesta en Situaciones de Crisis (CRN)

1275 West Washington Street

Suite 108

Tempe, AZ 85281

855-832-2866

Cambiar su plan de servicios de salud física para afiliados a quienes se les diagnosticó una enfermedad mental grave

Los afiliados que sean diagnosticados con una enfermedad mental grave (SMI) y que estén inscritos en un plan de salud física y de salud mental al mismo tiempo pueden solicitar un plan diferente para sus servicios de asistencia física. A esto se le conoce como un proceso de baja. Un afiliado solo puede solicitar darse de baja por determinadas razones. Para solicitar una baja, el afiliado debe demostrar maltrato o trato injusto a la hora de:

1. Recibir atención médica,
2. Recibir atención médica de calidad,
3. Proteger su privacidad y derechos, o
4. Elegir un proveedor médico.

Si desea solicitar una baja, contacte con los servicios para afiliados en el 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711.

Antes de que se cambie a otro plan de atención médica de AHCCCS, Arizona Complete Health-Complete Care Plan intentará resolver sus problemas. Si Arizona Complete Health-Complete

Care Plan no es capaz de resolver sus problemas, usted o su representante designado pueden solicitar un cambio en su plan de atención médica contactando con los servicios para afiliados en el 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711.

Si está solicitando un cambio porque ha sufrido discriminación, un trato injusto o cree que existe la posibilidad de que sea discriminado o reciba un trato injusto eventualmente, se le pedirá que muestre evidencias de ello. Solo por estar inscrito en un plan de salud integral no queda demostrada la discriminación real o potencial ni un trato injusto.

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

1. Arizona Complete Health-Complete Care Plan comprobará si está inscrito en el plan integral;
2. Un representante de los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan registrará sus alegaciones de daño real o posible trato injusto o discriminatorio causados por su afiliación al plan de salud integral;
3. El representante de los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan completará el formulario de "Transferencia de un afiliado con una enfermedad mental grave registrado en una RBHA para un contratista de Acute Care de AHCCCS" e incluirá las evidencias que aporten usted o su representante.

Se le comunicará su aprobación o denegación por escrito en un plazo máximo de diez (10) días tras haber entregado su solicitud. Si su solicitud es aprobada, Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabajará con su nuevo plan de atención médica de AHCCCS para asegurar que su atención no se vea afectada. Si su solicitud es denegada, se aportarán las razones para su denegación y se le informará de su derecho de presentar una apelación.

Derechos del afiliado

Nuestro objetivo es ofrecer atención médica y de salud mental de gran calidad. También prometemos escucharlo, tratarlo con respeto y comprender sus necesidades individuales. Los afiliados tienen derechos y responsabilidades. A continuación consta una descripción de sus derechos como afiliado de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Como afiliado, tiene derecho a:

- Presentar una queja sobre la organización de atención médica administrada (Arizona Complete Health-Complete Care Plan). Llame a los servicios para afiliados si tiene cualquier problema con su atención médica

- Solicitar información sobre la estructura y el funcionamiento de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o nuestros subcontratistas
- Solicitar información sobre si Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene planes de incentivos para médicos que afecten a la prestación del servicio de remisiones
- Conocer los tipos de acuerdos de compensación que utiliza Arizona Complete Health-Complete Care Plan
- Conocer si se requiere un seguro de punto máximo de pérdida
- Recibir un resumen de los resultados de la encuesta para afiliados
- El afiliado tiene derecho a ser tratado de manera justa independientemente de su raza, etnia, origen nacional, religión, género, sexo, edad, condición de salud mental (intelectual) o discapacidad física, orientación sexual, información genética o capacidad de pago
- Obtener, sin costo alguno para el afiliado, una segunda opinión de un profesional de la salud dentro de la red u de fuera de la red, solo si no se dispone de cobertura apropiada dentro de la red
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de manera apropiada para su afección y para su capacidad de comprender la información
- Recibir información sobre la formulación de instrucciones previas con sus proveedores de atención médica
- Solicitar y recibir anualmente, sin costo, una copia de sus historias clínicas. Debemos responder a su solicitud de historias clínicas dentro de treinta (30) días. Esta respuesta podrá ser una copia de su historia médica o un motivo de denegación de la solicitud. Si la solicitud es denegada, de manera total o parcial, debemos darle una denegación escrita dentro de sesenta (60) días que incluya el motivo de la denegación, su derecho a estar en desacuerdo, y su derecho a incluir una modificación con cualquier divulgación futura de su información de salud, según lo permita la ley. El derecho a acceder a las historias clínicas también se puede denegar si la información se refiere a anotaciones de psicoterapia, si se compila para ese fin, o con anticipación razonable para una acción civil, penal o administrativa, información de salud protegida sujeta a las Reformas federales de Mejoras a los laboratorios clínicos de 1988 o exento conforme a 42 CFR Sección 164
- Modificar o corregir sus historias clínicas, según lo permita la ley
- Liberarse de cualquier restricción o reclusión empleada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia
- Recibir información sobre el beneficiario e información del plan

- Ser tratado con respecto y que se reconozca su dignidad y derecho a la privacidad. Comprendemos que necesita privacidad y confidencialidad, eso incluye la protección de cualquier información que permita identificarlo
- Participar en la toma de decisiones con respecto a la atención de su salud, esto incluye el derecho de rechazar el tratamiento de un proveedor médico y tener un representante para que facilite la atención o las decisiones de tratamiento cuando usted no pueda hacerlo
- Tener una lista de proveedores médicos disponibles a través del directorio de proveedores médicos de Arizona Complete Health-Complete Care Plan; esto incluye aquellos que hablen un idioma que no sean inglés y que puedan adaptarse a los afiliados con discapacidades
- Usar cualquier hospital u otras instalaciones para atención de emergencia sin aprobación previa
- Seleccionar un médico de atención primaria (PCP) de aquellos que participen de Arizona Complete Health-Complete Care Plan
- Para afiliados en un servicio basado en el hogar y en la comunidad (HCBS) o un entorno residencial de salud mental que hayan completado una instrucción previa, el documento se debe mantener confidencial, pero debe estar fácilmente disponible. Por ejemplo: en un sobre sellado adherido al refrigerador
- Cualquier restricción sobre su libertad de elección entre los proveedores médicos de la red
- Recibir información en un idioma y formato que comprenda
- Recibir información con respecto a quejas, apelaciones y solicitudes de audiencias
- Tener acceso a revisar historias clínicas de acuerdo con las legislaciones estatales y federales vigentes
- Solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad sin costo para usted. El aviso describe las prácticas de privacidad de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, cómo utilizamos la información de salud sobre usted y cuándo podemos compartir esa información de salud con otros. Su información de atención de la salud se mantendrá privada y confidencial. Se compartirá solamente con su permiso y si la ley así lo permite.
- Respeto y dignidad
 - Recibir sus servicios en un entorno seguro;
 - Recibir servicios mentales y médicos que se ajusten a sus creencias personales, estado médico y procedencia cultural en un idioma que comprenda
- Decisiones de tratamiento
 - Recibir información sobre las opciones de tratamiento y alternativas adecuadas para su estado, de una manera que pueda entender y le permita participar en las decisiones sobre su atención médica

- Decidir quién desea que le acompañe durante el tratamiento y aceptar o rechazar servicios de tratamiento, a menos que un tribunal ordene los servicios
- El afiliado tiene derecho a ejercer sus derechos y que el ejercicio de esos derechos no afecte negativamente al servicio que se le presta al afiliado [42 CFR 438.100(c)]

Privacidad de la atención médica (Confidencialidad)

Existen diversas legislaciones sobre quién puede ver su información médica personal con o sin su autorización. La información sobre el tratamiento del abuso de sustancias y las enfermedades contagiosas (por ejemplo, la información sobre el VIH/SIDA) no se puede compartir con otras personas sin su autorización por escrito.

Para ayudar a organizar y pagar su atención, en algunos casos su información se comparte sin obtener antes su autorización por escrito. En esos casos, se podría compartir información con:

- Médicos y otras agencias que presten servicios médicos, sociales o de protección;
- Su médico de atención primaria;
- Ciertas agencias estatales y colegios relacionados con su atención y tratamiento, de conformidad con la legislación y según las necesidades;
- Afiliados del equipo clínico que participan de forma activa en su atención.

En otros casos, puede resultar útil compartir su información médica personal con otras agencias, por ejemplo, escuelas. Puede solicitarse su autorización por escrito antes de compartir su información.

Puede haber ocasiones en las que desee compartir su información médica personal con otras agencias o determinadas personas que le estén prestando asistencia. En estos casos, puede firmar un formulario de autorización de revelación de información, que afirma que su historia clínica, o determinadas partes de su historia clínica, pueden revelarse a las personas o agencias que usted indique en el formulario. Si desea más información sobre el formulario de autorización de revelación de información, contacte con Arizona Complete Health-Complete Care Plan en el 1-888-788-4408, TTY/TDY 711 o visite nuestro sitio web azcompletehealth.com/completecure

Puede solicitar ver la información médica personal que figura en su historia clínica. De igual modo, puede solicitar que se modifique la historia clínica si no está de acuerdo con su

contenido o puede recibir una copia al año de su historia clínica sin costo alguno para usted. Contacte con su proveedor o con Arizona Complete Health-Complete Care Plan para solicitar ver u obtener una copia de su historia clínica. Los servicios para afiliados de Arizona Complete Health-Complete Care Plan pueden ayudarle. Solo tiene que llamar al 1-888-788-4408, TTY/TDY 711 para solicitar una copia. Recibirá una respuesta a su solicitud en un plazo de 30 días. Si recibe una denegación por escrito de su solicitud, se le informará de los motivos por los que su solicitud para obtener su historia clínica se ha denegado y de cómo puede solicitar una revisión de esa denegación.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) disponible para usted en cualquier momento. Puede acceder a este Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) visitando el sitio web de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, o llamando al servicio de atención al cliente al 1-888-788-4408, TTY/TDY 711 para pedir una copia.

EXCEPCIONES A LA CONFIDENCIALIDAD

Hay casos en los que no podemos mantener la confidencialidad de la información. La siguiente información no está protegida por la legislación:

- Si usted 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 pretende causar daño a otra persona, debemos informar a esa persona para que pueda protegerse. También debemos llamar a la policía.
- También debemos denunciar una sospecha de abuso infantil a las autoridades locales.
- Si existe peligro de que pueda autolesionarse, debemos intentar protegerle. Si esto ocurre, es posible que tengamos que hablar con otras personas de su entorno o con otros proveedores de servicios (por ejemplo, hospitales y otros asesores) para protegerle. Solo se comparte la información necesaria para mantener su seguridad.

Coordinación de la atención con escuelas y agencias estatales

Con su consentimiento por escrito, la atención se coordinará con otro tipo de programas y servicios, como el departamento de Seguridad Económica, la división de Discapacidades del Desarrollo, la administración de Servicios de Rehabilitación, la oficina Administrativa de los Tribunales/Libertad Vigilada de Menores, el departamento de Correcciones Juveniles de Arizona, la oficina Administrativa de los Tribunales y el departamento de Educación, así como

escuelas locales y otros departamentos de salud y agencias de servicio comunitario locales cuando corresponda.

¿Qué es fraude y abuso?

Fraude es cualquier mentira dicha a propósito que resulte en que usted u otra persona reciba beneficios innecesarios. Esto incluye cualquier acto de fraude definido por la legislación federal o estatal.

Los ejemplos de fraude del afiliado incluyen, entre otros, los siguientes:

- Prestar o vender su tarjeta de identificación de AHCCCS a cualquiera.
- Cambiar las prescripciones escritas por cualquiera de nuestros proveedores médicos.
- Vender medicamentos prescritos.
- Dar información incorrecta sobre su solicitud de AHCCCS.

Los ejemplos de fraude del proveedor médico incluyen, entre otros, los siguientes:

- El uso del sistema de Medicaid por parte de alguien que no sea apropiado, no esté calificado, no tenga licencia o la haya perdido.
- Suministrar servicios médicos innecesarios.
- No cumplir con los estándares internacionales para la atención sanitaria.
- Cobrar por citas que no tienen lugar.

El abuso describe prácticas que, directa o indirectamente, resulten en costos innecesarios. El abuso incluye, entre otros los siguientes:

El abuso por parte de un afiliado provoca costos innecesarios para el programa como el resultado de:

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

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

- Costos innecesarios para el programa.
- Pago por servicios que no sean médicamente necesarios.
- No cumplir con los estándares internacionales para la atención sanitaria.
- Cobrar excesivamente por servicios o abastecimientos.

CÓMO REPORTAR FRAUDE Y ABUSO:

Si sospecha que alguno de nuestros proveedores médicos o afiliados puede haber cometido fraude o abuso, contacte con Arizona Complete Health-Complete Care Plan en el 1-888-788-4408 o TTY/TDY 711.

También puede reportar fraude y abuso al AHCCCS al 1-602-417-4000 o al teléfono gratuito 1-800-654-8713.

Sanciones: Una persona que sea sospechosa de fraude o abuso del sistema AHCCCS será reportada ante AHCCCS. Las sanciones para las personas involucradas en fraude o abuso pueden ser tanto civiles como penales.

Recursos comunitarios

EDUCACIÓN SOBRE EL TABACO Y PREVENCIÓN

Si está pensando en dejar de fumar, podemos ayudarlo a hacerlo. Se puede inscribir en un programa para ayudarlo a dejar de fumar a través del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS).

- Puede obtener orientación de la línea de ayuda de fumadores de Arizona (ASHLine) comunicándose al 1-800-556-6222.
- También puede visitar el sitio web en línea en www.ashline.org.
- Puede obtener ayuda para idear un plan para dejar de fumar en <https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/smoke-free-arizona/index.php>.

Su plan cubre muchos tipos de productos que lo ayudan a dejar de fumar. Estos incluyen medicamentos con receta médica y medicamentos sin receta médica (OTC). Debe contactar a su médico de atención primaria (PCP) para obtener cualquiera de estos productos, esto incluye los medicamentos sin receta médica. Su médico decidirá cuál podría ser el mejor para usted. Si es menor de 18 años, su médico necesitará obtener una autorización previa (PA) para el medicamento que necesite. El médico se ocupará de esto por usted. Su plan cubre un suministro de hasta doce semanas en un período de tiempo de seis meses. El periodo de tiempo de seis meses comienza en la fecha en la que obtiene el medicamento por primera vez en la farmacia.

ASOCIACIÓN DEL ALZHEIMER

La Asociación del Alzheimer provee educación y recursos a aquellos afectados por la enfermedad de Alzheimer.

Teléfono: (800) 272-3900

Sitio web: www.alz.org

PROGRAMA ESPECIAL DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS DE ARIZONA

El programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños brinda alimento, formación sobre lactancia e información sobre una alimentación saludable a mujeres embarazadas, bebés y niños menores de cinco años.

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

Teléfono: 1-800-252-5942

Sitio web: www.azdhs.gov/azwic/

COALICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE ARIZONA

La Coalición para la Prevención del Suicidio en Arizona trabaja para reducir los actos suicidas en Arizona. Su misión es cambiar aquellas condiciones que provocan actos suicidas en Arizona a través de la concienciación, la intervención y la acción.

PO Box 10745

Phoenix, AZ 85064

Sitio web: www.azspc.org

HEALTH-E-ARIZONA PLUS

AHCCCS y DES colaboran para desarrollar un sistema para solicitar beneficios del seguro de salud de AHCCCS, KidsCare, Nutrition Assistance y Cash Assistance, además le conectan con el Mercado federal de seguros médicos.

Sitio web: www.healthearizonaplus.gov

AZLINKS.GOV

AzLinks.gov ofrece asistencia e información sobre ancianidad y discapacidad. Use AzLinks.gov para planear su futuro o para resolver una necesidad inmediata. Nuestras agencias colaboradoras de Az Links de su comunidad están ahí para ayudarle.

Sitio web: www.AzLinks.gov

FAMILIAS SALUDABLES DE ARIZONA

Este programa ayuda a las madres a llevar un embarazo saludable y las apoya con el desarrollo del niño, la nutrición, la seguridad y otros aspectos. Un trabajador comunitario de salud acudirá al domicilio de la mujer embarazada para ofrecerle información y ayudarla con cualquier asunto que pudiera necesitar. El programa empieza cuando la mujer afiliada está embarazada y puede continuarlo hasta que su hijo tenga 5 años.

1789 W. Jefferson St., Phoenix, AZ 85007

Teléfono: 602-542-4791

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

PIMA COUNCIL ON AGING

Pima Council on Aging defiende, planifica, coordina, desarrolla y ofrece servicios de tercera edad a domicilio y en las comunidades para los adultos más mayores, además ofrece apoyo, asistencia, información precisa y conexiones con recursos locales para familiares cuidadores.

8467 East Broadway Blvd.
Tucson, AZ 85710
Teléfono: (520) 790-7262
Sitio web: <https://www.pcoa.org/>

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE ARIZONA (AZEIP)

El Programa de intervención temprana de Arizona (AzEIP) ayuda a las familias con niños que sufren discapacidad o demoras en el desarrollo desde el nacimiento hasta los tres años de edad. Brindan apoyo y trabajan con su capacidad natural para aprender. Para obtener más información sobre recursos de AzEIP, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan y pregunte por el coordinador de AzEIP de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Teléfono: 602-532-9960

Sitio web: www.azdes.gov/AzEIP

HEAD START DE ARIZONA

Head Start es un excelente programa que prepara a los niños para la guardería. Los niños que participan en el programa Head Start también reciben tentempiés y comidas saludables. Head Start ofrece estos servicios y mucho más sin costo para usted.

Sitio web: www.azheadstart.org

NAMI ARIZONA (ALIANZA NACIONAL PARA ENFERMEDADES MENTALES)

NAMI Arizona tiene una Línea de ayuda para recibir información sobre enfermedades mentales, remisiones para tratamientos y servicios comunitarios e información sobre grupos de autoayuda para clientes y familias locales de Arizona. NAMI Arizona brinda apoyo emocional, educación y defensoría a personas de todas las edades afectadas por enfermedades mentales.

Teléfono: 480-994-4407

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

AzDHS Dump the Drugs AZ (AzDHS Deseche los medicamentos AZ)

Una aplicación que ofrece información sobre dónde desechar los medicamentos. Identifica y ofrece las direcciones del lugar más próximo en el que deshacerse de medicamentos con receta médica que ya no necesite.

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

NIÑOS MENTALMENTE ENFERMOS CON SUFRIMIENTO (MIKID)

MIKID ofrece apoyo y ayuda a familias de Arizona con niños, jóvenes y adultos jóvenes que presentan conductas problemáticas. MIKID brinda información sobre problemas infantiles, acceso a Internet para padres, remisiones a recursos, grupos de apoyo, oradores educativos,

apoyo en vacaciones y cumpleaños para niños asignados fuera de sus hogares y mentores voluntarios que también son padres.

Teléfono: 520-882-0142 (Pima);

928-344-1983 (Yuma)

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

REMISIÓN E INFORMACIÓN COMUNITARIA

Remisión e información comunitaria es un centro de llamadas que le puede ayudar a encontrar muchos servicios comunitarios.

Bancos de alimentos, ropa, refugio, ayudas para pagar el alquiler y servicios, atención médica, asistencia en el embarazo, respaldo cuando usted u otra persona se halla en problemas, grupos de apoyo, asesoramiento y ayuda con problemas de alcohol y drogas

Asistencia financiera, capacitación laboral, transporte, programas educativos, centros de día para mayores, servicios de alimentos a domicilio, servicios de reposo, atención médica a domicilio, transporte, servicios domésticos, atención infantil, programas extraescolares, asistencia familiar, campamentos de verano y programas de entretenimiento, asesoramiento, ayuda al aprendizaje, servicios de protección.

Teléfono: 2-1-1

Sitio web: www.cir.org

RECURSOS INFANTILES Y FAMILIARES

Los programas de recursos infantiles y familiares incluyen:

Remisión y recursos de atención infantil, al cual los padres pueden llamar para obtener una lista de centros de atención infantil.

El Centro para Padres Adolescentes, en donde los adolescentes que han tenido hijos pueden obtener el diploma de la preparatoria o los exámenes de desarrollo de educación general (GED) al tiempo que reciben atención infantil sin costo alguno.

Sede de Recursos infantiles y familiares

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

Douglas

1065 F Avenue #4
Douglas, AZ 86426
(520) 364-5014

Safford

1491 W. Thatcher Boulevard
Suite 106
Safford, AZ 85546
(928) 428-7231

Sierra Vista

3965 E. Foothills Drive
Suite E1
Sierra Vista, AZ 85635
(520) 458-7348

Oficina Casa Grande

1115 E. Florence Boulevard
Suite M
Casa Grande, AZ 85122
(520) 518-5292

Nogales

1827 N. Mastick Way
Nogales, AZ 85621
(520) 281-9303

Yuma

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

www.childfamilyresources.org

Proveedores de atención médica de bajo costo/escala variable

Si no reúne los requisitos para Medicaid y no puede obtener otro seguro de salud, puede visitar este sitio web y buscar clínicas que ofrezcan servicios gratuitos o de bajo costo de salud mental o dental para personas sin seguro médico.

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

Información de defensoría

Un defensor de atención médica es alguien que trabaja para promocionar y proteger los derechos de las personas en el sistema de salud. Arizona Complete Health-Complete Care Plan se asocia con defensores por todo el sur y el centro de Arizona para garantizar que sus derechos se defienden y que su voz se escucha. Nuestro equipo de defensa le puede ayudar con un proceso de apelación o queja, valorar los problemas con su proveedor de atención médica y ponerle en contacto con organizaciones de defensa.

Algunas de las organizaciones con las que Arizona Complete Health-Complete Care Plan está asociada son:

Centro de Legislación sobre Discapacidad de Arizona – Salud mental

El Centro de Legislación sobre Discapacidad de Arizona se dedica a proteger los derechos de las personas que sufren algún tipo de discapacidad física, mental, psiquiátrica, sensorial o cognitiva. Puede ponerse en contacto con ellos llamando al (800) 922-1447 para obtener más información.

Alianza Nacional de Enfermedades Mentales

NAMI, la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales, es la organización base de salud mental más grande del país dedicada a construir vidas mejores para los millones de estadounidenses afectados por enfermedades mentales. Para obtener más información sobre la organización y sus programas de defensoría, llame al 1-800-950-NAMI.

Coalición de Arizona para Terminar con la Violencia Sexual y Doméstica

La Coalición de Arizona para Terminar con la Violencia Sexual y Doméstica proporciona proveedores de servicios directos a las víctimas y supervivientes de la violencia sexual y doméstica. Su objetivo es:

- Aumentar la conciencia pública sobre los problemas relacionados con la violencia sexual y doméstica.
- Mejorar la seguridad de las víctimas y supervivientes a la violencia sexual y doméstica, así como mejorar los servicios que se les ofrecen.
- Poner fin a la violencia sexual y doméstica en las comunidades de Arizona.

Si necesita ayuda, llame a la línea nacional gratuita contra la violencia doméstica: 1-800-799-7233 (SAFE) o al TTY 1-800-787-3224.

Red de Arizona en Defensa de la Familia y los Niños

La Red de Arizona en Defensa de la Familia y los Niños (ACFAN) proporciona apoyo, formación y

orientación a todos los centros de defensoría de Arizona y a los profesionales que coordinan los servicios y responden a la violencia familiar y a los abusos sexuales. Se realizan continuos esfuerzos para adaptarse a las poblaciones con necesidades especiales y multilingües.

ACFAN cuenta con centros de defensoría ubicados por toda Arizona pensados para ofrecer servicios *in situ* a niños abandonados o que hayan sufrido abuso sexual o físico. Algunos de estos centros proporcionan servicios a las víctimas adultas de abuso sexual y de violencia doméstica o a adultos vulnerables que han sufrido algún tipo de abuso. Para obtener más información sobre estos centros, visite su sitio web <http://acfan.net/> o llame al 1-928-750-3583.

Servicios del Centro de Defensoría Familiar

Entre los servicios que ofrece el Centro de Defensoría Familiar (FAC) se incluyen, entre otros:

- Intervención en crisis
- Evaluación de las necesidades de urgencia
- Planificación de seguridad
- Teléfono 9-1-1
- Asistencia en el acceso a refugios y alojamientos de emergencia
- Enseñanza de los derechos de la víctima
- Actualizaciones de estado de los casos actuales
- Remisiones para la administración de casos a largo plazo
- Administración de casos a corto plazo
- Enseñanza sobre la dinámica de la violencia doméstica
- Enseñanza sobre cómo desenvolverse en el sistema de justicia penal

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

Términos y definiciones

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

Copago: Dinero que debe pagar un afiliado por un servicio de salud cubierto (una vez se haya proporcionado el servicio).

Equipo médico duradero: Equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención médica por motivos médicos y para un uso repetido.

Cuadro médico de emergencia: Enfermedad, lesión, síntoma o condición (incluidos los dolores graves) que razonablemente pueda hacer pensar que la falta de atención médica inmediata:

- Pone en peligro la salud de esa persona
- Pone en peligro al bebé de una mujer embarazada
- Causa daños graves en las funciones corporales
- Causa daños graves en cualquier órgano o parte del cuerpo

Transporte médico de emergencia: Ver **SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA**

Servicios de ambulancia de emergencia: Transporte en ambulancia en casos de cuadros médicos de emergencia.

Atención en sala de emergencias: Atención médica recibida en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia: Servicios para tratar un cuadro médico de emergencia.

Servicios excluidos: Consulte **EXCLUSIONES**

Exclusiones: Servicios que no están cubiertos por AHCCCS. Por ejemplo, servicios que:

- Superan el límite
- Son experimentales
- No son médicamente necesarios

Queja: Reclamación presentada por un afiliado ante su plan de salud. No incluye las reclamaciones ante la decisión del plan de salud de denegar o limitar una solicitud de servicios.

Servicios y dispositivos de habilitación: Consulte **HABILITACIÓN**

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

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

Atención médica a domicilio: Consulte SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

Servicios de atención médica a domicilio: Cuidado de un enfermero, de un asistente para el cuidado en el hogar y servicios terapéuticos, así como suministros y equipos médicos, y dispositivos que recibe un afiliado a domicilio por decisión de su médico.

Servicios de hospicio: Servicios que se proporcionan para ofrecer comodidad y apoyo a los afiliados que, según la valoración de su médico, se encuentran en las últimas etapas (seis meses o menos) de su vida.

Atención hospitalaria ambulatoria: Atención en un hospital que normalmente no requiere pasar la noche.

Hospitalización: Ser admitido en un hospital o ser ingresado en el mismo.

Medicamento necesario: Cualquier servicio proporcionado por un médico o practicante sanitario licenciado que ayude con un problema de salud, a frenar una enfermedad o discapacidad, o que prolongue la vida.

Red: Médicos, proveedores de atención médica, proveedores y hospitales contratados por un plan de salud para ofrecerles servicios de atención médica a sus afiliados.

Proveedor no participante: Consulte PROVEEDOR FUERA DE LA RED

Proveedor fuera de la red: Proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de servicio con AHCCCS, pero que no tiene un contrato con su plan de salud. . Es posible que deba hacerse cargo de los costos de atención médica de los proveedores externos a la red.

Proveedor participante: Consulte PROVEEDOR DE LA RED

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

Servicios de atención médica: Servicios de atención médica proporcionados por un médico acreditado.

Plan: Consulte PLAN DE SERVICIOS

Plan de servicios: Descripción escrita de los servicios de salud cubiertos y otras ayudas, que pueden incluir:

- Objetivos individuales
- Servicios de apoyo familiar
- Coordinación de cuidados
- Planes para ayudar a los afiliados a mejorar su calidad de vida

Preautorización: Consulte AUTORIZACIÓN PREVIA

Autorización previa: Aprobación por parte del plan de salud que puede ser necesaria antes de obtener un servicio. Esto no representa una promesa de que el plan de salud vaya a cubrir los costos del servicio.

Prima: La cantidad mensual que paga un afiliado por un seguro de salud. Un afiliado puede tener otros costos de salud, incluido el deducible, los copagos y el coaseguro.

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

Medicamentos con receta médica: Medicamentos solicitados por un profesional de la salud y entregados por un farmacéutico.

Médico de atención primaria: Médico responsable de la gestión y el tratamiento de la salud de un afiliado.

Médico de atención primaria (PCP): Médico responsable de la gestión de la salud de un afiliado. Un PCP puede ser:

- Una persona licenciada como médico alopático u osteopático
- Un practicante definido como auxiliar médico licenciado
- Un enfermero practicante certificado

Proveedor médico: Persona o grupo que tiene un acuerdo con AHCCCS para brindar servicios a los afiliados a AHCCCS.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Consulte REHABILITACIÓN

Rehabilitación: Servicios que ayudan a una persona a recuperar y conservar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o se han visto mermadas.

Atención especializada de enfermería: Servicios de asistencia médica especializada proporcionados por enfermeros o terapeutas licenciados en el hogar o en un centro de enfermería.

Especialista: Médico que ejerce en un área específica de la medicina o que se centra en un grupo de pacientes.

Atención urgente: Atención médica de una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para necesitar atención inmediata, pero no tan grave como para tener que acudir a una sala de emergencias.

Definiciones sobre servicios de atención de maternidad

Matrona certificada es una profesional que tiene la certificación del American College of Nurse-Midwives tras un examen de certificación nacional y tiene la licencia para ejercer en Arizona según la Junta Estatal de Enfermería. Una matrona certificada practica la administración independiente del cuidado a individuos embarazados y neonatos, brindando atención antes, durante y después del parto, así como asistencia ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención médica que ofrece asesoramiento médico, administración colaborativa o remisiones.

Embarazo de alto riesgo es un embarazo en el que la madre, el feto o el neonato se prevé o está en riesgo de morbilidad o fallecimiento antes o después del parto. El nivel de alto riesgo se determina empleando las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de la Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Matrona autorizada es una profesional autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona para que brinde atención a la maternidad de conformidad con los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.) Título 36, capítulo 6, Artículo 7 del Código Administrativo de Arizona Título 9, Capítulo 16. (Este tipo de proveedor médico no incluye las matronas certificadas autorizadas por la Junta de Enfermería como enfermeras practicantes en asistencia al parto o asistentes médicos autorizados por la Junta Médica de Arizona).

Atención a la maternidad incluye la identificación del embarazo, la atención prenatal y la asistencia durante y después del parto.

Coordinación de la Atención a la Maternidad está formada por las siguientes actividades relacionadas con la atención a la maternidad: la determinación de las necesidades sociales o médicas de un afiliado mediante la evaluación del riesgo; el desarrollo de un plan de atención diseñado para abordar estas necesidades; y el monitoreo de remisiones para garantizar que se reciben los servicios y la revisión del plan de atención, según resulte apropiado.

El término **Practicante** hace referencia a los practicantes certificados en asistencia al parto, asistentes del médico y otros practicantes de enfermería. Los asistentes del médico y los practicantes de enfermería se definen en los A.R.S. Título 32, Capítulos 25 y 15 respectivamente.

Atención posparto es la atención médica que se brinda hasta los 60 días posteriores al parto. Los servicios de planificación familiar están incluidos si los brinda un médico o practicante.

Los **Servicios de asesoramiento previos a la concepción**, como parte de las visitas anuales, se brindan cuando resulta médicamente necesario. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y la administración de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye las labores para influir comportamientos que pueden afectar al feto (incluso antes de confirmar la concepción), así como la atención médica regular. El objetivo del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que la futura madre está sana antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción no incluye pruebas genéticas.

La atención prenatal es la atención médica brindada durante el embarazo y está formada por tres elementos fundamentales:

- La evaluación temprana y continua de los riesgos
- La educación y promoción de la salud
- Monitoreo, intervención y seguimiento médico

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN.

LÉALO ATENTAMENTE.

Vigente a partir del 01.07.2017

For help to translate or understand this, please call 1-888-788-4408 (TTY 711.)

Si necesita ayuda de traducción o para comprender esta información, llame al 1-888-788-4408 (TTY 711).

Tiene a su disposición servicios de interpretación gratuitos.

Deberes de las entidades cubiertas:

Arizona Complete Health es una entidad cubierta tal y como se define y se regula en la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros de salud de 1996 (HIPPA). Por ley, Arizona Complete

Health debe mantener la privacidad de su información médica confidencial (PHI), proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relativas a su PHI, cumplir los términos y condiciones del Aviso vigente actualmente y notificarle en caso de que se diera un incumplimiento que pudiera comprometer la seguridad de su PHI.

Este Aviso describe la forma en que podemos utilizar y revelar su PHI. Además, describe sus derechos para acceder, modificar y gestionar su PHI, así como la forma en que puede ejercer dichos derechos. El resto de usos y revelaciones de su PHI no descritos en este Aviso solo se llevará a cabo previa autorización escrita por su parte.

Arizona Complete Health se reserva el derecho a modificar este Aviso. Nos reservamos el derecho a hacer efectivo el Aviso modificado o revisado para la PHI de la que ya disponemos, así como para la que recibamos en el futuro. Arizona Complete Health revisará y distribuirá este Aviso lo antes posible siempre que se produzca un cambio sustancial en:

- Los usos y revelaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en este Aviso

Publicaremos todos los Avisos revisados en el siguiente sitio web de Arizona Complete Health.

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

Usos autorizados y revelación de su PHI:

A continuación se proporciona una lista de las formas en que podemos utilizar o revelar su PHI sin su permiso u autorización:

- **Tratamiento:** podemos utilizar o revelar su PHI a un médico o a otro proveedor de atención que le proporcione tratamiento, para coordinar dicho tratamiento entre los proveedores médicos o para ayudarnos a tomar decisiones con autorización previa relativas a sus prestaciones.
- **Pago:** podemos utilizar y revelar su PHI para realizar los pagos de las prestaciones que le proporcionan los servicios de atención médica. Podemos revelar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a la legislación federal de privacidad para sus propósitos de pago. Las actividades de pago pueden incluir:
 - procesamiento de reclamos
 - determinación de elegibilidad o cobertura de los reclamos
 - emisión de facturas de primas
 - revisión de los servicios por necesidad médica
 - revisión de la utilización de los reclamos
- **Operaciones de atención médica:** podemos utilizar y revelar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
 - prestar servicios de atención al cliente
 - responder a los reclamos y a las apelaciones

- facilitar la administración de casos y la coordinación de la atención
- llevar a cabo revisiones médicas de reclamos y otras evaluaciones de calidad
- actividades de mejora

En nuestras operaciones de atención médica, podemos revelar su PHI a socios comerciales. Dispondremos de acuerdos por escrito a fin de proteger la privacidad de su PHI con dichos socios. Podemos revelar su PHI a otra entidad sujeta a la legislación federal de privacidad. Asimismo, dicha entidad debe haber establecido una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación y actividades de mejora de la calidad
 - revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica
 - administración de los casos y coordinación de la atención
 - detección o prevención de fraude o abuso en la atención médica
- **Revelación de información al plan de salud de grupo/patrocinador del plan:** podemos revelar su PHI a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleado u otra entidad que le esté proporcionando un programa de asistencia médica; siempre que el patrocinador haya aceptado ciertas restricciones sobre cómo utilizará o revelará la PHI (por ejemplo, acordar no usar esta información para acciones o decisiones que se relacionen con el empleo).

Otras revelaciones de su PHI permitidas u obligatorias:

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos utilizar o revelar su PHI para actividades de recaudación de fondos, por ejemplo para una fundación benéfica o una entidad similar para contribuir a la finalización de sus actividades. Si nos ponemos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de dejar de participar o dejar de recibir mensajes relacionados en el futuro.
- **Propósitos relacionados con la suscripción del seguro:** podemos utilizar o revelar su PHI para propósitos de suscripción del seguro, por ejemplo, para tomar una determinación sobre una solicitud o petición de cobertura. Si utilizamos o divulgamos su PHI por las razones mencionadas, nunca usaremos o revelaremos información genética en el proceso.
- **Recordatorios de cita/Alternativas de tratamiento:** podemos usar y revelar su PHI para recordarle una cita de un tratamiento y de atención médica con nosotros, o para proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento u otras ventajas y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Como dicta la ley:** si la ley federal, estatal o local obliga a usar o revelar su PHI, podemos usar o revelar esta información en la medida en que el uso o la revelación respeten dicha ley y limitándose a las exigencias de esta. Si dos o más leyes o regulaciones rigen el mismo conflicto de uso o revelación, nos atenderemos a las más restrictivas.
- **Actividades de salud pública:** podemos revelar su PHI a una autoridad de salud pública con el objetivo de evitar o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos revelar su PHI a la agencia para la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos o servicios que se encuentran bajo la jurisdicción de esta.

- **Víctimas de abuso o abandono:** podemos revelar su PHI a una autoridad del gobierno federal, estatal o local, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes, en caso de que tengamos sospechas razonables de que se está produciendo una situación de violencia doméstica, abandono o abuso.
- **Procedimientos administrativos y judiciales:** podemos revelar su PHI en procedimientos administrativos y judiciales. También podemos revelar esta información en respuesta a:
 - una orden judicial
 - un tribunal administrativo
 - una orden judicial de comparecencia
 - una citación
 - un mandato judicial
 - una petición de presentación de pruebas
 - una petición legal similar
- **Aplicación de la ley:** podemos revelar su PHI relevante a las fuerzas policiales cuando se nos pida. Por ejemplo, en respuesta a:
 - una orden judicial
 - un mandato judicial
 - una orden judicial de comparecencia
 - una citación emitida por un funcionario de justicia
 - una citación del gran jurado

También podemos revelar su PHI relevante para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos revelar su PHI a un médico forense o a un examinador médico. Eso podría ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de un fallecimiento. Además, podemos revelar su PHI al director de una funeraria, en caso necesario, para que puedan llevar a cabo sus tareas.
- **Donación de órganos, tejidos u ojos:** podemos revelar su PHI a las organizaciones de procuración de órganos. Asimismo, podemos revelar su información a personas que trabajan en procuración, bancos o trasplante de:
 - órganos cadavéricos
 - ojos cadavéricos
 - tejidos
- **Amenazas contra la salud y la seguridad:** podemos usar o revelar su PHI si creemos de buena fe que es necesario para evitar o atenuar una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones especializadas del gobierno:** si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos revelar su PHI según nos lo exijan las autoridades militares. También podemos revelar su PHI:
 - a las autoridades federales de la seguridad nacional
 - a las actividades de inteligencia
 - al Departamento de Estado para tomar determinaciones sobre conveniencia médica

- a los servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas
- **Compensación de los trabajadores:** podemos revelar su PHI para acatar las leyes relativas a la compensación de los trabajadores o a otros programas similares establecidos por ley que proporcionen beneficios por lesión o enfermedad laboral sin consideración de culpa.
- **Situaciones de emergencia:** podemos revelar su PHI en caso de emergencia o, si se encontrara incapacitado o ausente, a un miembro de su familia, amigo íntimo, agencia de ayuda en caso de catástrofe o a cualquier otra persona previamente identificada por usted. Usaremos nuestro criterio y experiencia profesional para determinar si la revelación es lo mejor para usted. En tal caso, solo revelaremos la PHI directamente relevante a la persona involucrada en su cuidado.
- **Reclusos:** si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un agente de policía, podremos revelar su PHI a la institución o al agente cuando esa información resulte necesaria para proporcionarle asistencia médica, proteger su salud o seguridad o la de los demás, o para garantizar la seguridad y protección de la institución.
- **Investigación:** en ciertas circunstancias, podemos revelar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación médica haya sido aprobado y en él se hayan establecido ciertas garantías para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

USOS Y REVELACIONES DE SU PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Estamos obligados a obtener su autorización escrita para usar o revelar su PHI, con contadas excepciones, para las siguientes causas:

Venta de la PHI: solicitaremos su autorización escrita antes de realizar cualquier revelación que se pueda interpretar como la venta de su PHI, es decir, aquella que implique que nosotros recibamos una compensación por revelarla.

Marketing: solicitaremos su autorización escrita para utilizar o revelar su PHI para propósitos de marketing con contadas excepciones, por ejemplo, cuando mantenemos comunicaciones publicitarias directamente con usted o cuando le hacemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia: solicitaremos su autorización escrita para usar o revelar cualquier tipo de apunte que hayamos podido obtener durante la psicoterapia, con contadas excepciones, como para ciertas funciones relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

DERECHOS INDIVIDUALES

Los siguientes son sus derechos en lo que respecta a su PHI. Si desea hacer uso de cualquiera de ellos, póngase en contacto con nosotros sirviéndose de la información que encontrará al final de este Aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** puede revocar su autorización en cualquier momento (siempre por escrito). Dicha revocación será eficaz de forma inmediata, salvo en el caso de

que ya hayamos llevado a cabo acciones basándonos en la autorización con carácter previo a la recepción de su revocación escrita.

- **Derecho a revocar las restricciones:** tiene derecho a revocar las restricciones sobre el uso y la revelación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como las revelaciones a personas involucradas en su cuidado o pago de su cuidado, como miembros de su familia o amigos cercanos. Su solicitud debe establecer las restricciones que solicita e indicar a quiénes se aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si lo hiciéramos, acataremos su solicitud de restricción a menos que la información fuese necesaria para proporcionarle un tratamiento de urgencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la revelación de su PHI para los pagos o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando haya pagado el servicio o artículo en su integridad corriendo usted con dichos gastos.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su PHI por ubicaciones o medios alternativos. El derecho solo se aplica si la información pudiera ponerle en peligro en el caso de que no se comunique por la ubicación o medio alternativo que desea. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero sí debe indicar que la información podría ponerle en peligro si no se cambiara la ubicación o medio de comunicación. Debemos dar lugar a su solicitud si es razonable y especifica la ubicación o medio alternativo donde prefiere que le enviemos su PHI.
- **Derecho al acceso y a recibir una copia de su PHI:** tiene derecho, con contadas excepciones, a consultar u obtener copias de su PHI contenida en un grupo designado de registros. Puede solicitar que aportemos las copias en un formato diferente a las fotocopias. Usaremos el formato que nos solicite a no ser que no sea viable en la práctica. Debe realizar una solicitud por escrito para poder acceder a su PHI. Si denegáramos su solicitud, le facilitaremos una explicación por escrito y expondremos si los motivos de la denegación son o no revisables y, en su caso, cómo solicitar dicha revisión.
- **Derecho a modificar su PHI:** tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe realizarse por escrito y explicar el motivo del cambio. Podemos denegar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo si no somos nosotros los autores de esa información y el creador tiene capacidad de modificarla. Si denegáramos su solicitud, le facilitaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración en la que haga constar su desacuerdo con nuestra decisión y nosotros adjuntaremos dicha declaración a la PHI de la que ha solicitado la modificación. Si aceptáramos su solicitud para modificar la información, haremos lo posible por informar del cambio a los demás, incluidas las personas que usted especifique, y por incluir dichas modificaciones en cualquier futura revelación de la información.
- ☐☐ **Derecho a recibir un informe de las revelaciones realizadas:** tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que, durante los últimos seis años, nosotros o nuestros socios empresariales han revelado su PHI. Esto no se aplica a la revelación para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, ni a revelaciones que haya autorizado o a otras actividades en particular. Si solicitara este informe más de una vez en un año, podríamos cobrarle una tarifa razonable proporcional a los costos incurridos para responder a estas solicitudes adicionales. Le aportaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento en que realice la solicitud.

- ***Derecho a presentar un reclamo:*** si considera que hemos infringido su derecho de privacidad o nuestras propias prácticas a este respecto, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono usando la información de contacto que encontrará al final de este Aviso. Asimismo, puede presentar un reclamo ante el Secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a la dirección 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
NO EMPRENDEREMOS ACCIONES CONTRA USTED POR HACER UN RECLAMO.
- ***Derecho a recibir una copia de este Aviso:*** puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento usando la información de contacto que consta al final del documento. Si recibiera este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia en papel.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene alguna otra duda sobre este Aviso, sobre nuestras prácticas de privacidad relativas a su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede ponerse en contacto con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que aparece a continuación.

Arizona Complete Health

A/A: Responsable de privacidad

1870 West Rio Salado Parkway

Tempe, AZ 85281

1-866-475-3129