

Manual del Miembro



GUÍA ÚTIL PARA OBTENER SERVICIOS

AÑO DE BENEFICIOS 2025 *(Revisado el 1 de octubre de 2024)*

Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Regional Behavioral Health Agreement (ACC-RBHA)

Atención a los Miembros con Designación de Enfermedad Mental Grave (SMI)



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

CAD_148347S_State Approved 09162024

©2024 Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

AZ4CADMHB69894S_1024



Índice

Información Útil	8
Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan	8
Números de Teléfono de la Línea de Crisis	8
Dirección	8
Sitio Web	8
Programa de Mejoramiento de Calidad	9
Pautas de Práctica Clínica	9
Información Personal y de Contacto	9
Ayuda en Otro Idioma y para Personas con Discapacidad: ¿Cómo Puedo Obtener Ayuda?	10
La Discriminación es un Delito	12
Le Damos la Bienvenida a Arizona Complete Health-Complete Care Plan	14
Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan	14
Administración de la Atención Integrada/Coordinación de la Atención	15
Línea de Asesoramiento de Enfermería	16
Atención de Emergencia/Atención de Urgencia (Cuidado Fuera del Horario de Atención)	16
¿Debo Acudir a la Sala de Emergencias o a un Centro de Atención de Urgencia?	16
Atención de Urgencia (Cuidado Fuera del Horario de Atención)	16
Servicios de Telesalud.....	17
Servicios Móviles de Atención de Urgencia.....	17
Salas de Emergencias	18
Cómo Obtener Servicios para Crisis de Salud del Comportamiento	18
Servicios para Crisis Disponibles para Usted	19
Cómo Obtener Servicios de Emergencia Cuando está Fuera del Área de Servicios.....	19
Cómo Encontrar Servicios para los Trastornos por Uso de Sustancias e Información Sobre los Opioides	20
Cómo Garantizar una Atención Competente desde el Punto de Vista Cultural	21
Información Impresa para Miembros	21
Servicios de Interpretación	22
Intérpretes de Lengua de Señas, y Servicios Auxiliares	22
¿Qué Idiomas Hablan los Proveedores?.....	22
Asistencia en Otro Idioma: ¿Cómo Puedo Obtener Ayuda?.....	23
El Equipo de Servicios al Miembro está Aquí para Ayudar.....	23
Si Acude a un Proveedor Fuera de Nuestra Red.....	24
¿Cómo Obtener un Directorio de Proveedores Impreso?	24
¿Dónde Prestamos Servicios?	25
Su Tarjeta de ID de Miembro	25



Responsabilidades del Afiliado..... 25

Qué Hacer Cuando Cambia el Tamaño de Su Familia o Su Información de Miembro..... 26

¡Infórmenos si se Muda!..... 26

¿Cómo Puedo Cambiar Mi Plan? 27

Voz y Toma de Decisiones en Familia..... 28

Política de Transición de la Atención 29

¿Cómo Utilizo Bien la Sala de Emergencias? 29

¿Debo Acudir a la Sala de Emergencias o a un Centro de Atención de Urgencia? 29

¿Qué Hacer en Caso de Emergencia?..... 30

¿Qué Ocurre si Necesita Atención de Emergencia Fuera de Nuestra Área de Servicios? 30

Transporte: ¿Cómo Puedo Conseguir Transporte para Citas Médicas?31

 Transporte de Emergencia 31

 Transporte que no es de Emergencia 31

 Silla de Ruedas o Camilla 32

 Cancelación de Traslados a Sus Citas..... 32

¿Qué está Cubierto? 32

Miembros con la Designación de Enfermedad Mental Grave (SMI) que están Inscritos en Medicaid 32

Miembros con Doble Elegibilidad de Medicaid/Medicare 33

Adultos con Designación de SMI no Inscritos en Medicaid 33

Programas Financiados con Subvenciones para Ciudadanos de Arizona sin Seguro o con Seguro Limitado 33

Servicios de Salud Física Cubiertos por Medicaid..... 34

Nuevas Tecnologías 38

Manejo de Enfermedades 38

Atención Ortopédica..... 38

Servicios Adicionales Cubiertos para Miembros Adultos de 18 a 21 Años con Designación de SMI 39

Servicios Médicos Adicionales Cubiertos para Jóvenes Menores de 21 Años Inscritos en Medicaid 39

Servicios de Salud del Comportamiento Cubiertos40

Servicios no Cubiertos: ¿Qué no está Cubierto por el AHCCCS? 47

Cuadro de Exclusiones y Limitaciones48

Consentimiento para el Tratamiento50

Servicios Financiados con Subvenciones Disponibles para los Ciudadanos de Arizona Inscritos en Medicaid y Sin Seguro o con Seguro Limitado51

Tipos de Subvenciones51

 Subvenciones Federales En Bloque 51

 Subvenciones Estatales y Federales para Trastornos por Consumo de Opioides..... 52

 Otras Subvenciones Federales y Estatales..... 52



Acceso a los Servicios que no Pertenecen al Título 19/21 Coordinados a Través del Arizona Complete Health-Complete Care Plan-Regional Behavioral Health Agreement (ACC-RBHA) 52

Servicios de Vivienda..... 53

Servicios de Empleo..... 58

 ¿Sabía qué...?..... 58

 Servicios de Empleo del AHCCCS..... 58

 Cómo Conectarse con los Servicios de Empleo 59

 Otros Recursos de Empleo..... 59

Vocational Rehabilitation (VR)..... 59

ARIZONA@WORK..... 60

Educación y Planificación de Beneficios..... 60

Recursos de Apoyo para Pares y Familias..... 60

Atención de Salud para Pacientes Terminales..... 61

Servicios Especializados y Remisiones del Médico 62

 Rechazo de Solicitudes de Servicios Especializados 63

Miembros Indígenas Estadounidenses 64

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)..... 64

 Cómo Elegir o Cambiar de PCP..... 64

 ¿Cómo Pueden las Consultas al Médico Ayudarle a Mantenerse Saludable? 65

 Cómo Programar, Modificar o Cancelar Citas 65

 Disponibilidad de Citas: ¿Cuánto Tiempo se Tarda en Atenderse con un Proveedor? 66

Consultas de Bienestar 67

 ¿Qué es una Consulta Preventiva o de Bienestar?..... 68

Bienestar Infantil/Servicios de Tratamiento, Diagnóstico y Exámenes Médicos Iniciales de Rutina (EPSDT)* 69

 Cantidad, Duración y Alcance: 69

Atención Preventiva y de Bienestar71

Llamadas para Programar Citas.....71

Planificación Familiar 72

Atención de Maternidad 73

 Identificación de Embarazos 74

 Atención Prenatal 75

 Pruebas de HIV/AIDS..... 76

 Embarazo de Alto Riesgo 76

 Atención al Parto 77

 Atención Posparto 77

 Servicios y Suministros de Planificación Familiar 77

 Interrupciones del Embarazo Médicamente Necesarias 78



Cuidados Dentales	79
Miembros Menores de 21 Años	79
Miembros de 21 Años o Más	80
Servicios de Farmacia	80
Reemplazos por Medicamentos Genéricos	81
Terapia Escalonada	81
¿Qué es la Autorización Previa?	81
¿Qué pasa si un Medicamento no está en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)/Formulario?	82
¿Qué Pasa si se Rechaza Mi Solicitud?	82
Cómo Surtir Medicamentos con Receta	82
Lo que Debe Saber Sobre Sus Nuevos Medicamentos con Receta	83
Cómo Volver a Surtir Medicamentos	83
¿Qué Debo Hacer si la Farmacia no Puede Surtir Mi Medicamento con Receta?	83
Farmacias Exclusivas	83
Cómo Acceder a los Servicios de Salud del Comportamiento de Arizona Complete Health-Complete Care Plan	84
Recibir Servicios de Salud del Comportamiento si Recibe una designación de Enfermedad Mental Grave (SMI) o Trastorno Emocional Grave (SED)	84
Elegibilidad para los Servicios de Salud Mental	84
Cómo Acceder a los Servicios de Salud del Comportamiento.....	85
La Visión de Arizona para la Prestación de Servicios de Salud del Comportamiento	85
Los Doce Principios para la Prestación de Servicios Infantiles:.....	86
Nueve Principios Rectores para los Servicios y Sistemas de Salud del Comportamiento Orientados a la Recuperación para Adultos	88
Clínicas Interdisciplinarias de Múltiples Especialidades.....	90
Proveedores de Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS): Clínicas Interdisciplinarias de Múltiples Especialidades.....	90
Cómo Programar, Cambiar o Cancelar una Cita En una Clínica Interdisciplinaria de Múltiples Especialidades (MSIC).....	92
Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS)	92
¿Qué Son los CRS?.....	92
¿Quién es Elegible para Obtener una Designación de CRS?.....	93
Condiciones Cubiertas por el Programa de CRS	93
Servicios para la Primera Infancia	94
Programas Head Start	94
Herramientas de Exámenes del Desarrollo.....	94
Ayuda Especial.....	94
Consejo de Defensa del Miembro.....	95
Proceso de Aprobación y Rechazo	96



Remisiones Dentro de la Red y Libertad de Elección de Proveedores	97
Copagos	97
Las Sigüientes Personas no Deben Pagar Copagos:	97
Personas con Copagos Opcionales (no Obligatorios)	98
Montos de Copagos Opcionales (no Obligatorios) para Algunos Servicios Médicos	99
Personas con Copagos Requeridos (Obligatorios)	99
Montos de Copagos Requeridos (Obligatorios) para las Personas que Reciben Beneficios de TMA	100
Límite del 5% en todos los Copagos.....	100
Copagos para Miembros que no Pertenecen al Título 19/21.....	100
Pago de los Servicios Cubiertos	101
Pago de los Servicios no Cubiertos	101
Coordinación de Beneficios (COB)	101
Información Especial para Nuestros Miembros con Cobertura de Medicare.....	102
Información Importante para los Miembros del AHCCCS con Cobertura de Medicare Part D (Miembros con Doble Elegibilidad)	103
Plazos para la Autorización de Servicios y Medicamentos	103
Plazos de Decisión de la Autorización de Servicios para Medicamentos	103
Queja: Cómo Presentar un Reclamo si está Disconforme	104
Quejas	104
¿Está Disconforme con Su Atención de Salud?	104
Apelaciones: ¿Está Disconforme con una Decisión?	106
¿Cómo Presento una Apelación?	107
¿Qué Puedo Apelar?.....	108
¿Qué Ocurre Después de Presentar una Apelación?	108
¿Cómo se Resuelve Mi Apelación?	108
¿Qué Puedo Hacer si estoy Disconforme con los Resultados de Mi Apelación?	109
¿Cómo Puedo Solicitar una Audiencia Imparcial ante el Estado?.....	109
¿Cuál es el Proceso de Mi Audiencia Imparcial ante el Estado?	109
¿Cómo se Resuelve Mi Audiencia Imparcial ante el Estado?	109
¿Continuarán Mis Servicios Durante el Proceso de Apelación/Audiencia Imparcial Ante el Estado?.....	110
Apelaciones para Personas con una Enfermedad Mental Grave (SMI)	110
¿Continuarán Mis Servicios Durante el Proceso de Apelación?.....	112
¿Qué Puedo Hacer si estoy Disconforme con los Resultados de Mi Apelación?	112
Cómo Cambiar de Plan de Servicios de Salud Física para Miembros con SMI	113
Derechos de los Afiliados	114
Excepciones de la Confidencialidad	117
¿Qué Es el Fraude, el Desperdicio y el Abuso?.....	118
Cómo Denunciar Fraude, Desperdicio y Abuso:	119



Prevención y Educación Sobre el Consumo de Tabaco	119
Recursos de la Comunidad	120
Special Supplemental Nutrition Program For Women, Infants, and Children (WIC)	120
Count the Kicks.....	120
Arizona Head Start/Early Head Start.....	120
Vaccines For Children (VFC)	120
Arizona Immunization Program	121
Arizona Early Intervention Program (AzEIP)	121
ARIZONA@WORK	121
Vocational Rehabilitation	121
Area Agency on Aging.....	122
Alzheimer’s Association	122
AZ Suicide Prevention Coalition.....	122
Teen Lifeline.....	122
Power Me A2Z	123
ADHS Pregnancy and Breastfeeding Hotline.....	123
Fussy Baby / Birth to Five Helpline	123
Poison Control	123
Raising Special Kids	124
Strong Families AZ.....	124
Postpartum Support International	124
Opioid Assistance and Referral Line	124
Community Information and Referral	125
AzDHS Dump the Drugs AZ	125
Health-E-Arizona Plus	125
Arizona Disability Benefits 101 (DB101).....	125
AzLinks.gov.....	125
Healthy Families Arizona	126
Pima Council on Aging	126
Pinal-Gila Council For Senior Citizens	126
Seago Area Agency On Aging	127
NAMI Arizona (National Alliance on Mental Illness).....	127
Mentally Ill Kids In Distress (MIKID).....	127
Child and Family Resources	127
Proveedores de Atención de Salud de Bajo Costo/Tarifa Variable	128
Equipo de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan	128
Información Sobre la Defensa de los Derechos	129



Ayuda Especial para Miembros con Designación de SMI..... 131
Definiciones y Terminología de la Atención Administrada..... 132
Definiciones del Servicio de Atención por Maternidad 136
Nuevas Opciones para Administrar Sus Registros de Salud Digitales..... 139
Arizona Complete Health-Complete Care Plan Notificación de Prácticas de Privacidad 140



Información Útil



Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

1-888-788-4408, TTY/TDD: **711**.

Los representantes de Servicios al Cliente están disponibles durante el horario de atención habitual, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.



Números de Teléfono de la Línea de Crisis

- Números de teléfono de la línea de crisis para todo el estado: **1-844-534-4673** o **1-844-534-HOPE**, TTY/TDD: **711**
- Envíe un mensaje de texto: **4HOPE (44673)**
- Chat: **crisis.solari-inc.org/start-a-chat**
- Nación Tohono O'odham: **1-844-423-8759**
- Comunidades indígenas de Gila River y Ak-Chin: **1-800-259-3449**
- Comunidad indígena de Salt River Pima Maricopa: **1-480-850-9230**
- Comunidades tribales del Norte de Arizona: **1-833-990-6400**
- Línea de apoyo tribal: **1-855-728-8630**
- Línea nacional de crisis (llamada o mensaje de texto): **988**
- Chat: **988lifeline.org/talk-to-someone-now**



Dirección

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



Sitio Web

azcompletehealth.com/completecare



Programa de Mejoramiento de Calidad

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cuenta con un Programa de Mejoramiento de Calidad integral a fin de garantizar que usted reciba atención y servicios de calidad. Nos complace compartir información con usted. Para obtener más información sobre el Programa de Mejoramiento de Calidad, o si desea una copia del programa, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o visite el sitio web del Arizona Complete Health-Complete Care Plan en **azcompletehealth.com/members/medicaid/resources/quality-improvement.html**.

Pautas de Práctica Clínica

Arizona Complete Health-Complete Care Plan utiliza pautas de práctica clínica para ayudar a los proveedores a tomar decisiones sobre la atención de salud adecuada para condiciones clínicas y del comportamiento específicas. Arizona Complete Health-Complete Care Plan adopta pautas de práctica que tienen en cuenta las necesidades de sus miembros, que pueden incluir directrices relacionadas con cualquier condición aguda o crónica que corresponda, cuestiones relacionadas con la salud del comportamiento y pautas preventivas o no preventivas. Para solicitar una copia de las pautas de práctica clínica, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener más información. O visite **azcompletehealth.com/providers/resources/practice-guidelines.html**.

Información Personal y de Contacto

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

	Nombre	Número de Teléfono
Mi proveedor de atención primaria (PCP):		
Hospital:		
Farmacéutico:		
Gestor de la atención:		
Mi psiquiatra o enfermero:		



Ayuda en Otro Idioma y para Personas con Discapacidad: ¿Cómo Puedo Obtener Ayuda?

El Manual del Afiliado y el Directorio de Proveedores se proporcionan sin costo alguno para usted. Si necesita este manual, el Directorio de Proveedores u otra información de salud en otro idioma o formato, como letra grande, audio o PDF accesible, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. O visítenos en línea en **azcompletehealth.com/completecare**.

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



Discrimination is Against the Law

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

Arizona Complete Health:

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

If you need these services, contact Member Services at:

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

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

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

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

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

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

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

This notice is available at the Arizona Complete Health website:

Accessibility, Privacy & Safety (azcompletehealth.com)



La Discriminación es un Delito

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

Arizona Complete Health:

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

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

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

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

1557 Coordinator

PO Box 31384, Tampa, FL 33631

Teléfono: **1-855-577-8234** (TTY/TDD: **711**)

Fax: **1-866-388-1769**

Correo electrónico: **SM_Section1557Coord@centene.com**

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

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

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal a U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; o por teléfono: **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TTY).

Los formularios de reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Este aviso se encuentra disponible en el sitio web de Arizona Complete Health:

Accesibilidad, Privacidad y Seguridad (azcompletehealth.com)



Le Damos la Bienvenida a Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Le damos la bienvenida al plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan y Arizona Regional Behavioral Health Agreement (ACC-RBHA). Gracias por confiar en nosotros. Esperamos poder brindarle nuestros servicios.

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

Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

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

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

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

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

- Respondemos preguntas sobre los servicios cubiertos, los beneficios y los copagos.
- Brindamos información sobre médicos, especialistas en enfermería clínica y asociados médicos.
- Brindamos información sobre los programas disponibles para los miembros.
- Le ayudamos a elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Le ayudamos a programar los traslados a sus citas médicas.
- Le ayudamos a programar, cambiar o cancelar sus citas médicas poniéndolo en contacto con su proveedor de atención de salud.
- Le brindamos información sobre dentistas o médicos especialistas.
- Le brindamos ayuda si tiene un reclamo o un problema.
- Le brindamos ayuda con sus derechos como miembro.



- Le ayudamos a conseguir un intérprete de idiomas para sus citas médicas si no puede comunicarse con su proveedor. **Este servicio no tiene ningún costo para usted.**
- Le brindamos ayuda para cambiar su número de teléfono y dirección con el AHCCCS.
- Le brindamos las pautas de práctica clínica si las solicita.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento para condiciones como diabetes, cáncer, asma, salud del comportamiento, HIV/AIDS o cualquier discapacidad, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** inmediatamente. Le haremos una remisión a un administrador de atención integrada para asegurarnos de que reciba la atención que necesita.

Administración de la Atención Integrada/Coordinación de la Atención

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

- Obtenga la atención que necesita.
- Entienda cómo funcionan todos los medicamentos que está tomando.
- Le ayudamos a obtener nombres y números de recursos de la comunidad.
- Trabajamos con usted y su PCP o centro de salud del comportamiento para obtener cualquier otro servicio que necesite para mantenerse saludable.

Su administrador de atención también le ayudará cuando salga del hospital o de otro entorno médico de corta duración para asegurarse de que recibe los servicios que necesita cuando llegue a casa. Estos servicios pueden incluir visitas a domicilio o terapias.

Si desea un administrador de atención, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener una autorremisión. Su PCP o su centro de salud del comportamiento también pueden hacerle una remisión a la administración médica/coordinación de la atención.

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

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



Línea de Asesoramiento de Enfermería

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

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

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

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

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

Línea
de Consultas de
Enfermería
1-866-534-5963
(TTY/TDD:711)

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

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

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

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

Si tiene un problema de salud repentino que no es una emergencia, llame a su PCP. Su PCP le dirá qué hacer. Cuando el consultorio del PCP esté cerrado, su llamada podría pasar a una máquina contestadora. Escuche con cuidado. Le pueden pedir que deje un mensaje para que alguien lo llame.

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

Atención de Urgencia (Cuidado Fuera del Horario de Atención)

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



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

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

Servicios de Telesalud

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

Servicios Móviles de Atención de Urgencia

Arizona Complete Health-Complete Care Plan se ha asociado con DispatchHealth para ofrecerle atención de salud cuando esté enfermo o lesionado. Este servicio de atención de salud está dentro de la red para los miembros de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en la mayoría de las áreas de los condados de Pima y Maricopa. La próxima vez que tenga una enfermedad o lesión urgente que no requiera viajar a la sala de emergencias (ER), puede quedarse en donde está y realizar una llamada a DispatchHealth. Se usan muchas de las mismas herramientas que en la sala de urgencias. Cada equipo médico cuenta con un asociado médico o un especialista en enfermería clínica y un técnico médico, junto con un médico de atención de urgencia que está disponible por teléfono. De hecho, estos son los mismos proveedores que usted vería en la ER local.

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

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



Sala de Emergencias: Ejemplos de Síntomas	Atención de Urgencia: Ejemplos de Síntomas
Falta de aire extrema	Vómitos durante más de seis horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)
Desmayo	Diarrea durante más de seis horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)
Sobredosis/intoxicación	Esguince de tobillo
Dolores en el pecho	Quemaduras y sarpullidos leves
Sangrado que no se puede detener	Una reacción alérgica leve
Convulsiones	Influenza (gripe), dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos

Salas de Emergencias

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

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

Cómo Obtener Servicios para Crisis de Salud del Comportamiento

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

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



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

- Números de teléfono de la línea de crisis en todo el estado: **1-844-534-4673** o **1-844-534-HOPE**
- Envíe un mensaje de texto: **4HOPE (44673)**
- Chat: **crisis.solari-inc.org/start-a-chat**
- Nación Tohono O'odham: **1-844-423-8759**
- Comunidades indígenas de Gila River y Ak-Chin: **1-800-259-3449**
- Comunidad indígena de Salt River Pima Maricopa: **1-480-850-9230**
- Comunidades tribales del Norte de Arizona: **1-833-990-6400**
- Línea de apoyo tribal: **1-855-728-8630**
- Línea nacional de crisis (llamada o mensaje de texto): **988**
- Chat: **988lifeline.org/talk-to-someone-now**

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

Servicios para Crisis Disponibles para Usted

Usted puede obtener servicios para crisis, incluso si no es elegible bajo el Título 19/21 (es decir, no es elegible para el AHCCCS/no está inscrito en Medicaid) o si no se determina que tiene una enfermedad mental grave (SMI). Los servicios para crisis disponibles para usted incluyen los siguientes:

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

Cómo Obtener Servicios de Emergencia Cuando está Fuera del Área de Servicios

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

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



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

Puede acudir a cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia. Sin embargo, existen ciertos entornos de emergencia, como la atención de urgencia, la Línea de Consultas de Enfermería o los servicios de telesalud dentro de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan que pueden ser más fáciles de usar.

Cómo Encontrar Servicios para los Trastornos por Uso de Sustancias e Información Sobre los Opioides

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

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

También puede obtener información sobre la herramienta del AHCCCS de localización de servicios para el trastorno por consumo de opioides en **opioidservicelocator.azahcccs.gov**.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene subvenciones para ayudar con trastornos por uso de sustancias y opioides. Estas subvenciones permiten brindar ciertos tratamientos y apoyo durante un corto período de tiempo. Estas subvenciones incluyen el programa de Servicios Estatales para Trastornos por Consumo de Sustancias (SUDS), la Subvención Estatal en Respuesta al Consumo de Opioides (SOR) y la financiación de la Ley del Plan de Rescate Estadounidense (ARPA) de la Subvención en Bloque para el Consumo de Sustancias (SUBG).

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

- Trastorno por consumo de opioides y medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD) para personas sin seguro o con seguro limitado.
- Actividades de difusión y prevención.
- Ayuda para la reincorporación a la comunidad tras salir de la cárcel o la prisión.
- Formación (escuelas, planes de salud y otros lugares).



Cómo Garantizar una Atención Competente desde el Punto de Vista Cultural

Apreciamos a los miembros como usted. Entendemos que la gente de Arizona tiene diversos orígenes culturales y étnicos. También sabemos que su salud se ve afectada por sus creencias, cultura y valores.

La atención culturalmente competente incluye, entre otros:

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

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

Llámenos y díganos si hemos pasado por alto algo que sea importante para usted. Queremos brindarle ayuda. Queremos que se sienta cómodo con nuestros servicios. Llame a Servicios al Miembro al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711 si desea:

- Compartir información cultural que considere importante para su atención médica.
- Seleccionar un proveedor en función de su conveniencia, ubicación, adaptaciones por discapacidad, idiomas que habla o preferencias culturales.
- Si necesita materiales o servicios culturalmente competentes, incluidos materiales traducidos.

Información Impresa para Miembros

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

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

- Letra grande.
- Braille.



- Disco compacto (CD) de audio.
- Formatos electrónicos accesibles.
- Otros materiales accesorios con eslóganes en los idiomas predominantes en Arizona que no sean inglés.

Servicios de Interpretación

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

Intérpretes de Lengua de Señas, y Servicios Auxiliares

Si usted es una persona sorda o con problemas de audición, puede pedir *ayuda y servicios auxiliares*. La ayuda y servicios auxiliares son servicios o dispositivos que ayudan a las personas que necesitan apoyo adicional para comunicarse. También pueden ayudar a los miembros con pérdida de audición a entender la información hablada. Hay muchos tipos diferentes de ayuda y servicios auxiliares, los cuales puede obtener sin costo alguno para usted.

Los servicios de audiología para evaluar la pérdida de audición son servicios cubiertos. Incluyen dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) tanto para los equipos que generan voz como para los que no. Para recibir ayuda para encontrar un proveedor, comuníquese con su administrador de atención o llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4088**, TTY/TDD: **711**.

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

¿Qué Idiomas Hablan los Proveedores?

Puede encontrar una lista de todos los proveedores, sus ubicaciones, sus números de teléfono y los idiomas que hablan en línea en **azcompletehealth.com/completecare**. Si desea elegir un proveedor en función de su conveniencia, ubicación, adaptaciones por discapacidad, idiomas que habla o preferencia cultural, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.



Asistencia en Otro Idioma: ¿Cómo Puedo Obtener Ayuda?

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

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

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

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

- Letra grande.
- Braille.
- Disco compacto (CD) de audio.
- Formatos electrónicos accesibles.
- Otros materiales accesorios con eslóganes en los idiomas predominantes en Arizona que no sean inglés.

El Equipo de Servicios al Miembro está Aquí para Ayudar

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

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

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



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

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

Si Acude a un Proveedor Fuera de Nuestra Red

Usted debe recibir los servicios a través de proveedores de la red contratados por Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede encontrar una lista de proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan en **azcompletehealth.com/completecure**. Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en el menú de la izquierda. Si desea recibir ayuda, también puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

La herramienta “Find a Provider” (Buscar un proveedor) tendrá la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores, incluida información como nombres de proveedores, direcciones, números de teléfono, si aceptan nuevos pacientes, calificaciones profesionales, idiomas que hablan, sexo, especialidad y estado de certificación de la junta.

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

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

¿Cómo Obtener un Directorio de Proveedores Impreso?

El Directorio de Proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan está disponible sin costo alguno para usted. Para obtener una copia, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. O bien, para obtener una versión en línea, utilice la herramienta del Directorio de Proveedores en **findaprovider.azcompletehealth.com/location**.



¿Dónde Prestamos Servicios?

Arizona Complete Health-Complete Care Plan se ha enfocado en brindar servicios a los residentes de Arizona inscritos en el programa Medicaid del estado, conocido como AHCCCS en las siguientes áreas geográficas de servicios: condado de Apache, condado de Cochise, condado de Coconino, condado de Gila, condado de Graham, condado de Greenlee, condado de La Paz, condado de Maricopa, condado de Mohave, condado de Navajo, condado de Pima, condado de Pinal, condado de Santa Cruz, condado de Yavapai y condado de Yuma.

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

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

Su Tarjeta de ID de Miembro

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

Proteja siempre su tarjeta de ID. **Recuerde: Solo usted puede utilizar su tarjeta de ID de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Nunca preste, venda ni permita que otra persona utilice su tarjeta. Podría perder su elegibilidad. También se podrían tomar acciones legales contra usted. Es muy importante que guarde su tarjeta de ID en un lugar seguro y que no la tire.**

Responsabilidades del Afiliado

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

- Proporcionar toda la información posible para que sus proveedores puedan brindarle atención.
- Seguir las instrucciones de sus proveedores.
- Conocer el nombre de su PCP asignado.
- Siempre que sea posible, pedir citas durante el horario de atención en lugar de acudir a centros de atención de urgencia o salas de emergencias.
- Llegar a tiempo a las citas.



- Avisar al proveedor en caso de que sea necesario cancelar o modificar una cita.
- Llevar los registros de vacunación a cada cita para jóvenes de 18 años o menos.
- Compartir información y:
 - Si no entiende su condición médica o plan de tratamiento, pídale a su proveedor que le explique.
 - Proporcionar a sus médicos, proveedores y administrador de atención todos los datos sobre sus problemas de salud, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, vacunas y otras inquietudes de salud.
- Participar en la recuperación al:
 - Conocer el nombre de sus proveedores o su administrador de atención.
 - Participar en la creación de su plan de servicios.
 - Seguir las instrucciones que usted y sus proveedores han acordado.

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

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

- Department of Economic Security (DES): **healtharizonaplus.gov** o **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**.
- KidsCare: **healtharizonaplus.gov** o **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**.
- Solo asistencia médica de SSI: **1-602-417-5010 (1-800-528-0142** fuera del condado de Maricopa).
- Social Security Administration: **ssa.gov** o **1-800-772-1213**.
- Arizona Long Term Care Systems (ALTCs):
www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/Categories/nursinghome.html o **1-888-621-6880**.

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

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

¡Infórmenos si se Muda!

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



No se cubren los servicios fuera de los Estados Unidos.

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

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

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

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

Debe avisar a estos otros lugares:

- Su PCP.
- La oficina de Supplemental Security Income (SSI) si recibe beneficios de SSI.
- Department of Economic Security (DES) si recibe beneficios de TANF o SNAP (cupones de alimentos).
- Para los miembros de KidsCare (Título 21), llame al AHCCCS al **1-602-417-5437** o al número gratuito del estado **1-877-764-5437**.
- **Cómo actualizar su dirección en el AHCCCS:**
www.azahcccs.gov/AHCCCS/Downloads/HowToUpdateYourMailingAddress.pdf

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

¿Cómo Puedo Cambiar Mi Plan?

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

Si desea cambiar su plan de salud antes o después de su fecha de aniversario, puede hacerlo a través del sistema HEAplus (**healtharizonaplus.gov**) o comunicándose con el AHCCCS al **1-602-417-7100** o al **1-800-334-5283**. El AHCCCS solo le permitirá cambiar de plan inmediatamente (fuera de su aniversario) por los siguientes motivos:

- 1** No le dieron la posibilidad de elegir su plan de salud.



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

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

Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** si necesita cambiar su plan de salud por cualquiera de los motivos mencionados anteriormente. Pida hablar con el departamento de apelaciones y quejas. O puede escribirnos a:

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

Voz y Toma de Decisiones en Familia

Se espera que nuestros proveedores de atención de salud incluyan a familiares responsables y otras personas autorizadas como responsables de la toma de decisiones en el proceso de planificación de tratamiento para los servicios para niños y en el proceso de planificación de tratamiento para miembros adultos cuando lo solicite el miembro adulto (a menos que el miembro adulto esté bajo tutela). Es importante que los familiares responsables y otras personas autorizadas participen en la mayor cantidad de conversaciones posibles sobre la planificación de tratamientos para el miembro. De esa manera, quien toma las decisiones podrá tomar decisiones más informadas sobre la atención del miembro.

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



Política de Transición de la Atención

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

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

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

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

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

¿Cómo Utilizo Bien la Sala de Emergencias?

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

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

En una emergencia, puede usar o ir a cualquier ER (dentro o fuera de la red) para recibir atención de emergencia. Cuando reciba atención médica, muestre su tarjeta de ID y avise que es miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Usted no necesita una remisión de su PCP o una autorización previa del plan. Llame a su PCP o a la Línea de Consultas de Enfermería de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-866-534-5963**, TTY/TDD: **711** si no está seguro de si se trata de una emergencia.



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

Sala de Emergencias: Ejemplos de Síntomas	Atención de Urgencia: Ejemplos de Síntomas
Falta de aire extrema	Vómitos durante más de seis horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)
Desmayo	Diarrea durante más de seis horas (si es un niño pequeño, llame al PCP)
Sobredosis/intoxicación	Esguince de tobillo
Dolores en el pecho	Quemaduras y sarpullidos leves
Sangrado que no se puede detener	Una reacción alérgica leve
Convulsiones	Influenza (gripe), dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos

¿Qué Hacer en Caso de Emergencia?

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

Si siente que sus síntomas son una emergencia, llame al 911 o diríjase a la ER más cercana. Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a buscar servicios de emergencia en cualquier hospital o ER (dentro o fuera de la red). Informe al personal de la ER que usted es miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y muestre su tarjeta de ID. Si no puede hacerlo, pida a un familiar o amigo que le diga al personal de la ER que usted es miembro de nuestro plan.

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

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

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



Transporte: ¿Cómo Puedo Conseguir Transporte para Citas Médicas?

Transporte de Emergencia

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

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

Transporte que no es de Emergencia

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

Si no tiene un centro de salud del comportamiento o su centro no puede satisfacer sus necesidades de transporte, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y seleccione la opción de transporte. Le brindaremos ayuda para conseguir transporte para sus citas médicas. Llame al menos tres días antes de la cita.

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

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

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

- Su nombre, número de ID de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono (para fines de verificación).
- La fecha, hora y dirección de su cita médica.
- Si necesita un traslado solo de ida, de ida y vuelta, o solo de vuelta.
- Sus necesidades de desplazamiento (silla de ruedas, camilla u otras).
- Cualquier necesidad especial (oxígeno, suero, alguien que necesite viajar con usted, una silla de ruedas extra ancha o eléctrica, un vehículo de techo alto, etc.).
- Los niños menores de 5 años necesitan un asiento para el automóvil. Los niños de 5 a 7 años y menos de 4'9" de estatura necesitan un asiento booster. Usted debe proporcionar el asiento de automóvil para el traslado de su hijo.



Silla de Ruedas o Camilla

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

Cancelación de Traslados a Sus Citas

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

¿Qué está Cubierto?

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

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

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

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

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

Miembros con la Designación de Enfermedad Mental Grave (SMI) que están Inscritos en Medicaid

Si usted es un adulto inscrito en Medicaid, está inscrito en Arizona Complete Health-Complete Care Plan y ha sido designado como SMI, puede obtener tanto atención de la salud física como atención de la salud del comportamiento a través de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.



Miembros con Doble Elegibilidad de Medicaid/ Medicare

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

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

Adultos con Designación de SMI no Inscritos en Medicaid

Si usted **no** es un adulto inscrito en Medicaid y está inscrito en Arizona Complete Health-Complete Care Plan y ha sido designado como SMI, es elegible solo para un beneficio limitado de salud del comportamiento (consulte la tabla de beneficios de salud del comportamiento para obtener más detalles).

Programas Financiados con Subvenciones para Ciudadanos de Arizona sin Seguro o con Seguro Limitado

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



Servicios de Salud Física Cubiertos por Medicaid

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

- Ambulancia para atención de emergencia.
- Servicios de audiología para evaluar la pérdida de audición tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados. Esto incluye dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) tanto para los equipos que generan voz como para los que no. Para obtener ayuda sobre cómo encontrar un proveedor, comuníquese con su administrador de atención o con Servicios al Miembro.
- Salud del comportamiento.
- Atención durante el embarazo.
- Administración de casos.
- Controles para niños, personas embarazadas y beneficiarios calificados de Medicare (QMB).
- Servicios para niños, incluida la atención dental de rutina.
- Servicios quiroprácticos para miembros con doble elegibilidad QMB independientemente de la edad, si Medicare lo aprueba.
- Servicios médicos y quirúrgicos de emergencia relacionados con la atención dental (bucal).
- Beneficios dentales de emergencia para adultos de hasta \$1,000 por año de contrato (del 1 de octubre al 30 de septiembre) si los presta un médico o dentista autorizado. Los servicios dentales de emergencia para adultos cubren atención dental de emergencia y extracciones que son médicamente necesarias para los miembros que tengan un problema dental grave que causen dolor intenso o infección.
 - Este beneficio dental de emergencia de \$1,000 no se aplica a miembros con cáncer de mandíbula, cuello o cabeza; miembros que se someten a trasplantes; miembros hospitalizados que están en tratamiento con un respirador; o miembros indígenas estadounidenses/nativos de Alaska (AI/AN) que reciben servicios de atención dental en un centro IHS/638. Llame a su administrador de atención para que le brinde ayuda para coordinar su atención.
- Diálisis.
- Manejo de enfermedades.
- Consultas médicas.
- Tratamiento médico de atención de urgencia o de emergencia.
- Anteojos o lentes de contacto para niños.
- Anteojos o lentes de contacto para adultos solo después de que se hayan eliminado las cataratas.
- Planificación familiar (control de la natalidad).
- Servicios de atención de pie y tobillo para adultos, incluido cuidado de heridas, tratamiento de úlceras por presión, atención de fracturas, cirugías reconstructivas y servicios limitados de bunionectomía.



- Servicios de atención de salud, incluyendo exámenes de detección, diagnóstico y tratamientos médicamente necesarios.
- Servicios comunitarios y en el hogar (HCBS).
- Atención hospitalaria: Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre servicios para pacientes hospitalizados. Si necesita ser admitido en un hospital y no es una emergencia, su PCP o especialista coordinará su traslado a un hospital de la red de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y seguirá su atención incluso si necesita otros proveedores durante su hospitalización. Arizona Complete Health-Complete Care Plan debe aprobar todos los servicios. Para saber si un hospital está en la red o si tiene alguna otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** o utilice el Directorio de Proveedores en **findaprovider.azcompletehealth.com/location**. Si tiene una emergencia y requiere que lo admitan en un hospital, usted o un familiar o amigo deben informárselo a su PCP lo antes posible, a más tardar a las 24 horas de la hospitalización. Los servicios hospitalarios pueden incluir, entre otros, los siguientes:
 - Sangre y plasma sanguíneo.
 - Cuidados intensivos.
 - Servicios de laboratorio, radiografía e imágenes.
 - Medicamentos.
 - Cuidado de enfermería.
 - Quirófano y atención hospitalaria.
 - Servicios de médicos, cirujanos o especialistas.
- Vacunas (inyecciones).
- Bombas de insulina.
- Análisis de laboratorio y radiografías.
- Alimentos médicos para los miembros diagnosticados con una de las siguientes condiciones metabólicas hereditarias:
 - Fenilcetonuria.
 - Homocistinuria.
 - Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce.
 - Galactosemia (requiere fórmula de soja).
 - Deficiencia de beta cetotilasa.
 - Citrulinemia.
 - Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD).
 - Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD).
 - Acidemia glutárica de tipo I.
 - Deficiencia de 3 metilcrotonil CoA carboxilasa.



- Acidemia isovalérica.
- Acidemia metilmalónica.
- Acidemia propiónica.
- Acidemia arginosuccínica.
- Tirosinemia de tipo I.
- Deficiencia de HMG CoA liasa.
- Deficiencias de vitamina B-12, A, B y C.
- Pruebas médicas.
- Servicios de podología médicamente necesarios. Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre servicios de podología médicamente necesarios que son prestados por un podólogo autorizado y solicitados por un proveedor de atención primaria o un médico de atención primaria.
- Medicamentos de la Lista de medicamentos preferidos (PDL) aprobada de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Centro de enfermería.
- Terapia ocupacional. Los servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios son un beneficio cubierto de Arizona Complete Health-Complete Care Plan como se especifica a continuación:
 - Los servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios están cubiertos para todos los miembros menores de 21 años.
 - Los servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios están cubiertos para los miembros de 21 años y más, como se indica a continuación:
 - » Quince visitas de terapia ocupacional por año de beneficios con el propósito de restaurar una habilidad o un nivel de función y mantener esa habilidad o ese nivel de función una vez restaurados.
 - » Quince consultas de terapia ocupacional por año de beneficio con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener esa habilidad o ese nivel de función una vez adquiridos.
- Fisioterapia:

Los servicios de fisioterapia para pacientes hospitalizados están cubiertos para todos los miembros que reciban atención de hospitalización en un hospital, un centro de enfermería o un centro de atención de custodia. Los servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios son un beneficio cubierto por Arizona Complete Health-Complete Care Plan, como se especifica a continuación.

 - Los servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios están cubiertos para todos los miembros menores de 21 años.
 - Los servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios están cubiertos para los miembros adultos de 21 años o más de la siguiente manera:



- » Quince visitas de fisioterapia por año de beneficio con el propósito de restaurar una habilidad o un nivel de función y mantener esa habilidad o ese nivel de función una vez restaurados.
- » Quince visitas de fisioterapia por año de beneficio con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener esa habilidad o ese nivel de función una vez adquiridos.
- Terapia del habla:
 - Los servicios de terapia del habla se brindan a todos los miembros que reciben atención de hospitalización en un hospital, un centro de enfermería o un centro de atención de custodia cuando los servicios son solicitados por el PCP o el médico tratante del miembro.
 - La terapia del habla para pacientes ambulatorios solo está cubierta para los miembros menores de 21 años.
- Visitas al consultorio del PCP para niños, QMB o cuando un adulto tiene un síntoma o enfermedad.
- Exámenes físicos.
- Atención durante el embarazo.
- Interrupción del embarazo (incluida la mifepristona [Mifeprex® o RU-486]).
- Medicamentos recetados (no están cubiertos si usted tiene Medicare).
- Servicios de podología prestados por un podólogo.
- Servicios posteriores a la estabilización.
- Terapia respiratoria.
- Traslados a las consultas médicas.
- Atención especializada.
- Suministros y equipos, incluidos la Lista de medicamentos preferidos (PDL), y equipos y suministros para pruebas de diabetes.
- Servicios quirúrgicos.
- Controles del niño sano, que incluyen atención dental, de audición, audífonos, vacunas y atención de la visión para niños menores de 21 años, y servicios de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para niños menores de 21 años elegibles para Medicaid.

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



Nuevas Tecnologías

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

Manejo de Enfermedades

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

Atención Ortopédica

Dispositivos ortopédicos **para miembros menores de 21 años**, proporcionados cuando los receta el PCP, el médico a cargo o el médico tratante del miembro.

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

- El uso de ortopedia es médicamente necesario como la opción preferida de tratamiento según las pautas de Medicare; **Y**
- El uso de ortopedia cuesta menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma condición; **Y**
- Un médico (doctor) o un profesional de atención primaria (personal de enfermería con práctica médica o asociado médico) ordenaron el uso de ortopedia.

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

El equipo médico se puede arrendar o comprar solo si no hay otras fuentes que ofrezcan elementos sin costo alguno. El costo total de los arrendamientos no debe exceder el precio de compra de los artículos.

Los ajustes o las reparaciones razonables de equipos comprados tienen cobertura para todos los miembros para hacer que el equipo funcione de manera correcta o cuando el costo de reparación sea menor que arrendar o comprar otra unidad. Se pueden sustituir partes si se aporta información que demuestre que no funcionan correctamente cuando se solicita la autorización.



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

- Identificación, evaluación y rehabilitación de la pérdida de audición;
- Cuidado personal médicamente necesario; Se puede incluir ayuda para bañarse, ir al baño, caminar y otras actividades que el miembro no sea capaz de hacer por motivos médicos.
- Servicios dentales preventivos de rutina, como exámenes de salud bucal, limpiezas, educación sobre salud bucodental, radiografías, empastes, extracciones y otros procedimientos terapéuticos y médicamente necesarios.
- Servicios de la visión, incluidos los exámenes y anteojos (se cubre una selección limitada de lentes y marcos).
- Fisioterapia y terapias del habla y ocupacional para pacientes ambulatorios;
- Sedación consciente;
- Servicios de rehabilitación infantil (CRS) (se aplican limitaciones).
- Servicios adicionales para los QMB.
- Servicios de relevo.
- Servicios quiroprácticos.
- Cualquier otro servicio cubierto por Medicare, pero no por el AHCCCS.
- Servicios de salud del comportamiento.

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

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

- Identificación, evaluación y rehabilitación de la pérdida de audición;
- Cuidado personal médicamente necesario; Se puede incluir ayuda para bañarse, ir al baño, caminar y otras actividades que el miembro no sea capaz de hacer por motivos médicos.
- Pruebas de detección, evaluación y terapia nutricional.
- Control del desarrollo con orientación de prevención y exámenes de detección.
- Servicios dentales preventivos de rutina, como exámenes de salud bucal, limpiezas, educación sobre salud bucodental, radiografías, empastes, extracciones y otros procedimientos terapéuticos y médicamente necesarios;
- Servicios de la visión, incluidos exámenes y anteojos recetados (se cubre una selección limitada de lentes y marcos).



- El reemplazo y la reparación de anteojos sin restricciones a los servicios de la visión.
- Fisioterapia y terapias del habla y ocupacional para pacientes ambulatorios.
- Sedación consciente.
- Servicios adicionales para los QMB.
- Servicios de relevo.
- Servicios quiroprácticos.
- Cualquier otro servicio cubierto por Medicare, pero no por el AHCCCS.

Servicios de Salud del Comportamiento Cubiertos

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

- Servicios de administración de casos.
- Control del comportamiento (capacitación en cuidados en el hogar, servicios de autoayuda o apoyo entre pares para la salud del comportamiento).
- Psicofármacos.
- Ajuste de dosis y control de psicofármacos.
- Servicios de enfermería para salud del comportamiento.
- Servicios de emergencia o para casos de crisis.
- Transporte médicamente necesario para casos de emergencia o que no sean de emergencia.
- Examen, evaluación previa y evaluación posterior.
- Asesoramiento y terapia individual, grupal y familiar.
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.
- Instituto para enfermedades mentales (con límites).
- Servicios de laboratorio, radiología y obtención de imágenes médicas para el diagnóstico y la regulación de psicofármacos.
- Tratamientos con agonistas opioides.
- Servicios en un centro de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados.
- Asesoramiento para el uso de sustancias (opioides, drogas y alcohol).
- Atención de relevo (con limitaciones).
- Capacitación en habilidades y desarrollo.
- Rehabilitación psicosocial (capacitación en herramientas para la vida, promoción de la salud y servicios



de apoyo para el empleo).

- Servicios de atención de la salud del comportamiento (consulte la tabla a continuación).

Servicios Cubiertos de Salud del Comportamiento Disponibles			
Servicios		Todos los niños y adultos que pertenecen al Título 19/21	Personas no incluidas en el Título 19/21 consideradas con SMI
Servicios de tratamiento			
Asesoramiento y tratamiento de la salud del comportamiento	Individual	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
	Grupo	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
	Familia	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Exámenes de la salud del comportamiento, evaluaciones de salud mental y pruebas especializadas	Exámenes de salud del comportamiento	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
	Evaluación de salud mental	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
	Prueba especializada	Disponible.	Se prestan servicios según los fondos estatales disponibles.



Servicios Cubiertos de Salud del Comportamiento Disponibles

Servicios		Todos los niños y adultos que pertenecen al Título 19/21	Personas no incluidas en el Título 19/21 consideradas con SMI
Otro profesional	Prácticas curativas ancestrales	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles.	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles.
	Auriculoterapia	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles.	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles.
	Servicios intensivos para pacientes ambulatorios.	Disponible.	Se proporcionan según la financiación de subvenciones estatales y federales disponibles (solo servicios de SUD).
	Terapias multisistémicas para jóvenes	Disponible.	No disponible.
Servicios de rehabilitación			
Capacitación y desarrollo de habilidades y rehabilitación psicosocial (capacitación en habilidades de vida, promoción de la salud, servicios de empleo compatibles)	Individual	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
	Grupo	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Tratamientos de rehabilitación cognitiva		Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.



Servicios Cubiertos de Salud del Comportamiento Disponibles		
Servicios	Todos los niños y adultos que pertenecen al Título 19/21	Personas no incluidas en el Título 19/21 consideradas con SMI
Educación para la promoción y sobre la prevención en salud del comportamiento	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Servicios psicoeducativos y de apoyo continuo para mantener el empleo	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Servicios médicos de salud del comportamiento		
Servicios de medicamentos para la salud del comportamiento	Disponible.	Se prestan tratamientos asistidos con medicamentos según las subvenciones estatales y federales disponibles (limitaciones de subsidios). Consulte los medicamentos cubiertos en la Lista de medicamentos de la salud del comportamiento.
Análisis de laboratorio, radiología y diagnóstico por imágenes para la salud del comportamiento	Disponible.	Se prestan servicios de laboratorio relacionados con los tratamientos asistidos con medicamentos según las subvenciones estatales y federales disponibles (limitaciones de subvenciones).



Servicios Cubiertos de Salud del Comportamiento Disponibles

Servicios	Todos los niños y adultos que pertenecen al Título 19/21	Personas no incluidas en el Título 19/21 consideradas con SMI
Administración de la atención de salud relacionada con la salud del comportamiento	Disponible.	Se prestan servicios de laboratorio relacionados con los tratamientos asistidos con medicamentos según las subvenciones estatales y federales disponibles (limitaciones de subvenciones).
Terapia electroconvulsiva	Disponible.	No disponible.
Servicios de apoyo		
Administración de casos.	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Cuidado personal	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Capacitación en cuidados en el hogar (familia)	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Servicios de autoayuda o apoyo entre pares y apoyo familiar	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Capacitación en atención domiciliar para clientes de atención domiciliar (HCTC)	Disponible.	No disponible.



Servicios Cubiertos de Salud del Comportamiento Disponibles		
Servicios	Todos los niños y adultos que pertenecen al Título 19/21	Personas no incluidas en el Título 19/21 consideradas con SMI
Atención de relevo (consulte la sección Limitaciones para obtener información detallada sobre los límites de la cobertura)	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Asistencia en viviendas	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Servicios de lengua de señas e interpretación oral	Se ofrecen sin cargo para los miembros.	Se ofrecen sin cargo para los miembros.
Transporte de emergencias para salud del comportamiento	Disponible.	Se prestan servicios según los fondos estatales disponibles.
Transporte que no es de emergencia para la salud del comportamiento	Disponible.	Limitados a transportes relacionados con los servicios en casos de crisis.
Intervención en casos de crisis (servicios móviles comunitarios)	Disponible.	Disponible.
Intervención en casos de crisis (teléfono)	Disponible.	Disponible.
Servicios para casos de crisis (estabilización de hasta 23 horas, en un centro)	Disponible.	Disponible.
Servicios como paciente ingresado		
Centro de salud del comportamiento para la desintoxicación de pacientes hospitalizados (trastornos por el consumo de sustancias)	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones federales disponibles.



Servicios Cubiertos de Salud del Comportamiento Disponibles

Servicios	Todos los niños y adultos que pertenecen al Título 19/21	Personas no incluidas en el Título 19/21 consideradas con SMI
Centro de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados (trastornos de salud mental)	Disponible.	Límite de tres días por admisión en centros de atención subaguda; solo según los fondos estatales disponibles.
Servicios residenciales		
Centro residencial de salud del comportamiento (tratamiento de salud mental)	Disponible.	No disponible.
Centro residencial de salud del comportamiento (tratamiento de trastornos por consumo de sustancias)	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Alojamiento y comidas	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Programas diurnos de salud del comportamiento		
Programa de día supervisado de cuidado parcial	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Programa de día terapéutico de cuidado parcial	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.
Programa médico de día de cuidado parcial	Disponible.	Se prestan servicios según las subvenciones estatales y federales disponibles.



Servicios no Cubiertos: ¿Qué no está Cubierto por el AHCCCS?

- Servicios de salud física que no sean de emergencia y que no se hayan aprobado previamente por su PCP.
- Cualquier atención, tratamiento o cirugía que no sea médicamente necesaria.
- Servicios de infertilidad que incluyen pruebas y tratamiento.
- Reversiones de la esterilización electiva.
- Operaciones de reafirmación de género.
- Exámenes para establecer la necesidad de audífonos, anteojos o lentes de contacto para los miembros a partir de los 21 años, excepto después de una operación de cataratas.
- Audífonos, anteojos o lentes de contacto para los miembros a partir de los 21 años, excepto después de una cirugía de cataratas.
- Servicios o artículos por motivos estéticos.
- Artículos personales o de confort (solo se cubren para EPSDT, si están médicamente indicados).
- Medicamentos o suministros sin receta.
- Medicamentos recetados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos clasificados como medicamentos de implementación de estudios de eficacia de medicamentos (DESI) por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- Marihuana medicinal.
- Medicamentos recetados únicamente para la pérdida de peso.
- Servicios prestados en una institución para el tratamiento de la tuberculosis (TB).
- Servicio médico prestado a un recluso o a una persona bajo la custodia de una institución estatal de salud mental.
- Terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios para los miembros a partir de los 21 años. **(Nota:** la terapia del habla para pacientes ambulatorios está cubierta solo para los miembros que reciben servicios de servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina (EPSDT) y los miembros de KidsCare (Título 21)).
- Articulación/prótesis de extremidad inferior controlada por microprocesador para miembros a partir de los 21 años.
- Cualquier servicio determinado como experimental/de investigación o realizado principalmente para la investigación o que no haya sido aprobado por los organismos reguladores. Los miembros del AHCCCS que estén inscritos en un plan pueden participar en tratamientos experimentales, pero el AHCCCS no hará reembolsos por este tipo de tratamientos.
- Trasplantes incluidos: trasplantes de páncreas solamente (células totales, parciales o de los islotes) o cualquier otro trasplante que AHCCCS no indique como cubierto.
- Examen médico para fines no médicos (por ejemplo, exámenes para el trabajo, la escuela o el seguro).



- Asesoramiento sobre abortos y abortos (a menos que sean médicamente necesarios según las políticas médicas de AHCCCS).
- Cualquier servicio médico fuera del país.
- Circuncisión rutinaria/de recién nacidos.
- Atención médica de rutina (fuera del área).

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

Cuadro de Exclusiones y Limitaciones

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

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



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

Beneficio/servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido de pago
<p>Aparatos ortopédicos</p>	<p>Un soporte ortopédico para articulaciones o músculos débiles. Los aparatos ortopédicos también pueden servir de apoyo para una parte del cuerpo deformada. El término “aparatos ortopédicos” hace referencia a artículos como muñequeras, férulas y soportes ortopédicos para las piernas y el cuello.</p>	<p>Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubre los aparatos ortopédicos para miembros mayores de 21 años en estas circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de aparatos ortopédicos es médicamente necesario como la opción preferida de tratamiento según las pautas de Medicare; Y • El uso de aparatos ortopédicos cuesta menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma condición; Y • Un médico (doctor) o un profesional de atención primaria (personal de enfermería con práctica médica o asociado médico) ordenaron el uso de aparatos ortopédicos.
<p>Atención de relevo</p>	<p>Servicios continuos o a corto plazo que se ofrecen como un descanso temporario para los cuidadores y miembros, a fin de que se tomen un tiempo para ellos mismos.</p>	<p>El número de horas de relevo disponibles para adultos y niños bajo los beneficios del ALTCS o los servicios de salud del comportamiento es de 600 horas por persona en un período de tiempo de 12 meses. Los 12 meses irán del 1 de octubre al 30 de septiembre del año siguiente.</p>
<p>Servicios de podología</p>	<p>Cualquier servicio prestado por un proveedor que trate problemas de los pies y tobillos.</p>	<p>AHCCCS cubre servicios de podología médicamente necesarios que son prestados por un podólogo autorizado y solicitados por un PCP o un profesional de atención primaria.</p>



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

Beneficio/servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido de pago
Trasplantes	Un trasplante es cuando un órgano o células se trasladan de una persona a otra.	La aprobación depende de la necesidad médica y de si el trasplante está en la lista de servicios “cubiertos”. Solo se pagarán los trasplantes que el AHCCCS designe como cubiertos.
Fisioterapia	Ejercicios que enseña o presta un fisioterapeuta para hacerlo más fuerte o para ayudar a mejorar el movimiento.	Las consultas de fisioterapia para pacientes ambulatorios para recuperar un nivel funcional se limitan a 30 consultas por año de contrato (del 1 de oct. al 30 de sept. del año siguiente). Los miembros que tienen Medicare debe comunicarse con el plan de salud para recibir ayuda y determinar cuántas consultas se contarán.

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

Consentimiento para el Tratamiento

Usted tiene derecho a aceptar o rechazar los servicios de salud del comportamiento que le ofrezcan. Si quiere recibir los servicios de salud del comportamiento recomendados, usted o su tutor legal deben firmar un formulario de “Consentimiento para el tratamiento”. De este modo, usted o su tutor legal dan permiso para que usted obtenga estos servicios. Cuando firma un formulario de “Consentimiento para el Tratamiento”, también le otorga permiso a AHCCCS para acceder a sus registros.

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

- Se informa al paciente sobre el tratamiento, procedimiento quirúrgico, psicofármaco o procedimiento



de diagnóstico propuestos.

- Se informa al paciente las opciones que tiene disponibles.
- Se informa al paciente los riesgos y las complicaciones posibles.
- Se obtiene autorización del paciente o del representante del paciente.

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

Servicios Financiados con Subvenciones Disponibles para los Ciudadanos de Arizona Inscritos en Medicaid y Sin Seguro o con Seguro Limitado

Es posible que las personas inscritas en Medicaid y sin seguro o con seguro limitado puedan obtener algunos servicios a través de subsidios. Existen muchos tipos de subvenciones. Para todos hay pautas respecto a quiénes pueden recibir estos fondos y para qué servicios se pueden usar. Por ejemplo, los fondos de subsidios podrían ofrecer servicios a personas que no están cubiertas por Arizona Complete Health-Complete Care Plan, que no están aseguradas o que tienen un seguro insuficiente.

Para obtener más información sobre las subvenciones, llame a su proveedor de atención de salud, al centro de salud del comportamiento o a Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Puede comunicarse con nosotros al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Tipos de Subvenciones

Subvenciones Federales En Bloque

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

- 1 Los subsidios de la SUBG se usan para tratamientos y servicios de apoyo a largo plazo para la recuperación de las siguientes personas, en este orden de prioridad:
 - Personas embarazadas/adolescentes que usan drogas inyectables.
 - Personas embarazadas/adolescentes que consumen sustancias.
 - Otras personas que usan drogas inyectables.
 - Mujeres que consumen sustancias con hijos dependientes y sus familias, incluidas las mujeres



que intentan recuperar la custodia de sus hijos.

- Otras personas con trastorno por uso de sustancias, independientemente del sexo y las formas de consumir, y conforme a la disponibilidad de fondos.

- 2 Las subvenciones en bloque para salud mental (MHBG) se usan para establecer o expandir servicios comunitarios a fin de brindar servicios de salud mental no contemplados en los Títulos 19/21 a niños con trastornos emocionales graves (SED), adultos con enfermedades mentales graves (SMI) y personas que sufren un primer episodio de psicosis (FEP).

Subvenciones Estatales y Federales para Trastornos por Consumo de Opioides

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

Otras Subvenciones Federales y Estatales

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

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

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

AHCCCS cubre los servicios de salud del comportamiento que no corresponden al Título 19/21 con ciertas limitaciones para los miembros del Título 19/21 y los que no pertenecen al Título 19/21 cuando sea médicamente necesario. Se pueden incluir servicios como los siguientes: auriculoterapia, cuidado de niños



(solo para SUD), prácticas curativas ancestrales, asistencia en viviendas, y habitación y comida (cuando se prestan dentro del entorno de un centro residencial de salud del comportamiento).

Además, algunos servicios del Acuerdo Regional de Salud del Comportamiento están disponibles para los miembros que no son elegibles para Medicaid (que no pertenecen al Título 19/21). En los subsidios y programas financiados por el estado se incluyen estas actividades:

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

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

Los subsidios se pueden usar para cubrir copagos, y depende de que haya fondos disponibles y se cumplan los criterios de elegibilidad. Consulte la sección *Copagos* para obtener información al respecto. Estos fondos provienen de las siguientes subvenciones: Servicios Estatales para Trastornos por Consumo de Sustancias (SUDS), Proyecto de Emergencia contra la COVID-19 de Arizona, Ley del Plan de Rescate Estadounidense (ARPA), Subvenciones en Bloque para Salud Mental (MHBG), Respuesta Estatal ante Opioides (SOR), Programa Estatal Piloto de Subvenciones para el Tratamiento de Mujeres Embarazadas y Puérperas (PPW-PLT) y Subvenciones en Bloque para los Servicios de Prevención, Tratamiento y Recuperación por Consumo de Sustancias (SUBG).

Puede obtener más información sobre estos programas en azcompletehealth.com/completecure o llamando a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Servicios de Vivienda

La asistencia en viviendas está disponible a través del administrador de viviendas del AHCCCS y otros recursos que se indican a continuación. Las solicitudes de vivienda pueden deben ser completadas por un proveedor del miembro o por Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarle a contactar los recursos comunitarios y de vivienda en su área. Los proveedores pueden conectarle con servicios de apoyo para ayudarle a permanecer en la vivienda, incluida la ayuda para encontrar ingresos o empleo, habilidades para la vida, servicios de apoyo entre pares y familias, y más. Puede comunicarse con el equipo de vivienda en AzCHHousing@azcompletehealth.com. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y solicitar hablar con un especialista en gestión de vivienda o con un coordinador de viviendas.

Viviendas de Apoyo

Es un servicio que ayuda a los miembros a encontrar y mantener la vivienda. La asistencia puede incluir lo siguiente:

- Solicitar apoyo para el alquiler.
- Prevención de desalojo.
- Ayuda con los servicios públicos.



- Encontrar recursos locales.
- Asistir o facilitar las citas de ABC/HOM Inc.:
 - Información sobre la vivienda.
 - Firma del contrato de alquiler.
 - Inspecciones del Estándar de Calidad de Vivienda (HQS) para la renovación de los contratos de alquiler.
 - Ayuda con cualquier necesidad de inspección del HQS.
 - Conectarse con un proveedor especializado en vivienda de apoyo permanente (PSH).

La asistencia y los servicios de vivienda se ofrecen sobre la base de las evidencias prácticas en continuidad de asistencia en viviendas de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Autoridades regionales en salud del comportamiento trabajan con el U.S. Department of Housing & Urban Development, Arizona Department of Housing, con las autoridades locales en vivienda y los comités locales de continuidad de asistencia en viviendas. La cantidad de miembros que pueden obtener viviendas en un año determinado depende de los niveles de financiación.

Oportunidades para la Salud (H2O)

H2O es un nuevo programa que proporciona asistencia adicional para la vivienda. El objetivo de la demostración de H2O de AHCCCS es mejorar y ampliar los servicios de vivienda y las intervenciones para los miembros de AHCCCS que están sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar. Los proveedores de AzCH, los administradores de casos y los especialistas en vivienda ayudarán a los miembros a recibir servicios de H2O.

Especialistas en Vivienda

Envíe un correo electrónico a AzCHHousing@azcompletehealth.com para solicitar la información de contacto de los proveedores especialistas en vivienda.

AHCCCS Housing Program (AHP)

Los miembros que tengan una necesidad de vivienda identificada pueden solicitar un subsidio de vivienda que ofrece el AHCCCS Housing Program (AHP). Los miembros deben trabajar con su equipo clínico para analizar esta opción. Para obtener más información: azabc.org

Housing and Urban Development Continuum of Care (HUD Coc)

Autoridades regionales en salud del comportamiento trabajan con el U.S. Department of Housing & Urban Development, Arizona Department of Housing, con las autoridades locales en vivienda y los comités locales de continuidad de asistencia en viviendas. La cantidad de miembros que pueden obtener viviendas en un año determinado depende de los niveles de financiación.

El programa Continuum of Care (CoC) trabaja para terminar con la falta de vivienda mediante financiación por parte de proveedores sin fines de lucro y gobiernos estatales y locales a fin de realojar rápidamente a personas y familias, a la vez que minimiza el trauma y la dislocación causados por la falta de vivienda.

En el condado de Maricopa, un miembro debe presentarse a un punto de acceso de la Entrada Coordinada (CE) de la CoC de Maricopa que se indica a continuación. El punto de acceso llevará a cabo una evaluación para identificar y priorizar qué programa de subsidios, si corresponde, la persona podría calificar a través



del CoC. El CoC hará contacto con el individuo cuando la vivienda esté disponible. Consulte a continuación los recursos de CoC del condado de Maricopa.

Puntos de acceso del condado de Maricopa para los programas HUD CoC, albergues de realojamiento rápido y recursos del DES:

Nombre	Condado/ lugar	Quién o cómo pueden ayudar	Información de contacto
Brian Garcia Welcome Center	Maricopa	Adultos solteros	206 S. 12th Ave. Phoenix, AZ 85007 Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 11 a.m. y de 12:30 p.m. a 5 p.m. 1-602-282-0853
UMOM Diane and Bruce Halle Women's Center	Maricopa	Solo mujeres	Para solicitar refugio y servicios, llame al 1-602-362-5833
East Valley Men's Center	Maricopa	Solo hombres	Para solicitar refugio y servicios, llame al 1-480-610-6722
East Valley Women's Shelter	Maricopa	Solo mujeres	Para solicitar refugio y servicios, llame al 1-480-969-1691
VA-Community Resource Referral Center (CRRC)	Maricopa	Personas en el servicio militar de EE. UU. y veteranos	1500 E. Thomas Rd. Phoenix, AZ 85014 Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. 1-602-248-6040
Tempe HOPE Outreach	Maricopa, Tempe	Los equipos de divulgación conectan a personas que viven en la calle con los servicios	Tempe: 1-480-858-7993



Nombre	Condado/ lugar	Quién o cómo pueden ayudar	Información de contacto
Tempe Community Bridges Inc. PATH Outreach team	Maricopa, Tempe	Los equipos de divulgación conectan a personas que viven en la calle con los servicios	1-844-691-5948
Safe Place	Maricopa	Línea directa para crisis las 24 horas para jóvenes sin hogar	1-602-841-5799 childcrisisaz.org/what-we-do/independent-living-program/
one-n-ten	Maricopa	Personas LGBTQ jóvenes sin hogar	1101 N. Central Ave. Suite 104 Phoenix, AZ 85004 De lunes a viernes, de 4 p. m. a 8 p. m. 1-602-400-2601
Homebase Youth Services (Native American Connections)	Maricopa	Jóvenes sin hogar	1-602-263-7773
Family Housing Hub	Maricopa	Familias con hijos menores dependientes	1-877-211-8661 fhhub.org/
Pat Gilbert Center	Maricopa: East Valley	Familias con hijos menores dependientes	635 East Broadway Rd. Mesa, AZ 85204 Solo los martes de 8 a.m. a 4 p.m.
Save the Family Foundation	Maricopa: East Valley	Familias con hijos menores dependientes	125 East University Dr. Mesa, AZ 85201 Solo los miércoles de 8 a.m. a 12 p.m.



Nombre	Condado/ lugar	Quién o cómo pueden ayudar	Información de contacto
Pendergast Community Center/ Family Resource Center	Maricopa: West Valley	Familias con hijos menores dependientes	10550 West Mariposa St. Phoenix, AZ 85037 Solo los jueves de 8 a.m. a 4 p.m.

Puntos de acceso del condado de Pima para los programas HUD CoC, albergues de realojamiento rápido y recursos del DES:

En el condado de Pima, un miembro debe presentarse a un punto de acceso TPCH CoC CE que se indica a continuación. El punto de acceso llevará a cabo una evaluación para identificar y priorizar qué programa de subsidios, si corresponde, la persona podría calificar a través del CoC. El CoC hará contacto con el individuo cuando la vivienda esté disponible. Consulte a continuación los recursos de CoC del condado de Pima.

La Frontera RAPP	Pima	Punto de acceso a los programas de Continuum of Care del HUD	1082 E Ajo Way, Ste. 100, Tucson, AZ 85713 Teléfono preferente: 1-520-882-8422 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m.
Salvation Army	Pima	Punto de acceso a los programas de Continuum of Care del HUD	Teléfono únicamente: 1-520-622-5411 De lunes a sábado, de 2 p. m. a 7 p. m.
Primavera Foundation	Pima	Punto de acceso a los programas de Continuum of Care del HUD	Servicios de emergencia: 702 S. 6th Ave. Tucson, AZ 85701 Lunes, miércoles, jueves y viernes de 9 a.m. a 12:30 p.m. Por teléfono: 1-520-623-5111 primavera.org/contact/
Our Family Services	Pima	Punto de acceso a los programas de Continuum of Care del HUD	Por teléfono: 1-520-323-1708 2590 N Alvernon Way Tucson, AZ 85712 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m.



Nombre	Condado/ lugar	Quién o cómo pueden ayudar	Información de contacto
Old Pueblo Community Services	Pima		Teléfono únicamente: 1-520-546-0122 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m.

Saldo del Estado

El programa de Continuum of Care (CoC) para condados distintos de Maricopa y Pima trabaja para terminar con la falta de vivienda mediante financiación por parte de proveedores sin fines de lucro y gobiernos estatales y locales a fin de realojar rápidamente a personas y familias, a la vez que minimiza el trauma y la dislocación causados por la falta de vivienda.

Para encontrar la lista actualizada de sitios rurales de Entrada Coordinada por condado, utilice el siguiente enlace: housing.az.gov/general-public/homeless-assistance.

El condado de Yuma WAGOC es parte del programa HUD CoC. En el condado de Yuma, un miembro debe utilizar el siguiente enlace para WACOG y presentarse para una evaluación. WAGOC realizará una evaluación para identificar y priorizar qué programa de subsidios, si los hubiera, calificaría a través del CoC. El CoC hará contacto con el individuo cuando la vivienda esté disponible. Consulte a continuación los recursos del condado de Yuma.

- WACOG — wacog.com/rapid-rehousing

Servicios de Empleo

¿Sabía qué...?

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

Servicios de Empleo del AHCCCS

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

- Asesoramiento profesional/educativo.
- Educación y planificación de beneficios.



- Conexión a rehabilitación vocacional o recursos comunitarios.
- Capacitación en habilidades laborales.
- Preparación del currículum y habilidades para una entrevista de trabajo.
- Ayuda para encontrar un trabajo.
- Apoyo laboral (orientación laboral).

Para obtener más información acerca de las ayudas y los servicios de empleo o para que lo conecten, consulte en su centro de salud integrada o del comportamiento, o comuníquese con Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Cómo Conectarse con los Servicios de Empleo

La mayoría de los centros de salud del comportamiento o integrada tienen personal de empleo dedicado que puede ayudarle. Los miembros del personal pueden conectarle con apoyos y servicios de empleo que satisfagan sus necesidades. El personal y usted trabajarán juntos para determinar los mejores servicios según su objetivo de trabajo.

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

¿Necesita más ayuda? Llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Podemos comunicarle con el administrador de empleo de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.

Otros Recursos de Empleo

Vocational Rehabilitation (VR)

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

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

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



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

ARIZONA@WORK

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

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

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

Educación y Planificación de Beneficios

Existen varios mitos relacionados con el trabajo y los beneficios. Hay muchas personas con discapacidades que trabajan y reciben beneficios, y viven mejor así. Tener una discapacidad no implica que no pueda trabajar. Pregunte en su centro de salud del comportamiento o integrada sobre los siguientes recursos:

- **Arizona Disability Benefits 101 (DB101):** Esta herramienta en línea, gratuita y fácil de usar ayuda a las personas a superar los mitos y la confusión acerca de los beneficios de Seguro Social, la atención médica y el empleo. DB101 ayuda a que las personas tomen decisiones informadas sobre cómo obtener un trabajo y cómo se relacionan los beneficios y los ingresos laborales. Visite az.db101.org para utilizar esta herramienta.
- **ABILITY360:** En ABILITY360 hay un programa llamado Benefits 2 Work Arizona's Work Incentives Planning & Assistance (B2W WIPA) que puede ayudarle a comprender cómo los ingresos laborales afectarán sus beneficios en efectivo, los beneficios médicos, entre otros. Llame a B2W WIPA al **1-602-443-0720** o al **1-866-304-WORK (9675)** o envíe un correo electrónico a b2w@ability360.org para ver si califica para este servicio sin costo alguno.

Recursos de Apoyo para Pares y Familias

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

- Apoyo entre pares.
- Habilidades para la vida.
- Capacitación laboral.
- Apoyo al salir de prisión.
- Apoyo para veteranos.
- Y otros.



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

- Apoyo familiar.
- Servicios de relevo;
- Bienestar y habilidades para la vida.
- Apoyo juvenil.
- Apoyo para orientarse en las adaptaciones educativas para su hijo.
- Apoyo para navegar por el sistema de justicia juvenil.
- Capacitación laboral para familias con niños que reciban servicios de salud del comportamiento.

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

Atención de Salud para Pacientes Terminales

La atención de salud para el final de la vida es un enfoque centrado en el miembro cuyo objetivo es preservar los derechos y la dignidad del miembro y, a la vez, garantizarle que reciba todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid. La atención de salud para pacientes terminales incluye brindarles información a los miembros y las familias sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento para que los miembros se mantengan saludables, y ofrecerles más herramientas para decidir su tratamiento si se enfrentan a una enfermedad terminal, independientemente de la edad del miembro y la etapa de su enfermedad. La atención al final de la vida también permite a los miembros obtener planificación de cuidados avanzados, cuidados paliativos, cuidados de apoyo y servicios para enfermos terminales. Por lo general, también incluye la creación de instrucciones anticipadas (consulte a continuación).

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

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

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

Existen dos tipos de instrucciones anticipadas en Arizona:

- **Testamento en vida:** Un documento que le indica a su proveedor de atención de salud si debe seguir brindándole el tratamiento cuando esté cerca de morir o en un estado de inconsciencia permanente sin esperanza de que se recupere. (*Testamento en vida: Estatutos Revisados de Arizona §§ 36-3261 y siguientes*).



- **Poder notarial duradero para atención de salud:** Un documento en el que usted nombra a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted, incluidas las decisiones sobre el soporte vital, si ya no puede hablar por su cuenta. Esta persona será su “agente” para la atención de salud, y posiblemente también se encargue de cumplir los deseos que usted indicó en el “testamento en vida”. (*Poder notarial duradero para la atención médica: Estatutos Revisados de Arizona §§ 36-3221 y siguientes. Poder notarial duradero para la atención de la salud mental: Estatutos Revisados de Arizona §§ 36-3281 y siguientes*).

Si quiere crear una instrucción anticipada:

- Puede pedir un formulario a sus proveedores, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social.
- Complete el formulario y fírmelo. Recuerde que es un documento legal. Es recomendable que un abogado le ayude a completar el formulario.
- Entregue copias a las personas que necesiten conocerlo, incluidos sus proveedores y la persona que usted designe como su agente. Es posible que quiera que sus amigos cercanos o los miembros de la familia tengan también una copia.
- Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

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

El plan de salud no puede negarse a brindarle atención ni discriminarle de ninguna otra manera por el hecho de que tenga o no instrucción anticipada. También puede presentar una queja si cree que el plan de salud o un proveedor no han seguido los requisitos establecidos en su instrucción anticipada. Para presentar una queja, puede comunicarse con el Departamento de Quejas y Apelaciones de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o directamente con el AHCCCS y la ADHS Division of Licensing Services.

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

Servicios Especializados y Remisiones del Médico

Una **remisión del médico** es cuando su administrador de atención del Arizona Complete Health-Complete Care Plan, PCP o centro de salud del comportamiento le envía a un médico especialista para un servicio específico. Es posible que su administrador de atención, PCP o centro de salud del comportamiento le pidan que vea a un médico especialista o reciba servicios especiales. Puede llamar al Arizona Complete Health-Complete Care Plan, a su centro de salud del comportamiento o a su PCP si cree que necesita una remisión del médico para recibir atención especializada. Una remisión del médico puede ser para ir a un proveedor especializado, al hospital o para realizarse análisis de laboratorio. Su PCP o centro de salud del comportamiento coordinarán los servicios especializados que se enumeran a continuación. Es posible que algunos de estos servicios especializados requieran autorización previa.



- Evaluaciones nutricionales para miembros de 21 años o más.
- Visitas de la salud en el hogar.
- Trasplante de órganos.
- Atención de enfermería especializada en el hogar.
- Servicios de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional o del habla.
- Atención especializada.
- Cirugía
- Algunas radiografías, exploraciones o pruebas médicas.
- Equipo médico duradero (DME), como sillas de ruedas u oxígeno.

No necesita una remisión del médico para estos servicios especializados:

- Servicios de emergencia, incluidas las salas de emergencia fuera de la red que no tengan contrato.
- Servicios de atención urgentemente necesaria.
- La mayoría de los servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios (consulte la sección Servicios de salud del comportamiento para obtener más información).
- Servicios de ginecología y obstetricia.
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios de audiología para evaluar la pérdida de audición tanto para pacientes ambulatorios como pacientes hospitalizados. Esto incluye dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) tanto para los equipos que generan voz como para los que no. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, comuníquese con su administrador de atención o con Servicios al Miembro.
- Servicios dentales para menores de 21 años.

Tenga presente que: Las miembros pueden someterse a una prueba de Papanicolaou o a una mamografía (*después de los 40 años y a cualquier edad si se considera médicamente necesario*) una vez al año sin necesidad de una remisión del PCP. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener más información sobre exámenes de Papanicolaou y mamografías.

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

Rechazo de Solicitudes de Servicios Especializados

Si se rechaza su solicitud de proveedor especializado, se lo comunicaremos por correo. La carta también tendrá instrucciones para apelar nuestra resolución si no está conforme con la decisión. Si tiene preguntas



sobre el rechazo, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Para obtener más información sobre la apelación por una autorización denegada, consulte la sección titulada “*Reclamos: ¿Qué debo hacer si no estoy conforme?*” en este manual.

Si recibe servicios de SUD financiados por la Subvención en Bloque para el Consumo de Sustancias (SUBG), tiene derecho a recibir servicios de un proveedor cuyo carácter religioso o moral no se opone a sus creencias. Si se opone al carácter religioso o moral de su proveedor de tratamiento de SUD, puede solicitar una remisión a otro proveedor de tratamiento de SUD. Obtendrá una cita con el nuevo proveedor dentro de los siete días de su solicitud de remisión, o antes si es necesario. El nuevo proveedor debe estar disponible para usted y proporcionarle servicios de SUD similares a los servicios que recibía del proveedor anterior.

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

Miembros Indígenas Estadounidenses

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

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Su PCP o su centro de salud del comportamiento organiza la mayoría de sus servicios de atención de salud. Puede recibir servicios médicos de su PCP o del centro de salud del comportamiento. Su PCP o su centro de salud del comportamiento también pueden hacer planes para que usted obtenga estos servicios de otro proveedor (a veces, llamado “médico especialista”). **Siempre debe llamar a su PCP o a su centro de salud del comportamiento antes de acudir a cualquier otro proveedor o intentar obtener servicios externos.**

No tiene que consultar su PCP ni acudir al centro de salud del comportamiento para lo siguiente:

- Servicios de emergencia.
- Servicios de atención urgentemente necesaria.
- Servicios para casos de crisis.
- Servicios de salud del comportamiento.
- Servicios para trastornos por consumo de sustancias.
- Servicios de ginecología y obstetricia.
- Servicios dentales.

Tenga presente que: Las miembros pueden someterse a una prueba de Papanicolaou o a una mamografía (después de los 40 años y a cualquier edad si se considera médicamente necesario) una vez al año sin necesidad de que su PCP las derive. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener más información sobre exámenes de Papanicolaou y mamografías.

Cómo Elegir o Cambiar de PCP

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



tipos de proveedores:

- Un médico de la familia o general.
- Un internista.
- Un obstetra o ginecólogo.
- Un pediatra o médico especialista en medicina del adolescente.
- Una profesional de enfermería registrado.
- Un asociado médico.
- Un médico especialista que realiza funciones de PCP.

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

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

¿Cómo Pueden las Consultas al Médico Ayudarle a Mantenerse Saludable?

- Asegúrese de que los menores de 21 años se hagan exámenes de bienestar y se vacunen todos los años. Una consulta/chequeo de bienestar es lo mismo que una consulta de servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina (EPSDT).
- Los adultos de 21 años o más deben someterse a exámenes anuales de bienestar y visitar a su PCP cuando se enfermen o para tratar una condición crónica.
- Programe exámenes preventivos como papanicolaou, mamografías (*después de los 40 años y a cualquier edad si se consideran médicamente necesarios*) y pruebas de detección de cáncer una vez al año o según sea necesario. Hable con su proveedor sobre otras pruebas de detección y preventivas importantes, como colonoscopias, exámenes de próstata, pruebas de diabetes y colesterol, una revisión de las vacunas necesarias (inmunizaciones), asesoramiento sobre el estilo de vida y cualquier otra remisión del médico necesaria.
- Asista a su cita para las pruebas que su proveedor le haya indicado.
- Sepa por qué es importante que se haga pruebas y qué puede ocurrir si no lo hace.
- Pídale a su proveedor que le ayude a aprender a cuidarse mejor.

Cómo Programar, Modificar o Cancelar Citas

Cómo programar una cita:

- Llame a su PCP, dentista o médico especialista para programar su cita.
- Informe al consultorio del proveedor su nombre, su número de ID del Arizona Complete Health-



Complete Care Plan (aparece en la parte delantera de su tarjeta de ID del plan), el nombre de su proveedor y por qué necesita consultar a este proveedor.

Cómo cambiar una cita:

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

Cómo cancelar su cita:

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

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

Disponibilidad de Citas: ¿Cuánto Tiempo se Tarda en Atenderse con un Proveedor?

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

PCP	<ul style="list-style-type: none"> • Urgente: Tan pronto como sea necesario debido a la condición miembro, pero a más tardar 2 días hábiles después de la solicitud • Rutina: En un plazo de 21 días calendario a partir de la solicitud
Especialidades/ especialidad dental	<ul style="list-style-type: none"> • Urgente: Tan pronto como sea necesario debido a la condición miembro, pero a más tardar 2 días hábiles después de la solicitud • Rutina: En un plazo de 45 días calendario a partir de la solicitud
Dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Urgente: Tan pronto como sea necesario debido a la condición miembro, pero a más tardar 3 días hábiles después de la solicitud • Rutina: En un plazo de 45 días calendario a partir de la solicitud
Maternidad	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre: Dentro de los 14 días calendario de la solicitud • Segundo trimestre: Dentro de los 7 días calendario de la solicitud • Tercer trimestre: Dentro de los 3 días hábiles de la solicitud • Embarazos de Alto Riesgo: De manera tan rápida como lo requiera la condición de salud del miembro y no más de 3 días hábiles de la identificación de alto riesgo por parte de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o un proveedor de atención de maternidad, o de manera inmediata si existe una emergencia.



<p>Salud del comportamiento: citas con proveedores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad Urgente: De manera tan rápida como lo requiera la condición de salud del miembro, pero no más de 24 horas desde la identificación de la necesidad • Atención de Rutina: Evaluación inicial dentro de los 7 días naturales de la remisión del médico • El primer servicio de salud del comportamiento después de la evaluación inicial. • Dentro del plazo indicado por la condición de salud del comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Para miembros de 18 años o más, a más tardar 23 días calendario después de la evaluación inicial – Para miembros menores de 18 años de edad, a más tardar 21 días después de la evaluación inicial • Todos los servicios siguientes: De manera tan rápida como lo requiera la condición de salud del miembro, pero no más de 45 días naturales desde la identificación de la necesidad
<p>Salud del comportamiento: medicamentos psicotrópicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la urgencia de la necesidad de manera inmediata. • Si se indica clínicamente, proveer una cita con el Profesional Médico de Salud del comportamiento (BHMP) dentro de un período que garantice que el miembro a) no se quede sin medicamentos; o b) no precarice su condición de salud del comportamiento antes de comenzar con los medicamentos, pero no más de 30 días naturales desde la identificación de la necesidad

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

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

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

Consultas de Bienestar

Las consultas de bienestar (exámenes de bienestar) están cubiertas para los miembros menores de 21 años a través del beneficio de los servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina (EPSDT). La mayoría de las visitas de rutina (también llamadas chequeos o exámenes físicos) incluyen una historia clínica, un examen físico, exámenes de salud, asesoramiento sobre la salud y vacunas médicamente necesarias.



¿Qué es una Consulta Preventiva o de Bienestar?

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

- Examen físico (examen de bienestar) para su salud general.
- Examen clínico de los senos.
- Examen pélvico, según sea necesario.
- Vacunas (inyecciones) y pruebas basadas en su edad y cualquier factor de riesgo.
- Exámenes, asesoramiento y remisiones del médico según sea necesario con un enfoque en cómo vivir un estilo de vida saludable y reducir sus riesgos de salud, entre ellos:
 - Nutrición adecuada.
 - La actividad física.
 - Índice de masa corporal (BMI) elevado que indica obesidad.
 - Consumo, abuso o dependencia de tabaco o sustancias.
 - Detección de depresión.
 - Pruebas de detección de violencia interpersonal y doméstica, que incluyen pruebas de detección y asesoramiento (adolescentes incluidos) de manera culturalmente sensible y de apoyo para abordar las preocupaciones de seguridad y salud.
 - Infecciones de transmisión sexual (STI).
 - Virus de inmunodeficiencia humana (HIV).
 - Servicios y suministros de planificación familiar.
 - Asesoramiento previo a la concepción en el que se hable de un estilo de vida saludable antes y entre embarazos que incluye lo siguiente:
 - » Historial reproductivo y prácticas sexuales.
 - » Peso saludable, incluida la dieta y la nutrición, así como el uso de suplementos nutricionales y la ingesta de ácido fólico.
 - » Actividad física o ejercicios.
 - » Cuidado de la salud bucal.
 - » Manejo de enfermedades crónicas.
 - » Bienestar emocional.
 - » Consumo de tabaco y sustancias (cafeína, alcohol, marihuana y otras drogas), incluido el uso de medicamentos con receta.
 - » Intervalos recomendados entre embarazos.
 - » Inicio de las remisiones del médico necesarias cuando se identifica la necesidad de una evaluación, un diagnóstico o un tratamiento adicionales.
- Las pruebas genéticas solo están cubiertas en circunstancias específicas.



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

Servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina (EPSDT) es el nombre del beneficio de Medicaid que asegura que los miembros de AHCCCS menores de 21 años reciban atención de salud integral a través de la prevención, intervención temprana, diagnóstico, corrección, mejora y tratamiento para las condiciones de salud física y del comportamiento.

El objetivo de los servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina es asegurar la disponibilidad y el acceso a recursos de atención de salud, además de asistir a los miembros en edad de EPSDT y a sus padres o tutores para usar estos recursos de manera eficaz.

Cantidad, Duración y Alcance:

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

Esto significa que los servicios cubiertos bajo los servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina incluyen todas las categorías de servicios en la ley federal, incluso cuando no están enumeradas como servicios cubiertos por el plan estatal del AHCCCS, los estatutos, reglas o políticas del AHCCCS siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios y rentables.

Algunos ejemplos adicionales de los servicios cubiertos por el programa EPSDT incluyen, entre otros, consultas del niño sano (preventivas); servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados; servicios de laboratorio y radiografías; servicios médicos; servicios naturopáticos; servicios de personal de enfermería con práctica médica; medicamentos; servicios de terapia; servicios de salud del comportamiento; equipos, aparatos y suministros médicos; aparatos ortopédicos; prótesis; transporte a las citas médicas; servicios y suministros de planificación familiar y servicios de maternidad. El servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina también incluye servicios de diagnóstico, exámenes de detección, y servicios preventivos y de rehabilitación. Sin embargo, los servicios de tratamiento, diagnóstico y exámenes médicos iniciales de rutina no incluyen servicios que sean experimentales, que tengan solamente un fin cosmético, o que no sean rentables cuando se los compara con otras intervenciones. Las consultas de niño sano para los miembros en edad de EPSDT, incluso cuando están sanos, son importantes porque incluyen todos los exámenes y servicios descritos en EPSDT de AHCCCS y los cronogramas de periodicidad dental, y pueden identificar problemas de forma temprana.



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

- Evaluación de los antecedentes médicos.
- Mediciones de estatura y peso, incluido el BMI para los niños de 24 meses o más.
- Perímetro de la cabeza desde el nacimiento hasta los 24 meses.
- Medición de la presión arterial (la necesidad de medir la presión arterial de los niños desde el nacimiento hasta los 24 meses debe ser evaluada por el PCP).
- Evaluación nutricional.
- Evaluación periódica.
- Evaluación de la audición y el habla.
- Evaluación del desarrollo, incluido el examen de detección del trastorno del espectro autista (ASD).
- Examen físico.
- Evaluaciones del comportamiento que incluyen el consumo de alcohol y drogas, el suicidio adolescente y la depresión posparto.
- Vacunas.
- Prueba de tuberculina (tuberculosis) para miembros en riesgo entre los 12 meses y los 20 años.
- Análisis de hemoglobina y hematocritos.
- Análisis de orina.
- Exámenes de detección de plomo/pruebas verbales.
- Prueba de detección de plomo y análisis de plomo en sangre a los 12 y 24 meses de edad y a los 36 y 72 meses si no se ha realizado anteriormente.
- Orientación anticipada.
- Prueba de detección de dislipidemia.
- Pruebas de dislipidemia (una sola vez entre los 18 y los 20 años).
- Examen de detección de STI (evaluación de riesgos para personas de 11 a 20 años).
- Examen de detección de displasia cervical (evaluación de riesgos para personas de 11 a 20 años).
- Evaluaciones de salud bucal cada seis meses.
- Examen metabólico del recién nacido.
- El barniz con flúor puede ser aplicado por el PCP durante estas consultas desde los 6 meses de edad con al menos un diente y puede repetirse cada tres meses hasta la edad de 5 años.
- Remisión del médico al dentista: Se recomienda que el primer examen comience a los 6 meses de edad. Repetir las visitas dentales cada seis meses o según lo indique el estado de riesgo del niño. Para más información sobre la cobertura de atención dental, consulte el apartado "Atención dental" de



este manual.

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

- Mantener bien a su hijo.
- Proteger a su hijo de lastimarse.
- Detectar a tiempo los problemas de salud.
- Solicite servicios como WIC, Head Start, Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS) y Arizona Early Intervention Program (AZEIP).

Todos los niños deben atenderse con su proveedor para las visitas para niños sanos con regularidad. Los controles para niños sanos deben hacerse a las siguientes edades o en cualquier otro momento, según las recomendaciones de su proveedor:

- | | | |
|-----------------|------------|--|
| • Cuando nace | • 6 meses | • 24 meses |
| • De 3 a 5 días | • 9 meses | • 30 meses |
| • Al mes | • 12 meses | • Una vez al año desde los 3 hasta los 20 años |
| • 2 meses | • 15 meses | |
| • 4 meses | • 18 meses | |

Le enviaremos un recordatorio sobre los controles de bienestar. Pida una cita con su PCP. Es importante que su hijo asista a todos los controles de control para niños sanos.

Atención Preventiva y de Bienestar

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

Nuestros miembros pueden ir directamente a un OB/GYN de la red para recibir servicios de atención médica preventivos y de rutina. No es necesaria una remisión de su PCP.

Llamadas para Programar Citas

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



Planificación Familiar

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

Los siguientes servicios y suministros de planificación familiar incluyen:

- Asesoramiento anticonceptivo.
- Pruebas de embarazo, exámenes médicos y pruebas de laboratorio, incluidos los estudios de ultrasonido relacionados con la planificación familiar.
- Pruebas de detección y tratamiento de STI.

Los siguientes métodos de control de la natalidad:

- Píldoras anticonceptivas.
- Inyecciones Depo-Provera®.
- Anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) y anticonceptivos reversibles de larga duración para el período inmediato de posparto (IPLARC), entre ellos:
 - Anticonceptivos implantables.
 - Diafragmas.
 - DIU (dispositivos intrauterinos).
 - Espumas.
 - Preservativos.
 - Supositorios.
- Tratamiento de complicaciones por el uso de anticonceptivos, incluido el tratamiento de emergencia.
- Planificación familiar natural y remisión a profesionales de la salud calificados.
- Anticonceptivo de emergencia poscoital (conocido como la “píldora del día después”) dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección.
- Esterilización mediante vasectomías y ligaduras de trompas para miembros que tienen como mínimo 21 años.

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

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

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



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

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

Atención de Maternidad

Cuando quede embarazada, queremos que tenga un embarazo y un bebé sanos. Contamos con programas especiales que pueden ayudarla durante el embarazo y después del nacimiento de su bebé.

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

Los servicios de atención de maternidad incluyen, entre otros, los siguientes:

- Asesoramiento médicamente necesario antes de la concepción.
- Identificación del embarazo.
- Educación médicamente necesaria y servicios prenatales para la atención del embarazo.
- Tratamiento de condiciones relacionadas con el embarazo.
- Servicios de parto.
- Servicios y atención posparto.
- Servicios y suministros de promoción y planificación familiar que incluyan anticonceptivos reversibles de larga duración para el período inmediato de posparto (IPLARC/LARC).

Es importante que programe y asista a las citas con su proveedor durante el embarazo. Un coordinador de salud infantil maternal (MCH) del Arizona Complete Health-Complete Care Plan la ayudará durante su embarazo y después de él. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que la atienda durante el embarazo y el parto, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

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

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

- Hablar con usted sobre sus necesidades médicas o sociales.
- Desarrollar un plan de atención diseñado para abordar esas necesidades.
- Ayudar con las remisiones del médico a proveedores y recursos comunitarios apropiados, según sea necesario.



- Hacer un seguimiento con las remisiones para garantizar que se reciban los servicios.
- Revisar el plan de atención, según sea necesario.

Amamantar y ofrecer leche materna son maravillosos obsequios que puede darle a su bebé.

La leche materna es excelente para su bebé. Aumenta el vínculo entre la madre y el bebé y puede proteger a los bebés de enfermedades. Usted también puede beneficiarse de la lactancia, ya que puede reducir el riesgo de diabetes, algunos cánceres de seno y de ovario. La lactancia materna también puede ayudarla a perder algo del peso que ganó durante el embarazo. Las primeras semanas pueden ser complicadas y difíciles, ya que tanto usted como su bebé aprenden a amamantar. Las primeras semanas son importantes para establecer el suministro de leche y pueden ser un momento en el que muchas madres dejan de amamantar. Es importante obtener ayuda en forma temprana, antes de que las pequeñas preocupaciones se transformen en grandes problemas.

Los miembros pueden comunicarse con Arizona Complete Health para obtener un sacaleche sin costo alguno. Llame a su Administrador de atención del plan de salud, coordinador de la atención o Servicios al Miembro para obtener más información al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Para obtener ayuda las 24 horas del día con cualquier problema o inquietud sobre la lactancia materna, llame a la **línea directa de lactancia materna 24 horas al 1-800-833-4642**. También podemos ayudarla a conseguir un sacaleches si decide amamantar.

Identificación de Embarazos

Tan pronto como piense que está embarazada, llame a su PCP para realizarse una prueba de embarazo. Una vez que sepa que está embarazada, es importante elegir un proveedor de atención prenatal. Tenga en cuenta lo siguiente: Su proveedor de atención prenatal también puede servir como su PCP, a menos que esté consultando a una partera autorizada. Las parteras autorizadas no pueden brindar servicios de atención primaria, ya que estos servicios no están dentro de su ámbito de práctica. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para elegir un proveedor de cuidado prenatal adecuado para usted. A continuación, llame al proveedor para programar su primera cita. No necesita una remisión del médico para consultar con un proveedor de cuidado prenatal. Si hace la transición a un nuevo plan de salud durante el embarazo o se inscribe durante el tercer trimestre de embarazo, puede continuar recibiendo servicios de atención de maternidad con su proveedor registrado actual del AHCCCS, incluso si ese proveedor no tiene contrato con Arizona Complete Health, para garantizar la continuidad de la atención.

Hay diferentes tipos de proveedores de atención prenatal entre los que puede elegir. Puede elegir:

- Un médico especializado en el embarazo (también conocido como obstetra).
- Una partera autorizada (si es mayor de 18 años y no es de alto riesgo).
- Un enfermera partera certificada.
- Un miembro de enfermería profesional.
- Un asociado médico.



Atención Prenatal

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

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

Llame para obtener una cita tan pronto como sepa que está embarazada. Tenga en cuenta lo siguiente: Es muy importante que acuda a todas las citas prenatales programadas por su proveedor. Durante sus consultas de atención prenatal, su proveedor puede brindarle los siguientes servicios:

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

Cuando descubra que está embarazada, su proveedor debe verla:

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

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

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

- Comer alimentos saludables.
- Hacer ejercicio durante el embarazo.
- No fumar, no beber alcohol ni consumir otras sustancias durante el embarazo (incluido el consumo de opioides recetados).
- Abuso de pareja íntima.
- Medicamentos durante el embarazo.
- Pruebas de detección de STI o hepatitis.
- Pruebas de HIV/AIDS, asesoramiento y tratamiento si las pruebas son positivas.



- Peligros de la exposición al plomo en personas embarazadas y su bebé.
- Cambios normales del embarazo que experimentará su cuerpo.
- El proceso de trabajo de parto y el parto.
- Cuándo llamar a su proveedor de inmediato por los cambios en la salud.
- Depresión posparto y otros cambios en el estado de ánimo.
- Plan de atención segura y sueño del bebé después del parto.
- Lactancia.
- Seguimiento posparto.
- Suministros y servicios de planificación familiar y de separación entre embarazos, como anticonceptivos reversibles de larga duración para el período inmediato de posparto, píldoras anticonceptivas, inyecciones Depo-Provera®, preservativos, diafragmas, espumas y supositorios.

Los servicios relacionados con el embarazo son gratuitos. En su primera visita, el proveedor también realizará una evaluación de riesgos para identificar sus necesidades médicas, conductuales o sociales. Sus respuestas y necesidades le mostrarán al proveedor cómo se establecerá un embarazo. En este momento, su proveedor hará remisiones a consultorios de servicios comunitarios y se pueden coordinar los recursos. Algunos ejemplos de servicios comunitarios son el Women, Infants and Children (WIC) y otros programas estatales de asistencia, como el Department of Economic Security (DES). El DES proporciona ayuda financiera a los residentes de Arizona que califican en el momento de la solicitud.

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

Pruebas de HIV/AIDS

Los miembros nacidos y por nacer disponen de servicios voluntarios y confidenciales de HIV/AIDS. También se ofrece información sobre la disponibilidad de asesoramiento y tratamiento médico, así como sobre los beneficios del tratamiento para las miembros embarazadas y sus bebés si el resultado es positivo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudar. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** para obtener información sobre pruebas confidenciales o servicios de asesoramiento.

Embarazo de Alto Riesgo

Su embarazo puede ser de alto riesgo si usted o su bebé tienen una condición médica o de otro tipo que podría hacer que usted o su bebé enfermen durante el embarazo o después del parto. Su proveedor trabajará con usted para identificar cualquier factor de riesgo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene administradores de atención que pueden ayudarla con su embarazo de alto riesgo sin costo. Nuestros administradores de atención pueden responder preguntas y ayudar con las citas o remisiones del médico. Si quiere comunicarse con un administrador de atención, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.



Atención al Parto

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

Atención Posparto

La atención posparto es la atención médica que comienza el último día de embarazo y continúa hasta 12 meses después del parto. Esta parte final de los cuidados de maternidad es muy importante y debe llevarse a cabo aunque el parto haya salido bien. Durante una visita posparto, su proveedor la examinará para determinar sus necesidades médicas y de salud del comportamiento después del nacimiento de su bebé.

Muchas personas que han dado a luz pueden sentirse tristes o deprimidas, o pueden sufrir otros cambios en su estado de ánimo después del nacimiento de su bebé. Informe a su proveedor si tiene sentimientos de depresión u otras preocupaciones sobre el estado de ánimo y la ansiedad. Estas inquietudes pueden tratarse. Es importante informar a alguien si tiene estos sentimientos.

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

Servicios y Suministros de Planificación Familiar

Tiene la libertad de elegir los servicios y suministros de planificación familiar de cualquier PCP o OB/GYN dentro de la red o fuera de la red. No necesita una remisión ni autorización previa de su PCP para servicios o suministros de planificación familiar, o para servicios de OB/GYN. Los servicios y suministros de planificación familiar no requieren ningún copago y se le ofrecen sin costo alguno.

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

- Asesoramiento, medicamentos o suministros anticonceptivos, incluidos, entre otros:
 - Anticonceptivos orales e inyectables.
 - Anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) incluida la colocación de anticonceptivos reversibles de larga duración para el período inmediato de posparto (IPLARC).
 - Diafragmas.
 - Preservativos.
 - Espumas.
 - Supositorios.
- Exámenes médicos y análisis de laboratorio, incluidas ecografías relacionadas con la planificación familiar.
- Tratamiento de complicaciones que resultan del uso de anticonceptivos, incluido el tratamiento de emergencia.
- Educación para planificación familiar natural o remisión del médico a un proveedor calificado.



- Anticonceptivos orales de emergencia dentro de las 72 horas posteriores a tener relaciones sexuales sin protección.
- Examen de embarazo.
- Medicamentos cuando están asociados con condiciones médicas relacionadas con la planificación familiar u otras condiciones médicas.
- Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI), independientemente del sexo.
- Servicios de esterilización, independientemente del sexo, cuando se cumplen los requisitos.

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

Interrupciones del Embarazo Médicamente Necesarias

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

- 1** La mujer embarazada sufre de un trastorno, lesión o enfermedad física, incluidas las condiciones físicas que ponen en peligro la vida causadas por el embarazo mismo o que surgen durante su transcurso, y esos problemas podrían poner en riesgo su vida, a menos que se interrumpa el embarazo, según lo determinado por un médico.
- 2** El embarazo es resultado de incesto.
- 3** El embarazo es resultado de una violación.
- 4** La terminación del embarazo es médicamente necesaria según el juicio médico de un médico certificado, que atestigua que la continuación del embarazo podría significar un problema físico o del comportamiento grave para la mujer embarazada, ya que:
 - a.** Crearía un problema de salud físico o del comportamiento grave para la mujer embarazada.
 - b.** Dificultaría gravemente una función corporal de la mujer embarazada.
 - c.** Causaría la disfunción de un órgano corporal o parte del cuerpo de la mujer embarazada.
 - d.** Exacerbaría un problema de salud de la mujer embarazada.
 - e.** Impediría que la mujer embarazada obtenga tratamiento por un problema de salud.



Cuidados Dentales

Miembros Menores de 21 Años

Todos los controles, limpiezas y tratamientos dentales están cubiertos para los miembros menores de 21 años. No se requiere una remisión del médico para ver a un dentista. Se cubren dos consultas dentales de rutina y preventivas al año para los miembros menores de 21 años. Es importante que usted y sus hijos consulten al dentista dos veces al año para mantener los dientes sanos. Se recomienda la primera visita dental de un niño cuando sale el primer diente, pero no más tarde de los 12 meses de edad. Los niños deben acudir a su dentista para hacerse controles cada seis meses.

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

Arizona Complete Health-Complete Care Plan envía cartas de recordatorio sobre controles dentales a los miembros. Es importante que asista a sus visitas programadas porque los dentistas pueden ayudar a prevenir las caries. También pueden utilizar tratamientos con fluoruro dental y enseñarle a usted y a su hijo cómo cuidar los dientes. Es importante consultar al dentista para hacerse controles dos veces al año. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** si necesita ayuda para encontrar otro proveedor dental. Una vez que haya elegido un dentista, puede llamar a su consulta para concertar, cambiar o cancelar una cita. Su dentista está disponible para usted incluso si no se puede acceder a proveedores dentales escolares o móviles.

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

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

Utilice estas pautas para programar las citas de su hijo:

- Urgente: Tan pronto como sea necesario debido a la condición miembro, pero a más tardar tres días laborables después de la solicitud.
- Rutina: Dentro de 45 días calendario a partir de la solicitud.

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



Miembros de 21 Años o Más

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

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

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

Servicios de Farmacia

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

La PDL incluye medicamentos disponibles sin autorización previa. Algunos medicamentos requieren autorización previa o tienen limitaciones por edad, dosis y cantidad máxima. En el caso de algunos medicamentos, primero debe probar otro medicamento. Esto se denomina *terapia escalonada* (consulte a continuación).

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cubrirá los medicamentos enumerados en nuestra PDL, siempre y cuando sean médicamente necesarios y apropiados. La PDL de Arizona Complete Health-Complete Care Plan incluye todos los medicamentos cubiertos en la PDL de AHCCCS relacionada e incluye productos adicionales que son seguros y efectivos. La PDL no pretende ser una lista completa de los medicamentos cubiertos por su beneficio de medicamentos con receta. Es posible que no todas las formas de dosificación o concentraciones de un medicamento estén cubiertas.

El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) de AHCCCS y el equipo de farmacia de Arizona Complete Health-Complete Care Plan evalúa continuamente la PDL para promover el uso adecuado, médicamente necesario y rentable de los medicamentos. Las actualizaciones anuales y los cambios importantes en la PDL se comunican a los proveedores y a los miembros por correo directo (por ejemplo, fax, correo electrónico,



correo postal), según sea necesario.

Reemplazos por Medicamentos Genéricos

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

Terapia Escalonada

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

¿Qué es la Autorización Previa?

Algunos medicamentos deben ser aprobados por Arizona Complete Health-Complete Care Plan antes de que usted los reciba. Esto se denomina “autorización previa”. Pregúntele a su proveedor si su receta necesita autorización previa. Si es así, pregunte si hay otro medicamento preferido que pueda usarse y que no requiera autorización previa. Los proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan saben:

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

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

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



¿Qué pasa si un Medicamento no está en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)/Formulario?

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

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

¿Qué Pasa si se Rechaza Mi Solicitud?

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

Si Arizona Complete Health-Complete Care Plan limita, suspende o finaliza un servicio existente, hay derechos y normas adicionales que se aplican, además de poder presentar una apelación.

Cómo Surtir Medicamentos con Receta

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

Si toma medicamentos para una condición de salud continua, puede pedir que le envíen sus medicamentos por correo. Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con una farmacia de pedido por correo para brindarle este servicio sin costo alguno. Si elige esta opción, el medicamento se enviará por correo directamente a la puerta de su casa. Puede programar los momentos en los que volverá a surtir sus medicamentos y ponerse en contacto con los farmacéuticos si tiene preguntas.

A partir del 1 de enero de 2024, Express Scripts proporcionará los servicios de farmacia de pedidos por correo. Visite [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx) a partir del 1 de enero de 2024 para obtener más información.

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

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



Si tiene problemas con la farmacia o necesita ayuda después del horario de atención, los fines de semana o los feriados (incluso si la farmacia lo rechaza cuando intenta obtener su receta), llame a Servicios al Miembro al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711. Estamos disponibles para usted las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Lo que Debe Saber Sobre Sus Nuevos Medicamentos con Receta

Cuando obtenga una receta de medicamentos de su proveedor o dentista, asegúrese de informarle sobre cualquier otro medicamento que pueda estar tomando. Esto incluye otras recetas, medicamentos OTC, vitaminas y suplementos.

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

Cómo Volver a Surtir Medicamentos

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

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

¿Qué Debo Hacer si la Farmacia no Puede Surtir Mi Medicamento con Receta?

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

Farmacias Exclusivas

Arizona Complete Health-Complete Care Plan quiere mantener la seguridad de sus miembros. Podemos asignar miembros a una farmacia en el hogar o a una farmacia exclusiva. Las farmacias exclusivas son elegidas por el miembro o asignadas por Arizona Complete Health-Complete Care Plan para brindar todos los medicamentos médicamente necesarios. Es posible que se le asigne una farmacia exclusiva si utilizó lo siguiente en un período de tres meses:



- Más de cuatro prescriptores **Y**
- Más de cuatro medicamentos diferentes con potencial de abuso **Y**
- Más de cuatro farmacias **O**
- Recibió 12 o más medicamentos con sustancias controladas en los últimos tres meses **O**
- Dieron a una farmacia una receta falsificada o alterada.

Cómo Acceder a los Servicios de Salud del Comportamiento de Arizona Complete Health-Complete Care Plan

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

Como miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, también puede obtener una amplia gama de servicios de salud mental/salud del comportamiento, incluidos los medicamentos. Los medicamentos solicitados por su proveedor forman parte de sus beneficios.

Recibir Servicios de Salud del Comportamiento si Recibe una designación de Enfermedad Mental Grave (SMI) o Trastorno Emocional Grave (SED)

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

Si le designaron recientemente como SMI, Arizona Complete Health-Complete Care Plan ofrece un navegador personal de recuperación (PRN) para ayudarlo a navegar por su atención y comprender todos los servicios disponibles para usted. Comuníquese con la Office of Individual and Family Affairs en **advocates@azcompletehealth.com** para obtener más información sobre el Programa PRN.

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

Elegibilidad para los Servicios de Salud Mental

Los siguientes miembros pueden recibir servicios de salud del comportamiento:

- Personas del AHCCCS que son elegibles bajo los Títulos 19 (Medicaid) o 21.



- Personas que tienen una designación de SMI.
- Poblaciones especiales que pueden obtener servicios financiados a través de subvenciones federales en bloque.

El Título 19 (Medicaid; también se puede llamar AHCCCS) es un seguro para personas, niños y familias con bajos ingresos. Paga los servicios médicos, dentales (para los jóvenes de hasta 21 años) y de salud del comportamiento.

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

Las personas que califican para una designación de SMI deben tener 18 años o más y pueden tener un grado de incapacidad tan alto que no pueden permanecer en la comunidad sin recibir tratamiento o servicios. Los niños de 0 a 18 años con trastornos de salud del comportamiento que limitan significativamente su funcionamiento pueden calificar para una designación de SED. Solari, Inc. (anteriormente Crisis Response Network) es una organización sin fines de lucro contratada por Arizona Complete Health-Complete Care Plan para las evaluaciones de SMI y SED. Para comenzar el proceso de designación de SMI, puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Cómo Acceder a los Servicios de Salud del Comportamiento

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

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

La Visión de Arizona para la Prestación de Servicios de Salud del Comportamiento

Todos los servicios de salud del comportamiento se ofrecen según los siguientes principios del sistema. AHCCCS fomenta la administración de un sistema de entrega de servicios de salud del comportamiento que sea coherente con los valores, principios y objetivos de AHCCCS:

- 1 Acceso oportuno a la atención.
- 2 Culturalmente competente y lingüísticamente apropiado.
- 3 Promoción de prácticas basadas en evidencia a través de la innovación.
- 4 Expectativa de mejora continua de la calidad.
- 5 Participación de los miembros y los familiares en todos los niveles del sistema.



- 6 Colaboración con la comunidad en general.

Los Doce Principios para la Prestación de Servicios Infantiles:

- 1 Colaboración con los niños y las familias:
 - a. El respeto y la colaboración activa con el niño y los padres son los pilares para lograr resultados positivos en materia de salud del comportamiento.
 - b. Se trata a padres y niños como socios en el proceso de evaluación y en la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud del comportamiento, y sus preferencias se toman en serio.
- 2 Resultados funcionales:
 - a. Los servicios de salud del comportamiento se diseñan e implementan para ayudar a los niños a tener éxito en la escuela, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y volverse adultos estables y productivos.
 - b. La implementación del plan de servicios de salud del comportamiento estabiliza la condición de los niños y minimiza los riesgos de seguridad.
- 3 Colaboración con otros:
 - a. Cuando los niños tienen la participación de varios organismos y sistemas, se desarrolla una evaluación conjunta y se aplica en colaboración un plan de servicios de salud conductual establecido conjuntamente,
 - b. Los equipos centrados en la persona planifican y prestan servicios y
 - c. El equipo de cada niño incluye al niño y a sus padres, así como a cualquier persona importante en la vida del niño que sea invitada a participar por el niño o sus padres. El equipo también incluye a todas las demás personas necesarias para elaborar un plan eficaz, incluidos, según corresponda, el docente del niño, el asistente social de la Division of Child Safety (DCS) o Division of Developmental Disabilities (DDD), y el agente de libertad condicional del niño.
 - d. El equipo:
 - i. Desarrolla una evaluación común de los puntos fuertes y las necesidades del niño y la familia.
 - ii. Desarrolla un plan de servicio individualizado.
 - iii. Supervisa la aplicación del plan.
 - iv. Realiza ajustes en el plan si no está teniendo éxito.
- 4 Servicios accesibles:
 - a. Los niños tienen acceso a una gama integral de servicios de salud del comportamiento, suficientes para garantizar que reciben el tratamiento que necesitan.
 - b. Los planes identifican las necesidades de transporte que los padres y el niño tienen para acceder a los servicios de salud del comportamiento y cómo se brindará asistencia para el transporte.
 - c. Los servicios de salud del comportamiento se adaptan o crean cuando son necesarios pero no



están disponibles.

5 Las mejores prácticas:

- a.** Personas competentes que reciben formación y son supervisadas prestan los servicios de salud del comportamiento.
- b.** Los servicios de salud del comportamiento utilizan modalidades y programas de tratamiento que se basan en evidencia y están respaldados por la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) u otras organizaciones reconocidas a nivel nacional.
- c.** Los planes de servicios de salud conductual identifican y abordan adecuadamente síntomas conductuales que son reacciones a muertes de familiares, abuso o abandono, trastornos del aprendizaje y otras circunstancias atemorizantes o traumáticas similares, problemas de abuso de sustancias, necesidades especializadas de salud conductual de niños discapacitados desde un punto de vista del desarrollo, comportamiento sexual inadecuado, incluida conducta abusiva o conducta riesgosa, la necesidad de estabilidad y la necesidad de promover la permanencia en las vidas de los miembros, especialmente los miembros en cuidado de acogida.
- d.** Los servicios de salud del comportamiento se evalúan continuamente y se modifican si no son eficaces a la hora de lograr los resultados deseados.

6 El entorno más adecuado:

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

7 Servicios oportunos:

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

8 Servicios adaptados al niño y a la familia:

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

9 Estabilidad:

- a.** Con los planes de servicios de salud del comportamiento, se busca minimizar la cantidad de casos en los que hay múltiples procesos de colocación.
- b.** Con los planes de servicio, se detecta si un miembro de la clase corre el riesgo de que se interrumpa el proceso de colocación y, de ser así, se identifican las medidas que se deben tomar para minimizar o eliminar ese riesgo.



- c. Con los planes de servicios de salud del comportamiento, se anticipan las crisis que puedan surgir y se incluyen estrategias y servicios específicos para emplear en caso de crisis.
 - d. Cuando se responde a crisis, el sistema de salud del comportamiento recurre a todos los servicios de salud del comportamiento adecuados para ayudar a que el niño permanezca en un hogar, minimizar las dificultades en los procesos de colocación y evitar el uso inadecuado del sistema policial y de justicia criminal.
 - e. Los planes de servicios de salud del comportamiento anticipan y planifican adecuadamente las transiciones en la vida de los niños, incluidas aquellas a nuevas escuelas y ubicaciones, y las transiciones a servicios para adultos.
- 10** Respeto por el patrimonio cultural único del niño y de la familia:
- a. Los servicios de salud del comportamiento se prestan de manera que se respete la tradición y el patrimonio cultural del niño y de la familia.
 - b. Los servicios se proporcionan en el idioma primario del niño y la familia.
- 11** Independencia:
- a. Los servicios de salud del comportamiento incluyen dar apoyo y capacitación a los padres para satisfacer las necesidades de salud del comportamiento de sus hijos, así como darles apoyo y capacitación a los hijos para que practiquen autocontrol.
 - b. Con los planes de servicios de salud del comportamiento, se identifican la necesidad de los padres y de los niños de recibir capacitación y apoyo para participar como socios en el proceso de evaluación, así como en la planificación, prestación y evaluación de los servicios, y se establece que debe ponerse a su disposición dicha capacitación y apoyo, incluida la asistencia para el transporte, los análisis avanzados y la ayuda para entender los materiales escritos.
- 12** Conexión con apoyos naturales:
- a. El sistema de salud del comportamiento identifica y utiliza adecuadamente los apoyos naturales disponibles en la propia red de contactos del niño y de los padres, incluidos amigos y vecinos, y en las organizaciones comunitarias, incluidas las organizaciones de servicios y religiosas.

Nueve Principios Rectores para los Servicios y Sistemas de Salud del Comportamiento Orientados a la Recuperación para Adultos

- 1** Respeto: El respeto es el pilar. Implica conocer al individuo en donde esté, sin prejuicios, con gran paciencia y empatía.
- 2** Las personas en recuperación eligen los servicios y se incluyen en las decisiones y los esfuerzos de desarrollo del programa: Una persona en recuperación tiene elección y voz. Su autodeterminación en la dirección de los servicios, decisiones del programa y desarrollo del programa se hace posible, en parte, mediante la dinámica continua en la educación, análisis y evaluación, lo que deriva en la creación de un “consumidor informado” y la paleta más amplia posible a partir de la cual se pueden tomar decisiones. Las personas que se están recuperando deben participar en cada nivel del sistema, desde la administración hasta la prestación del servicio.



- 3 Enfocarse en la persona como persona completa, mientras que se incluyen y/o desarrollan apoyos naturales: Una persona en recuperación es considerado nada menos que un ser completo que es capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. Por lo tanto, el énfasis se pone en potenciar la mayor autonomía posible y estilo de vida más natural e integral posible. Esto incluye acceder a apoyos naturales y sistemas sociales habituales para la comunidad social de una persona e involucrarse con ellos.
- 4 Empoderar a las personas para que tomen medidas hacia la independencia y permitan asumir riesgos sin temor al fracaso: Una persona en recuperación encuentra independencia a través de la exploración, experimentación, evaluación, contemplación y acción. Se mantiene un ambiente de aliento y refuerzo de las medidas para volverse independientes en un entorno donde la seguridad y el riesgo se valoran como ingredientes que promueven el crecimiento.
- 5 Integración, colaboración y participación con la comunidad de su elección: Una persona en recuperación es un miembro valioso y contribuyente de la sociedad y, como tal, merece y beneficia a la comunidad. Tal integración y participación recalca el papel de cada una como parte vital de la comunidad. La dinámica de la comunidad se considera inextricable de la experiencia humana. Se valoran el servicio a la comunidad y el voluntariado.
- 6 Asociación entre personas, personal y familiares/apoyos naturales para la toma de decisiones compartida con una base en la confianza: Una persona en recuperación, como con cualquier miembro de una sociedad, encuentra fortaleza y apoyo a través de asociaciones. Las alianzas basadas en la compasión y centradas en optimizar la recuperación refuerzan la confianza en uno mismo, expanden la comprensión de todos los participantes y conducen a crear protocolos y obtener resultados óptimos.
- 7 Las personas en recuperación definen su propio éxito: Una persona en recuperación, por su propia declaración, descubre el éxito, en parte, por la calidad de los resultados en su vida, que pueden incluir un sentido mejorado del bienestar, integración avanzada en la comunidad y mayor autodeterminación. Los individuos en recuperación son expertos en ellos mismos: Definen sus metas y los resultados deseados.
- 8 Servicios basados en fortalezas, flexibles y receptivos que reflejan las preferencias culturales de una persona: Una persona en recuperación puede esperar y merece servicios flexibles, oportunos y receptivos que sean accesibles, estén disponibles, sean confiables, responsables y sensibles a los valores y costumbres culturales. Un individuo en recuperación es la fuente de su propia fortaleza y resiliencia. Quienes cumplen el papel de apoyos y facilitadores identifican, exploran y actúan para optimizar las fortalezas demostradas por las personas como herramientas para generar mayor autonomía y eficacia en la vida.
- 9 La esperanza es la base del proceso hacia la recuperación: Una persona en recuperación tiene la capacidad de tener esperanza y prospera mejor en asociaciones que fomentan la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para hacer realidad resultados positivos inesperados y poco habituales. Una persona en recuperación no tiene límites en su potencial y posibilidades.



Clínicas Interdisciplinarias de Múltiples Especialidades

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

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

- Medicina familiar.
- Terapia física y ocupacional.
- Audiología y habla.
- Cirugía plástica.
- Cardiología.
- Gastroenterología.
- Ortopedia.
- Neurología.
- Nariz, garganta y oído (ENT).
- Pediatría del desarrollo.
- Servicios de vida infantil.
- Servicios de salud del comportamiento.
- Trabajo social y servicios de apoyo.
- Coordinación de servicios comunitarios.

Proveedores de Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS): Clínicas Interdisciplinarias de Múltiples Especialidades

Si a su hijo lo diagnostican con ciertas condiciones, es probable que puedan recibir servicios de proveedores especiales a través de un programa llamado “Servicios de Rehabilitación Infantiles” (CRS). Estos proveedores se encuentran en MSIC. Los miembros con ciertas condiciones de CRS pueden elegir obtener servicios de cualquier proveedor contratado por el plan de salud dentro de la red, incluidas las MSIC que sirven como hogares de salud que proporcionan servicios de especialidades múltiples a miembros con necesidades complejas. En las MSIC, usted y su familia pueden acudir a todos los médicos especialistas, aprovechar los beneficios de la participación comunitaria y obtener servicios de apoyo en un solo lugar.

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

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

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

- **Cirujano:** Cirujano infantil general, cirujano cardiovascular y torácico, cirujano de nariz, garganta y oídos (ENT), neurocirujano, cirujano oftalmólogo, cirujanos ortopédicos (generales, de la mano, para la escoliosis, para amputados), cirujanos plásticos.



- **Médico especialista:** Cardiólogo, neurólogo, reumatólogo, pediatra general, genetista, urólogo, especialista en metabolismo.
- **Proveedor dental:** Dentista, ortodoncista.

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

DMG Children’s Rehabilitative Services

3141 N. 3rd Ave Suite 100

Phoenix, AZ 85013

1-602-914-1520

dmgcrs.org

DMG Children’s Rehabilitative Services se especializa en los siguientes servicios: audiología, cardiología, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, análisis de laboratorio y radiografías, neurología, neurocirugía, nutrición, terapia ocupacional, oftalmología, ortopedia, cirugía pediátrica, terapia física, 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

childrensclinics.org

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

Children’s Rehabilitative Services

5130 N Hwy 89

Flagstaff, AZ 86004

1-928-773-2054

1-928-779-3366

nahealth.com

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



traumatología, terapia EntireCare y urología.

Children's Rehabilitative Services

2851 S. Avenue B, Bldg 25

Yuma, AZ 85364

1-928-336-2777

yumaregional.org

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

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

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

- El nombre de su hijo.
- El número de ID de Arizona Complete Health-Complete Care Plan de su hijo.
- El motivo por el que su hijo necesita la cita.

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

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

Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS)

¿Qué Son los CRS?

El nombre “servicios de rehabilitación infantiles (CRS)” es un programa para ciertos miembros del AHCCCS que tienen determinadas condiciones de salud. Los miembros con CRS tienen acceso a los mismos servicios cubiertos que los miembros sin CRS. Pueden obtener este tipo de atención en la comunidad o en las MSIC. Las MSIC ofrecen muchos proveedores juntos en un mismo lugar. Su plan de salud ayudará a coordinar la atención para asegurarse de que se satisfagan todas sus necesidades especiales de atención de salud.

La AHCCCS Division of Member Services (DMS) toma las decisiones respecto a la elegibilidad para los CRS.



¿Quién es Elegible para Obtener una Designación de CRS?

Los miembros pueden ser elegibles para una designación CRS cuando:

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

La condición médica debe:

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

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

- En línea en **Healtharizonaplus.gov**.
- Llamando al AHCCCS sin cargo a **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**.

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

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

Hay información adicional disponible en

azahcccs.gov/PlansProviders/CurrentProviders/CRSreferrals.html

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

Condiciones Cubiertas por el Programa de CRS

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

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

Los Defensores de los Miembros de CRS de Arizona Complete Health-Complete Care Plan están disponibles para apoyar a las familias con CRS. Comuníquese con **AzCHAdvocates@azcompletehealth.com** si necesita ayuda.



Servicios para la Primera Infancia

Si le preocupa que su hijo no esté creciendo como otros niños de la misma edad, infórmeselo al proveedor de su hijo. Puede remitirlo a médicos especialistas para averiguar si el habla, movimiento, uso de las manos y los dedos, la vista y la audición de su hijo son los esperados. Si hay un retraso en alguna de estas áreas, su hijo tiene servicios disponibles para brindarle ayuda. El proveedor puede derivarlo a Arizona Early Intervention Program (AZEIP) si su hijo es recién nacido o tiene hasta 3 años de edad y tiene un retraso. Para obtener más información sobre otros programas comunitarios para niños con necesidades especiales, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Programas Head Start

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

Una visita/revisión de niño sano es lo mismo que recibir servicios de EPSDT.

Herramientas de Exámenes del Desarrollo

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

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

Ayuda Especial

La Ayuda Especial es una designación clínica única que brinda apoyo a los miembros con SMI. Los miembros que califican deben ser incapaces de comunicarse o participar durante la planificación del tratamiento y tener una condición mental o física que reúna determinados criterios. Cuando un equipo clínico del hogar de salud u otro evaluador calificado determina que un miembro necesita la Ayuda Especial, lo notifican a la Office of Human Rights. Luego, la Office of Human Rights enviará a alguien para que participe en nombre del miembro durante el tratamiento del paciente.

El plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja junto con la AHCCCS Office of Human Rights para identificar miembros que necesiten la Ayuda Especial.

La Office of Individual and Family Affairs (OIFA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan supervisa



la Ayuda Especial. Si tiene preguntas sobre la Asistencia Especial, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711** y pida hablar con alguien de la OIFA.

Puede visitar la página de la Office of Human Rights en azahcccs.gov/AHCCCS/HealthcareAdvocacy/ohr.html o llamar al **1-800-421-2124** para obtener más información.

Consejo de Defensa del Miembro

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

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

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

Coordinador de defensoría del miembro	Supervisa el equipo de defensa de Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Trabaja con miembros con necesidades de atención de salud especiales, familias, jóvenes y otros para promover y proteger sus derechos. Trabaja en estrecha colaboración con los comités regionales de derechos humanos y la Office of Human Rights.
Defensor para miembros adultos que reciben servicios de salud del comportamiento	Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros adultos que reciben servicios de salud del comportamiento.
Defensor para miembros menores que reciben servicios de salud del comportamiento	Se centra en promover y proteger los derechos de los miembros menores que reciben servicios de salud del comportamiento y su familia.
Defensor de los miembros veteranos	Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros veteranos que reciben servicios de salud física o del comportamiento.
Defensor de los miembros del programa CRS	Se centra en promover y proteger los derechos de nuestros miembros que reciben servicios de salud física o del comportamiento a través del programa CRS.



Proceso de Aprobación y Rechazo

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

- Centro de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados.
- Centro residencial de salud del comportamiento.
- Hogar terapéutico de salud conductual para adultos (ABHTH).
- Evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas.
- Terapia electroconvulsiva (ECT).
- Servicios/tratamientos no urgentes fuera de la red.
- Algunos medicamentos (consulte la lista de medicamentos aprobados o el formulario).
- Imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), tomografía por emisión de positrones (PET).
- Análisis de laboratorio especiales o genéticos.
- Cirugías (programadas previamente).
- Diálisis.
- Algunos procedimientos y cirugías para pacientes ambulatorios.
- Trasplantes.
- Biofarmacia (compra y facturación).

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

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

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

Su proveedor le informará cuando reciba la autorización. También puede llamar a Servicios al Miembro para consultar el estado de la solicitud.

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

Consulte la sección titulada “Reclamaciones: ¿Qué debo hacer si no estoy contento?” en este manual para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre una autorización denegada.

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



Remisiones Dentro de la Red y Libertad de Elección de Proveedores

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

Copagos

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

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

Las Siguietes Personas no Deben Pagar Copagos:

- Niños menores de 19 años.
- Personas diagnosticadas con una Enfermedad Mental Grave (SMI).
- Personas designadas como elegibles para los Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS) de acuerdo con A.A.C. Título 9, Capítulo 22, Artículo 13.
- Los miembros de ACC, ACC-RBHA y CHP que residen en centros de enfermería o centros residenciales, como en una residencia de vida asistida, y solo cuando la condición médica del miembro de otra manera requeriría de hospitalización. La exención de copagos para estos miembros se limita a 90 días en un año de contrato.
- Personas inscritas en Arizona Long Term Care System (ALTCS).
- Beneficiarios calificados de Medicare (QMB).
- Personas que reciben atención para pacientes terminales.
- Los miembros indígenas estadounidenses que son usuarios activos o previos del Servicio de Salud para Comunidades Indígenas, programas de salud para tribus operados por la Ley Pública 93-638 o programas de salud para comunidades indígenas urbanas.
- Personas en el Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP).
- Personas que reciben servicios de atención para el bienestar de los niños según el Título IV-B por tratarse de un niño en cuidado de acogida o recibido en adopción o en asistencia del sistema de acogida según el Título IV-E, más allá de su edad.



- Personas que están embarazadas y durante todo el período de posparto luego del embarazo.
- Personas dentro del grupo de adultos (durante un tiempo limitado**).

****NOTA:** Por un tiempo limitado, las personas que sean elegibles en el grupo de adultos no tendrán ningún copago. Los miembros en el grupo de adultos incluyen personas que hicieron una transición desde el programa de AHCCCS Care, al igual que personas que están entre los 19 y 64 años, que no tienen derecho a recibir Medicare, que no están embarazadas, que tienen ingresos por debajo del 133% del Índice Federal de Pobreza (FPL) y que no son elegibles para el AHCCCS según ninguna otra categoría. Los copagos para personas en el grupo de adultos con ingresos por encima del 106% del FPL están planificados para el futuro. Se informará a los miembros sobre cualquier otro cambio en los copagos antes de que ocurran.

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

- Hospitalizaciones;
- Servicios de emergencia;
- Servicios y suministros de planificación familiar;
- Atención de salud relacionada con embarazos y atención de salud para cualquier otra condición médica que pudiera complicar el embarazo, incluido el tratamiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas;
- Servicios preventivos, como consultas de bienestar, prueba de Papanicolaou, colonoscopías, mamografías y vacunaciones;
- Servicios de prevención por parte del proveedor;
- Servicios recibidos en el Departamento de Emergencias.

Personas con Copagos Opcionales (no Obligatorios)

Las personas elegibles para el AHCCCS a través de alguno de los siguientes programas podrían tener copagos no obligatorios, a menos que:

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

Los copagos no obligatorios también se llaman “copagos optativos”. Si un miembro tiene un copago no obligatorio, entonces el proveedor no puede negarle el servicio si el miembro declara que no puede pagar el copago. Los miembros de los siguientes programas pueden recibir un copago no obligatorio por parte de su proveedor:

- AHCCCS para Familias con Hijos (1931);
- Seguro de Transición para el Adulto Joven (YATI) para jóvenes en el sistema de acogida;
- Asistencia de Adopción del Estado para Niños con Necesidades Especiales que están en proceso de adopción;
- Personas con Supplemental Security Income (SSI) que reciben el programa a través de la Social Security Administration para personas que tienen 65 años o más, que están ciegas o con discapacidad;



- SSI Medical Assistance Only (SSI MAO) para personas de 65 años o más, ciegas o con discapacidades;
- Libertad para Trabajar (FTW).

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

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

Montos de Copagos Opcionales (no Obligatorios) para Algunos Servicios Médicos

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

Los proveedores médicos le pedirán que pague estas cantidades, pero **NO** le negarán los servicios si no puede pagar. Si usted no puede realizar el pago, informe a su proveedor médico que no le es posible pagar estos montos para que no le nieguen el servicio.

Personas con Copagos Requeridos (Obligatorios)

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

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



Montos de Copagos Requeridos (Obligatorios) para las Personas que Reciben Beneficios de TMA

SERVICIO	COPAGO
Recetas	\$2.30
Consultas ambulatorias al médico u otros proveedores para la evaluación y administración de su atención	\$4.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$3.00
Procedimientos quirúrgicos voluntarios o de no emergencia para pacientes ambulatorios	\$3.00

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

Límite del 5% en todos los Copagos

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

El AHCCCS hará un seguimiento de los niveles de copago específicos de cada miembro para identificar a los miembros que hayan alcanzado el límite de copago del 5%. Si usted cree que el total de copagos que ha pagado es más del 5% del total de los ingresos trimestrales de su familia y AHCCCS aún no le ha dicho que esto ha ocurrido, debe enviar copias de los recibos u otra prueba de cuánto ha pagado a AHCCCS, 801 E. Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034.

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

Copagos para Miembros que no Pertenecen al Título 19/21

Las personas que no pertenecen al Título 19/21 con SMI pueden tener que hacer copagos por servicios de salud del comportamiento. El monto del copago es de \$3. Antes de su cita para recibir servicios, Arizona Complete Health-Complete Care Plan o su proveedor hablará con usted sobre cualquier pago que deba realizar.



Si tiene Medicare o un seguro privado, pagará el copago de \$3 para los servicios cubiertos por Arizona Complete Health-Complete Care Plan, o bien el copago de su seguro para dichos servicios (si es menos de \$3). Es decir, usted no tendrá que pagar un monto más alto para los servicios cubiertos de Arizona Complete Health-Complete Care Plan por el simple hecho de que tenga otro seguro. No obstante, si, a través de su seguro, usted recibe servicios o medicamentos que el plan Arizona Complete Health-Complete Care Plan no cubre, tendrá que pagar el copago o las otras tarifas de su seguro (consulte la sección Servicios Disponibles que comienza en la página 32).

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

- Un servicio que no haya programado ni aprobado su proveedor.
- Un servicio que no figure en la sección de servicios disponibles que comienza en la página 32.
- Un servicio que usted reciba de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores sin una remisión del médico.

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

Pago de los Servicios Cubiertos

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

Pago de los Servicios no Cubiertos

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

Coordinación de Beneficios (COB)

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Información Especial para Nuestros Miembros con Cobertura de Medicare

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Plazos para la Autorización de Servicios y Medicamentos

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

Plazos de Decisión de la Autorización de Servicios para Medicamentos

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

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

Plazo estándar para la decisión de autorización para las solicitudes de autorización de servicios que no se refieren a medicamentos: Tan pronto como lo requiera la condición del miembro, pero no más de 14 días calendario a partir del día en que se recibe la solicitud.

Solicitudes estándares de autorización de servicios (solicitudes que no incluyen medicamentos): Es posible que Arizona Complete Health-Complete Care Plan otorgue 14 días adicionales, 28 días calendario en total, como plazo máximo a partir del día en que se realizó la solicitud.



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

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

Queja: Cómo Presentar un Reclamo si está Disconforme

Usted tiene derecho a presentar una queja con respecto a cualquiera de los servicios cubiertos que proporcionamos. Esto incluye a los miembros elegibles del Título 19/21 de AHCCCS, miembros con SMI y miembros que no están inscritos como personas con un SMI y no son elegibles para el Título 19/21. Una *queja* es un reclamo que el miembro presenta a su plan de salud. No incluye un reclamo por una decisión de un plan de salud de rechazar o limitar un pedido de servicios.

Quejas

Si está insatisfecho con sus servicios, siempre tiene derecho a presentar una queja relacionada con cualquiera de los servicios cubiertos que brinda Arizona Complete Health-Complete Care Plan. Los miembros elegibles del Título 19/21 de AHCCCS, los miembros que se determina que tienen SMI y los miembros que no están inscritos como personas con SMI y que no son elegibles para el Título 19/21 tienen derecho a presentar una queja.

El personal de Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudar a los miembros a presentar una queja. No hay límites en los plazos para presentar una queja.

¿Está Disconforme con Su Atención de Salud?

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

Algunos ejemplos de quejas incluyen la imposibilidad de recibir servicios de atención médica, inquietudes sobre la calidad de la atención recibida, problemas con los proveedores de atención de salud, problemas con el plan de salud o acceso oportuno a los servicios.

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



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

Puede presentar una queja en persona o por escrito. Información de contacto para presentar su queja por correo:

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

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

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

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

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

Arizona Complete Health-Complete Care Plan
Attn: Member Services
1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 211
Tempe, AZ 85281
1-866-560-4042



DERECHOS LEGALES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES

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

- El derecho a no sufrir discriminación.
- El derecho a la igualdad de acceso a los servicios de salud del comportamiento.
- El derecho a la intimidad.
- El derecho a recibir información.
- El derecho a obtener ayuda de un abogado o representante de su elección (a sus expensas).
- Consulte el Código Administrativo de Arizona, Título 9, Capítulo 21, Artículo 2, para obtener una lista más completa de sus derechos.

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

AHCCCS Office of Grievance and Appeals
801 E. Jefferson Street, Mail Drop 6100
Phoenix, AZ 85034

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

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

Apelaciones: ¿Está Disconforme con una Decisión?

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

Si recibe un Aviso de determinación adversa de beneficios, tiene derecho a presentar una apelación. Un Aviso de determinación adversa de beneficios consiste en una carta por escrito donde se explica una



decisión respecto a sus servicios. Es posible que, aunque no haya recibido un Aviso de determinación adversa de beneficios, usted tenga derecho a presentar una apelación.

Tiene derecho a presentar una apelación por cualquiera de los servicios cubiertos que proporcionamos. Esto incluye apelaciones para miembros elegibles del Título 19/21 de AHCCCS, apelaciones para miembros que se determina que tienen SMI (“Apelaciones de SMI”) y apelaciones para miembros que no están inscritos como personas con SMI y que no reúnen las condiciones para ser elegibles con el Título 19/21.

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

¿Cómo Presento una Apelación?

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

Usted o su representante legal pueden presentar una apelación (todos los costos de representación legal son responsabilidad del miembro). También puede presentar una apelación su representante autorizado, incluido su proveedor, si usted da su autorización por escrito. Asimismo, hay ayuda disponible si quiere presentar una apelación por su cuenta.

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

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

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

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



¿Qué Puedo Apelar?

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

- El rechazo o la aprobación limitada de un servicio que le solicitó su proveedor o equipo clínico.
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio que usted estaba recibiendo.
- El rechazo, total o parcial, del pago de un servicio.
- Los servicios que no se hayan brindado de manera oportuna.
- El hecho de no actuar dentro de los plazos para resolver una apelación o un reclamo.
- El rechazo de una solicitud de servicios fuera de la red de proveedores cuando estos servicios no están disponibles dentro de la red de proveedores.

¿Qué Ocurre Después de Presentar una Apelación?

Como parte del proceso de apelaciones, usted tiene derecho a presentar evidencias que respalden su apelación. Puede presentar estas pruebas a Arizona Complete Health-Complete Care Plan en persona o por escrito.

Para prepararse antes de la apelación, puede examinar el expediente de su caso, los expedientes médicos y otros documentos y registros que podrían utilizarse antes del proceso o durante la apelación, siempre que los documentos no estén protegidos contra su divulgación conforme a la ley. Si desea revisar estos documentos, llame a su proveedor o a Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**. Las pruebas que aporte a Arizona Complete Health-Complete Care Plan se utilizarán a la hora de decidir la resolución de la apelación.

¿Cómo se Resuelve Mi Apelación?

Arizona Complete Health-Complete Care Plan le dará una decisión, denominada Aviso de Resolución de Apelación, en persona o por correo, en el plazo de 30 días de recibir su apelación para apelaciones estándar o en el plazo de 72 horas para apelaciones aceleradas. El Aviso de resolución de apelación es una carta escrita que le informa del resultado de su apelación.

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

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

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

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

- Cómo puede solicitar una audiencia imparcial ante el Estado.



- Cómo pedir que los servicios continúen durante el proceso de la audiencia imparcial ante el Estado, si procede.
- El motivo por el que se rechazó su apelación y el fundamento legal para la decisión de denegar su apelación.
- Que es posible que tenga que pagar por los servicios que reciba durante el proceso de audiencia imparcial ante el Estado si su apelación es rechazada en esa instancia.

¿Qué Puedo Hacer si estoy Disconforme con los Resultados de Mi Apelación?

Si no está satisfecho con el resultado de su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial ante el Estado. Si su apelación fue acelerada, puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado acelerada. **TIENE DERECHO A QUE UN REPRESENTANTE DE SU ELECCIÓN LE AYUDE EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO (TODOS LOS COSTOS DE REPRESENTACIÓN LEGAL SON RESPONSABILIDAD DEL MIEMBRO).**

¿Cómo Puedo Solicitar una Audiencia Imparcial ante el Estado?

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

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

¿Cuál es el Proceso de Mi Audiencia Imparcial ante el Estado?

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

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

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

¿Cómo se Resuelve Mi Audiencia Imparcial ante el Estado?

Para las Audiencias Imparciales ante el Estado estándar, recibirá una decisión escrita del director de AHCCCS a más tardar **90 días después de que se presentó su apelación por primera vez. Este periodo de 90 días no incluye:**



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

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

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

¿Continuarán Mis Servicios Durante el Proceso de Apelación/Audiencia Imparcial Ante el Estado?

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

¿TIENE LA PARTE D DEL PLAN DE MEDICARE?

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

Apelaciones para Personas con una Enfermedad Mental Grave (SMI)

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

- Decisiones sobre la elegibilidad de una persona para servicios de salud del comportamiento.
- Suficiencia o adecuación de una evaluación.
- Visión a largo plazo, metas de servicio, objetivos o los plazos establecidos en el plan de servicio individual (ISP) o en el plan de tratamiento y alta de pacientes hospitalizados (ITDP).
- Servicios recomendados identificados en el informe de evaluación, ISP o ITDP.
- Servicios reales que se prestarán, tal y como se describen en el ISP, el plan de servicios provisionales o el ITDP.
- Acceso a servicios o prestación oportuna de servicios.



- Conclusiones del equipo clínico con respecto a la competencia, capacidad de tomar decisiones, necesidad de tutela u otros servicios de protección o necesidad de Ayuda Especial de la persona.
- Rechazo de una solicitud de revisión, el resultado de una modificación o no modificación, o la conclusión de un ISP, ITDP, o parte de un ISP o ITDP.
- La aplicación de los procedimientos y los plazos para desarrollar el ISP o el ITDP.
- Implementación del ISP o ITDP.
- Decisión de proporcionar una planificación de servicios, incluida la prestación de servicios de evaluación o administración de casos a una persona que rechaza dichos servicios, o decisión de no prestar dichos servicios a la persona.
- Decisiones sobre la evaluación de las tarifas de una persona o el rechazo de una solicitud de exención de tarifas.
- Rechazo del pago de una reclamación.
- La incapacidad de la RBHA o AHCCCS para actuar dentro de los plazos establecidos en relación con una apelación.
- Determinación de la PASRR en el contexto de un examen de preadmisión o de una revisión anual de residente, que afecte negativamente a la persona.
- Si usted es un miembro inscrito en el AHCCCS del Título 19/21 y se ha determinado que tiene una SMI, puede presentar una apelación de SMI o una apelación del Título 19 para un servicio cubierto por el Título 19.

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

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

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



llevarse a cabo dentro de los dos días laborables siguientes a la presentación de la apelación. Usted tiene derecho a pedir que se omita la segunda conferencia informal.

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

¿Continuarán Mis Servicios Durante el Proceso de Apelación?

Si presenta una apelación, seguirá recibiendo los servicios de salud del comportamiento que ya recibía, a menos que un clínico calificado decida que reducir o concluir los servicios es lo mejor para usted, (o para otras personas) o que usted acepte por escrito reducir o concluir los servicios. Arizona Complete Health-Complete Care Plan no le hará pagar por los servicios que obtuvo durante el proceso de apelación, más allá del resultado.

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

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

Si usted o su proveedor solicitan la determinación de SMI, Solari recibirá una carta por correo en la que se les comunicará la decisión final. Esta carta se denomina "Aviso legal de decisión". Si Solari considera que usted no es elegible para una determinación de SMI, le indicará el motivo en la carta. Si no recibe la carta o el aviso hacia el final del plazo acordado, llame a Solari al **1-855-832-2866**.

Usted tiene derecho a apelar su determinación de SMI.

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

Para obtener más información, comuníquese con:

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

¿Qué Puedo Hacer si estoy Disconforme con los Resultados de Mi Apelación?

Puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado si no está satisfecho con los resultados de una apelación. Si su apelación fue acelerada, puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado acelerada. **TIENE DERECHO A QUE UN REPRESENTANTE DE SU ELECCIÓN LE AYUDE EN LA AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO. SI ELIGE REPRESENTACIÓN LEGAL, USTED ES RESPONSABLE DEL COSTO DEL REPRESENTANTE LEGAL.**



Cómo Cambiar de Plan de Servicios de Salud Física para Miembros con SMI

Los miembros que padecen una enfermedad mental grave y que están inscritos en un plan tanto para los servicios de salud física como para los de salud del comportamiento pueden solicitar un plan diferente para sus servicios de salud física. Esto se denomina “solicitud de exclusión”. Solo se aprobará la cancelación de un miembro en las siguientes condiciones:

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

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

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

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

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

- Arizona Complete Health-Complete Care Plan confirmará que usted está inscrito en el plan integrado.
- Los Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan registrarán sus reclamaciones por daños reales, posible discriminación o trato injusto causados por la inscripción en el plan de salud integrado.
- Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan completará el formulario de “Transferencia de un miembro con SMI inscrito en una RBHA a un contratista de atención aguda del AHCCCS” e incluirá cualquier prueba que usted o su representante proporcionen.

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

Arizona Complete Health-Complete Care Plan cumple con todas las leyes federales y estatales, entre ellas: El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según su implementación mediante las normas de la sección 45, parte 80 del Código de Regulaciones Federales (CFR); la Ley sobre Discriminación por Edad de 1975, aplicada por los reglamentos en la sección 45, parte 91 del CFR; la Ley de Rehabilitación de 1973; el Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (en relación con los programas y actividades de



educación); los Títulos II y III de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades; y la sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

Derechos de los Afiliados

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

Como miembro, tiene derecho:

- A recibir información sobre Arizona Complete Health-Complete Care Plan, sus servicios, sus médicos y sus proveedores.
- Presentar una queja sobre la organización de atención administrada. Los reclamos se pueden presentar ante Arizona Complete Health-Complete Care Plan o ante AHCCCS de manera verbal o por escrito.
- Para presentar un reclamo ante Arizona Complete Health-Complete Care Plan, llame a Servicios al Miembro al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.

Para presentar un reclamo directamente al AHCCCS, comuníquese con:

AHCCCS Member Services

801 E Jefferson St

Phoenix, AZ 85034

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

O envíe un correo electrónico a: MedicalManagement@azahcccs.gov

- Obtener servicios en un idioma que usted comprenda sin costo alguno para usted. Usted tiene derecho a un intérprete si usted habla un inglés limitado o si tiene problemas de audición.
- Obtenga información sobre la estructura y el funcionamiento de Arizona Complete Health-Complete Care Plan o sobre nuestros subcontratistas.
- Obtener información sobre si Arizona Complete Health-Complete Care Plan tiene o no planes de incentivos médicos (PIP) que afecten al uso de los servicios de remisión del médico, el derecho a conocer los tipos de acuerdos de compensación que utiliza Arizona Complete Health-Complete Care Plan, el derecho a saber si es necesario un seguro por lucro cesante y el derecho a un resumen de los resultados de la encuesta de miembros, de acuerdo con la normativa de PIP. Llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al **1-888-788-4408**, TTY/TDD: **711**.
- Conozca los tipos de acuerdos de compensación que utiliza Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Participe junto a sus proveedores en la toma de decisiones sobre su atención de salud.
- Discuta las opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Reciba una copia de los derechos y responsabilidades del miembro y el derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Recibir un trato justo independientemente de su incapacidad, raza, color, etnia, origen nacional,



religión, género, edad, sexo, identidad de género (diversidad), condición de salud del comportamiento (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética o capacidad de pago.

- Privacidad de la atención de salud (confidencialidad): Existen leyes sobre quién puede ver su información de salud personal con o sin su permiso. La información sobre el tratamiento de la drogadicción y las enfermedades contagiosas (por ejemplo, la información sobre el HIV/AIDS) no puede ser compartida con otros sin su permiso por escrito.

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

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

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

- Podría haber ocasiones en las que usted quiera compartir su información de salud con otras agencias o con determinadas personas que puedan ayudarle. En estos casos, usted puede firmar un formulario de autorización para la divulgación de información, en el que se establece que sus expedientes médicos, o ciertas partes limitadas de sus expedientes médicos, pueden ser divulgados a las personas o agencias que usted indique en el formulario. Para obtener más información sobre el formulario de autorización para la divulgación de información, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan llamando al **1-888-788-4408**, TTY/TDY: **711** o visite nuestro sitio web en **azcompletehealth.com/completecure**.
- Una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro de la red o una segunda opinión fuera de la red, si no hay una cobertura adecuada dentro de la red, sin costo para el miembro.
- Obtener información sobre las opciones de tratamiento disponibles, incluidas las alternativas, y cualquier información que el miembro necesite para decidir de una manera que el miembro pueda comprender la información.
- Las agencias proveedoras contratadas de Arizona Complete Health-Long Term Care utilizarán el formulario estandarizado del Plan de Contingencia/Respaldo del AHCCCS para planificar las visitas de servicio perdidas o tardías. También analizarán la preferencia del miembro sobre qué hacer si una visita se retrasa o se pierde. Las preferencias deben anotarse para cada servicio que el proveedor proporciona, sujeto a la verificación electrónica de visitas (EVV) y proporcionada por el proveedor cuando una visita de servicio es breve, tardía o perdida. Los miembros pueden elegir diferentes opciones de preferencia según el servicio específico. El proveedor revisará el plan de contingencia/respaldo con el miembro al menos una vez al año. En caso de que una visita de servicio se retrase o se pierda, el proveedor debe hacer un seguimiento con el miembro para analizar si es necesario tomar



alguna medida o si es necesario realizar ajustes al plan. El miembro/la persona que toma las decisiones de atención de salud puede cambiar las decisiones sobre estos niveles de preferencia en cualquier momento. Si el miembro no elige una preferencia, se puede aplicar una preferencia predeterminada según el servicio.

- Obtenga información sobre cómo formular instrucciones anticipadas con sus proveedores de atención de salud. En el caso de los miembros que se encuentran en un entorno de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) o de un centro residencial de salud del comportamiento y que han completado una instrucción anticipada, el documento debe ser confidencial pero se debe poder acceder a él con prontitud. Por ejemplo: en un sobre cerrado pegado al refrigerador.
- Consultar la información de salud en sus expedientes médicos. También puede pedir que se modifique el expediente si no está de acuerdo con su contenido. También puede obtener una copia al año de su historial médico sin coste alguno para usted. Llame a su proveedor o a Arizona Complete Health-Complete Care Plan para pedir ver u obtener una copia de su expediente médico. Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan puede ayudarle. Simplemente envíe una solicitud firmada por escrito. Recibirá una respuesta en un plazo de 30 días. Si recibe un rechazo por escrito, le daremos información sobre el motivo por el que se ha rechazado la solicitud de su expediente médico y cómo puede solicitar una revisión de dicho rechazo.
- Obtenga anualmente una copia de sus expedientes médicos sin costo. Debemos responder en un plazo de 30 días. Esta respuesta consistirá en una copia de sus expedientes o en una razón para rechazar su solicitud. Si se rechaza una solicitud, en su totalidad o en parte, en un plazo de 60 días debemos entregarle un rechazo por escrito que incluya el motivo del rechazo, su derecho a discrepar y su derecho a incluir una enmienda con cualquier divulgación futura de su información de salud, según lo permita la ley. Su derecho a acceder a los expedientes médicos también puede ser negado si la información corresponde a notas de psicoterapia, compiladas para o en anticipación razonable de una acción civil, penal o administrativa, o información de salud protegida sujeta a las Enmiendas sobre mejoras de laboratorios clínicos de 1988 o exento de acuerdo con el Título 45 del Código de Regulaciones Federales, Parte 164.
- Modificar o corregir sus expedientes médicos, según lo permita la ley.
- Ser libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el plan y el beneficiario.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad. Entendemos su necesidad de privacidad y confidencialidad, incluida la protección de cualquier información que le identifique. También tiene el derecho a lo siguiente:
 - Obtener sus servicios en un entorno seguro.
 - Obtener servicios médicos y del comportamiento que respalden sus creencias personales, su condición médica y sus antecedentes en un idioma que usted comprenda.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención de salud, incluido el derecho a rechazar



el tratamiento de un proveedor y a que un representante facilite las decisiones sobre atención o tratamiento cuando usted no pueda hacerlo. También tiene el derecho a lo siguiente:

- Obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento, adecuadas a su condición, de una forma que sea capaz de entender y que le permita participar en las decisiones sobre su atención de salud.
- Decidir quién quiere que le acompañe durante el tratamiento y aceptar o rechazar los servicios de tratamiento, a menos que los servicios sean ordenados por el tribunal.
- Ejercer sus derechos y que el ejercicio de esos derechos no afecte adversamente la prestación de servicios al miembro [Título 42 del Código de Regulaciones Federales 438.100(c)].
- Tener una lista de proveedores disponibles como parte del Directorio de Proveedores de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, incluidos aquellos que hablan un idioma diferente al inglés y que aceptan a los miembros con discapacidades.
- Usar cualquier hospital u otro centro para la atención de emergencia.
- Seleccionar un PCP de la lista de proveedores participantes de Arizona Complete Health-Complete Care Plan.
- Estar libre de restricciones sobre su libertad de elección entre los proveedores de la red.
- Obtener información en un idioma y formato que entienda.
- Obtener información sobre quejas, apelaciones y solicitud de audiencia.
- Tener acceso a la revisión de los expedientes médicos de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.
- Obtener una copia del Notificación de Prácticas de Privacidad sin costo para usted. El aviso describe las prácticas de privacidad de Arizona Complete Health-Complete Care Plan, la forma en la que utilizamos la información médica sobre usted y los momentos en los que podemos compartir esa información de salud con otros. Su información de salud se mantendrá privada y confidencial. Solo se facilitará con su permiso o si la ley lo permite.

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

Excepciones de la Confidencialidad

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

- Si comete un delito o amenaza con cometer un delito en el programa o contra cualquier persona que trabaje en el programa, debemos llamar a la policía.
- Si va a hacer daño a otra persona, debemos hacérselo saber para que pueda protegerse. También debemos llamar a la policía.



- Además, debemos informar de las sospechas de maltrato infantil a las autoridades locales.
- Si existe el peligro de que se haga daño, debemos intentar protegerle. Si esto ocurre, es posible que tengamos que hablar con otras personas de su entorno o con otros proveedores de servicios (por ejemplo, hospitales y otros asesores) para protegerle. Solo se comparte la información necesaria para mantener su seguridad.

¿Qué Es el Fraude, el Desperdicio y el Abuso?

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

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

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

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

- Prestación o venta de su tarjeta de ID de Arizona Complete Health-Complete Care Plan a cualquier persona.
- Cambiar las recetas escritas por cualquiera de nuestros proveedores.
- Vender medicamentos con receta.
- Dar información incorrecta en su solicitud del AHCCCS.

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

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

- Uso del sistema de Medicaid por parte de alguien inadecuado, no cualificado, sin licencia o que ha perdido su licencia.
- La prestación de servicios médicos innecesarios.
- No cumplir con los estándares profesionales para la atención de salud.
- Facturación de citas que no se producen.

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

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

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

- Costos innecesarios para el programa.
- Pagos por servicios que no son médicamente necesarios.



- No cumplir con los estándares profesionales para la atención de salud.
- Cobro excesivamente por los servicios o suministros.

Cómo Denunciar Fraude, Desperdicio y Abuso:

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

También puede denunciar fraude, dispendio y abuso directamente a la AHCCCS Office of Inspector General (OIG). Las remisiones del médico pueden enviarse a AHCCCS a través de:

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

Prevención y Educación Sobre el Consumo de Tabaco

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

- Para obtener asesoramiento gratuito, puede llamar a la Arizona Smokers' Helpline (ASHLine) al **1-800-556-6222** o visitando **ashline.org**.
- Puede obtener ayuda para elaborar un plan para dejar de fumar en **azdhs.gov/prevention/chronic-disease/tobacco-free-az/index.php**.
- Puede encontrar un grupo de apoyo comunitario cerca de usted en **nicotine-anonymous.org**.

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

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



en que recibe por primera vez en la farmacia el producto para dejar de fumar.

Recursos de la Comunidad

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

El Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) proporciona subvenciones federales a los estados para alimentos suplementarios, remisiones del médico de atención de salud y educación nutricional para mujeres embarazadas de bajos ingresos, lactantes y que no están amamantando después del parto, y a bebés y niños de hasta 5 años que se descubre que están en riesgo nutricional.



Número de teléfono: **1-703-305-2062**



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

Count the Kicks

Count the Kicks es una forma fácil, gratuita y confiable para que las futuras madres controlen el bienestar de su bebé en el tercer trimestre, además de las visitas prenatales regulares. Después de algunas sesiones en la aplicación, comenzará a notar una cantidad promedio de tiempo que le lleva a su bebé llegar a 10 movimientos.



Número de teléfono: **1-515-650-8685**



Sitio web: **countthekicks.org**

Arizona Head Start/Early Head Start

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



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



Sitio web: **azheadstart.org**

Vaccines For Children (VFC)

Vaccines for Children (VFC) es un programa financiado federalmente que brinda vacunas sin costo para



niños que, de otra manera, no pueden ser vacunados debido a la imposibilidad de pagar las vacunas.



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



Número de teléfono: **1-602-364-3630**



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

Arizona Immunization Program

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



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



Número de teléfono: **1-602-364-3630**



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

Arizona Early Intervention Program (AzEIP)

El Arizona Early Intervention Program (AzEIP) ayuda a las familias de niños con discapacidad o retraso en el desarrollo desde el nacimiento hasta los tres años. Proporcionan apoyo y pueden trabajar con la capacidad natural de su hijo para aprender. Para obtener ayuda o saber más sobre los recursos del AzEIP, llame a Arizona Complete Health-Complete Care Plan y pregunte por el coordinador del AzEIP.



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



Sitio web: des.az.gov/azeip

ARIZONA@WORK

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



Sitio web: arizonaatwork.com

Vocational Rehabilitation

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



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

Area Agency on Aging

Area Agency on Aging defiende, planifica, coordina, desarrolla y ofrece servicios a domicilio y servicios comunitarios para adultos mayores. También proporciona asistencia de apoyo, precisa información y conexiones de recursos locales para cuidadores familiares.



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



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

Alzheimer's Association

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



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



Sitio web: alz.org

AZ Suicide Prevention Coalition

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



P.O. Box 10745
Phoenix, AZ 85064



Sitio web: azspc.org

Teen Lifeline

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



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



Teléfono/Mensaje de texto: **1-602-248-8336**
Número de teléfono: **1-800-248-8336**



Sitio web: teenlifeline.org



Power Me A2Z

Power Me A2Z proporciona vitaminas a las mujeres de Arizona.



Sitio web: azdhs.gov/powermea2z

ADHS Pregnancy and Breastfeeding Hotline

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



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



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

Fussy Baby / Birth to Five Helpline

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



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



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

Poison Control

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



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



Sitio web: azpoison.com



Raising Special Kids

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



Phoenix Office
5025 E. Washington St #204



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



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



Yuma Office
Número de teléfono: **1-928-444-8803**
Llamada gratuita: **1-800-237-3007**



Sitio web: raisingspecialkids.org/about/contact-us

Strong Families AZ

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



Sitio web: strongfamiliesaz.com

Postpartum Support International

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



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



Sitio web: postpartum.net

Opioid Assistance and Referral Line

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



Número de teléfono: **1-888-688-4222**



Sitio web: azdhs.gov/oarline



Community Information and Referral

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



Número de teléfono: **211**



Sitio web: **211arizona.org**

AzDHS Dump the Drugs AZ

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



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

Health-E-Arizona Plus

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



Número de teléfono: **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**



Sitio web: **healtharizonaplus.gov**

Arizona Disability Benefits 101 (DB101)

El programa DDB101 ayuda a las personas con discapacidad y a los proveedores de servicios a comprender las conexiones entre el trabajo y los beneficios. También le ayudará a tomar decisiones informadas y le mostrará cómo puede hacer que el trabajo forme parte de su plan.



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

AzLinks.gov

AzLinks.gov ofrece asistencia e información sobre el envejecimiento y la incapacidad.



Use azdaars.getcare.com/consumer para planificar el futuro o manejar una necesidad inmediata. Las agencias de socios de AzLinks en su comunidad están allí para ayudarlo.



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

Healthy Families Arizona

Este programa ayuda a las mujeres embarazadas a tener un embarazo saludable y ayuda con el desarrollo, la nutrición, la seguridad y más de los niños. Un trabajador de la salud de la comunidad irá al hogar de la miembro embarazada para brindarle información y ayudar con cualquier inquietud que pueda tener. El programa comienza mientras la miembro está embarazada y puede continuar hasta el momento en que su bebé tiene 5 años.



1789 W. Jefferson St.
Phoenix, AZ 85007



Número de teléfono: **1-520-407-2911**



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

Pima Council on Aging

Pima Council on Aging defiende, planifica, coordina, desarrolla y ofrece servicios a domicilio y servicios comunitarios para adultos mayores. También proporciona asistencia de apoyo, precisa información y conexiones de recursos locales para cuidadores familiares.



8467 East Broadway Blvd.
Tucson, AZ 85710



Número de teléfono: **1-520-790-7262**



Sitio web: pcoa.org

Pinal-Gila Council For Senior Citizens

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



8969 W. McCartney Road
Casa Grande, Arizona, 85194



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



Seago Area Agency On Aging

South Arizona Governments Organizations Area Agency on Aging defiende, planifica, coordina, desarrolla y presta servicios de envejecimiento a domicilio y en la comunidad para personas mayores. También proporciona asistencia de apoyo, información precisa y conexiones de recursos locales para cuidadores familiares.



Número de teléfono: **1-520-432-5301**
1-520-432-2528 (Area Agency on Aging)



Sitio web: **seago.org**

NAMI Arizona (National Alliance on Mental Illness)

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



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



Sitio web: **namiarizona.org**

Mentally Ill Kids In Distress (MIKID)

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



Número de teléfono: **1-520-882-0142** (Pima);
1-928-344-1983 (Yuma)



Sitio web: **mikid.org**

Child and Family Resources

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



Sitio web: **childfamilyresources.org**



Child & Family Resources Headquarters

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

Casa Grande Office

1115 E. Florence Boulevard
Suite M
Casa Grande, AZ 85122
1-520-518-5292

Douglas

952 F Avenue
Douglas, AZ 85607
1-520-368-6122

Nogales

1827 N. Mastick Way
Nogales, AZ 85621
1-520-281-9303

Safford

1491 W. Thatcher Boulevard
Suite 106
Safford, AZ 85546
1-928-428-7231

Sierra Vista

3965 E. Foothills Drive
Suite E1
Sierra Vista, AZ 85635
1-520-458-7348

Yuma

3970 W 24th St
Suite 103
Yuma, AZ 85364
1-928-783-4003
1-800-929-8194

Proveedores de Atención de Salud de Bajo Costo/ Tarifa Variable

Si no es elegible para Medicaid y no puede conseguir otro seguro de salud, puede visitar azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php para buscar clínicas que ofrezcan servicios de atención primaria, mental y dental a bajo costo o sin costo alguno para personas sin seguro de salud.

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

El equipo de Asuntos Individuales y Familiares (Individual and Family Affairs, OIFA) de Arizona Complete Health-Complete Care Plan promueve la recuperación, la resiliencia y el bienestar para nuestros miembros con problemas de salud mental y consumo de sustancias. Creamos asociaciones con personas, familias de elección, jóvenes, comunidades y organizaciones, y colaboramos con líderes clave y miembros de la comunidad en el proceso de toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud del comportamiento. Todos los miembros de la OIFA han vivido la experiencia de recibir servicios de salud del comportamiento ellos mismos y/o de ayudar a un ser querido a través de sus servicios.



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

Administrador de la OIFA	Responsable de garantizar que los programas y las políticas estén en consonancia con los principios de recuperación y resiliencia. Proporciona apoyo y orientación a todos los demás miembros de la OIFA y ayuda a eliminar cualquier obstáculo que les impida garantizar la salud y el bienestar de los miembros.
Asesor de apoyo entre pares	Proporciona orientación y apoyo a todos los socios del sistema sobre los servicios de apoyo entre pares y el proceso de certificación para convertirse en un médico especialista certificado en apoyo entre pares.
Asesor de apoyo familiar	Proporciona orientación y apoyo a todos los socios del sistema sobre los servicios de apoyo familiar y el proceso de certificación para convertirse en un socio certificado de apoyo familiar.
Coordinador de Consejos de Defensa de Miembros y Familias (MFAC)	Planifica y facilita los MFAC internos de Arizona Complete Health-Complete Care Plan y colabora con los MFAC basados en proveedores.
Coordinador de asistencia especial	Es responsable de asegurarse de que los proveedores cumplan con todos los requisitos estatales de Asistencia Especial. Sirve como punto de contacto para la AHCCCS Office of Human Rights.

Información Sobre la Defensa de los Derechos

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

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

Arizona Center for Disability Law: Mental Health

Arizona Center for Disability Law se dedica a proteger los derechos de las personas con discapacidad física, mental, psiquiátrica, sensorial y cognitiva. Puede llamarlos al **1-800-922-1447** (Tucson) o al **1-800-927-2260** (Phoenix) para obtener más información.

National Alliance on Mental Illness (NAMI)

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



Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence

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

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

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

Arizona Child and Family Advocacy Network

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

ACFAN cuenta con centros de defensa ubicados en todo Arizona que están diseñados para proporcionar servicios en el sitio a víctimas infantiles de abuso físico o sexual y negligencia. Algunos centros ofrecen servicios a las víctimas adultas de agresiones sexuales, violencia doméstica o abuso de adultos vulnerables. Para obtener más información sobre estos centros de defensa, visite **acfan.net** o llame al **602-526-2259**.

Family Advocacy Center Services

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

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

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



Ayuda Especial para Miembros con Designación de SMI

La *asistencia especial* es el apoyo proporcionado a un miembro con una designación de enfermedad mental grave que no puede articular las preferencias de tratamiento y/o participar eficazmente en el desarrollo del plan de servicio, el tratamiento para pacientes hospitalizados y el plan de alta (ITDP), los procesos de queja y/o apelaciones debido a deterioro cognitivo o intelectual y/o condición médica. Los criterios de asistencia especial se basan de la siguiente manera:

- Arizona Complete Health-Complete Care Plan y los proveedores identificarán y enviarán una notificación a la AHCCCS Office of Human Rights (OHR) de los miembros que cumplan con los criterios de asistencia especial. La notificación se envía independientemente de si las necesidades de asistencia especial del miembro parecen ser satisfechas por un tutor involucrado o un representante designado (p. ej., familiar o amigo).
- Luego, la OHR asignará un defensor para que trabaje con el miembro durante la planificación del tratamiento del miembro.
- Un miembro necesita asistencia especial si no puede hacer lo siguiente:
 - Comunicar las preferencias de servicios, participar eficazmente en la planificación de servicios o el desarrollo de ITDP, participar eficazmente en los procesos de apelación, queja o investigación según se especifica en A.A.C R9-21, Artículo 4.
 - El miembro no puede comunicar preferencias y participar eficazmente debido a una barrera lingüística de capacidad cognitiva/capacidad intelectual (incapacidad para comunicarse, que no sea la necesidad de un intérprete/traductor) y/o una condición médica.
 - Se ha determinado que los miembros que están sujetos a la tutela general están incapacitados según se especifica en A.R.S. §14-5304 y, por lo tanto, cumplen automáticamente con los criterios de Asistencia Especial. La OHR revisa todas las notificaciones y decide quién cumplirá con las necesidades de asistencia especial del miembro.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan trabaja con la AHCCCS Office of Human Rights para garantizar que se identifique de manera correspondiente a los miembros que cumplen con los criterios de Ayuda Especial.

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

También puede comunicarse con la AHCCCS Office of Human Rights al **1-800-421-2124** o en línea en **azahcccs.gov/ohr**.



Definiciones y Terminología de la Atención Administrada

Palabras/frases

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicios excluidos: Consulte “EXCLUIDO”.

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

- Exceden un límite,
- Son experimentales,
- No son médicamente necesarios.



Palabras/frases

Queja: Un reclamo que un miembro comunica a su plan de salud. No incluye una queja sobre una decisión del plan de salud de denegar o limitar una solicitud de servicios.

Dispositivos y servicios de habilitación: Consultar HABILITACIÓN.

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

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

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

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

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

Atención ambulatoria hospitalaria: Atención en un hospital que por lo general no requiere una noche de estadía.

Hospitalización: Admisión o estancia en un hospital.

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

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

Proveedor no participante: Consultar PROVEEDOR FUERA DE LA RED.



Palabras/frases

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

Proveedor participante: Consulte PROVEEDOR DE LA RED.

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

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

Plan: Consultar PLAN DE SERVICIOS.

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

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

Autorización previa: Consulte AUTORIZACIÓN PREVIA.

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

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

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



Palabras/frases

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

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

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

- Una persona con licencia, como un médico osteopático o alopático;
- Un médico definido como un asociado médico licenciado;
- Personal de enfermería con práctica médica certificado.

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

Dispositivos y servicios de rehabilitación: Consultar REHABILITACIÓN.

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

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

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

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



Definiciones del Servicio de Atención por Maternidad

Palabras/frases

Enfermero partero certificado (CNM): Un proveedor certificado por el American College of Nursing Midwives (ACNM). Lo realiza el proveedor que pasa un examen nacional y tiene una licencia para ejercer en Arizona. La licencia es otorgada por la Arizona Board of Nursing. Las CNM proporcionan atención de salud a las personas embarazadas y a los recién nacidos. La atención de salud incluye: atención antes del embarazo, durante este y después de este; atención de ginecología y atención para recién nacidos. Proporcionan esta atención de salud junto con otros proveedores o remisión del médico.

Centros de parto independientes: Los centros de maternidad independientes son centros de parto obstétrico autorizados por Arizona Department of Health Services (ADHS) y certificados por la Commission for the Accreditation of Free-Standing Birthing Centers. Estos lugares médicos cuentan con proveedores que ofrecen servicios de parto y trabajo de parto. Manejan servicios de atención de maternidad de bajo riesgo. Estos centros están contratados y se ubican cerca de hospitales de cuidados intensivos en caso de que se necesite ayuda con un problema en el parto.

Planificación familiar: Son servicios de educación y tratamiento para un miembro que voluntariamente decide retrasar o prevenir el embarazo.

Embarazo de alto riesgo: Es cuando una persona embarazada, un feto o un recién nacido tiene un mayor riesgo de tener problemas de salud mientras está embarazada o después del parto. Se utilizan herramientas especiales de evaluación de riesgos médicos para determinar si existe una posible situación de alto riesgo.

Partero licenciado: Este es un proveedor que ha recibido una licencia del Arizona Department of Health Services (ADHS) para realizar atención de maternidad según se describe en A.R.S. Título 36, Capítulo 6, Artículo 7, y A.A.C. R916. Estos proveedores son diferentes de los CNM.

Atención por maternidad: Incluye atención de salud y educación para asesoramiento previo a la concepción, identificación del embarazo, embarazo, trabajo de parto y servicios de posparto.



Palabras/frases

Coordinación de la atención de maternidad: Incluye todos los servicios para coordinar la atención de maternidad. Esto incluye evaluar las necesidades médicas y sociales, elaborar un plan para ayudar con las necesidades, ayudar a los miembros a conectarse con los recursos de la comunidad y asegurarse de que los miembros reciban la ayuda médica y social que necesitan.

Proveedor de atención por maternidad:

Los tipos de proveedores que se enumeran a continuación pueden proporcionar atención de maternidad cuando se encuentre dentro de su capacitación y alcance de la práctica.

1. Médicos licenciados de Arizona que son obstetras o proveedores de medicina general/medicina familiar
2. Profesionales de enfermería
3. Asistentes médicos
4. Enfermeros parteros certificados
5. Parteras con licencia

Transporte médicamente necesario: Lo lleva hacia y desde los servicios médicos requeridos.

Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN): Es un médico que cuida a las mujeres durante el embarazo, el parto, el posparto y los exámenes de bienestar de las mujeres.

Administración de la atención OB: Un vínculo del administrador de atención obstétrica para las personas embarazadas/posparto con recursos comunitarios adecuados. Estos pueden incluir:

- Women, Infants and Children's (WIC) nutritional program.
- Clases de crianza.
- Dejar de fumar.
- Administración de casos de embarazo en adolescentes.
- Albergues y asesoramiento sobre el consumo de sustancias.

Brindan apoyo, se conectan con las citas prenatales y desarrollan planes de atención.

Servicios perinatales: Servicios que se prestan durante el embarazo y después del parto (A.A.C. R9-10-201).



Palabras/frases

Médico: Son las CNM, los asociados médicos y otros enfermeros profesionales que brindan servicios de partera.

Posparto: Para las personas que se determinaron elegibles para la cobertura posparto de 12 meses, el posparto es el período que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en el que finaliza el período de 12 meses después de la finalización del embarazo. En el caso de las personas que se determina que son elegibles para una cobertura posparto de 60 días, el posparto es el período que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en el que finaliza el período de 60 días después de la finalización del embarazo. Las medidas de calidad que se utilizan en la mejora de la calidad de la atención por maternidad pueden utilizar criterios diferentes para el período de posparto.

Atención posparto: Atención de salud que se proporciona en el período posparto para evaluar y tratar el bienestar físico, psicológico y social de la miembro después del embarazo, independientemente de cómo finalice el embarazo. Los servicios incluyen, entre otros, abordar la condición médica crónica, la planificación familiar y un plan para la transición a la paternidad y la atención preventiva o de bienestar de la mujer. Las visitas de atención posparto son un proceso continuo.

Asesoramiento previo a la concepción: Ayuda a las miembros a identificar y reducir los riesgos médicos y sociales que ayudarán a una persona a estar saludable antes del embarazo y cualquier efecto sobre el feto. Esto se realiza mediante asesoramiento que se centra en brindar atención de salud en forma temprana para reducir los problemas médicos y cualquier riesgo para ayudar a quedar embarazada y durante el embarazo. Esto se puede proporcionar independiente de si la persona desea quedar embarazada o no. Esto se incluye en la visita preventiva para mujeres sanas. No incluye pruebas genéticas.

Cuidado prenatal: Esta es la atención que se proporciona durante el embarazo, que incluye:

- Evaluar el riesgo médico y social
- Proporcionar educación médica
- Tratamiento y atención de salud en curso

Si desea obtener más información sobre este Manual del Miembro, llame a Servicios al Miembro de Arizona Complete Health-Complete Care Plan al 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711 o visite azcompletehealth.com/completecure.



Nuevas Opciones para Administrar Sus Registros de Salud Digitales

El 1ero de julio de 2021, una nueva norma federal denominada Norma de Interoperabilidad y Acceso de Pacientes (CMS 9115 F) facilita que los miembros obtuvieran sus registros de salud cuando más lo necesitaban.

La norma de Interoperabilidad y Acceso de los Pacientes prioriza al paciente. Esta nueva norma le permite acceder fácilmente a su información de salud en su dispositivo móvil. También puede llevar consigo su información de salud cuando se cambie entre planes de salud. Para obtener más información, visite: **azcompletehealth.com/interoperability**.

Para más información, visite su cuenta de miembro en línea.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan

Notificación de Prácticas de Privacidad

EN ESTA NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.

Entrada en vigor a partir del 5/2/2024

For help to translate or understand this, please call **1-888-788-4408**. Hearing impaired TTY/TDD: **711**.

Si desea obtener ayuda para traducir o entender esta notificación, llame al **1-888-788-4408**. Las personas con discapacidad auditiva pueden llamar al TTY/TTD: **711**.

Obligaciones de la Entidad Cubierta:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP) es una Entidad Cubierta según se define y regula en virtud de la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP) tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI), proporcionarle esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respetar los términos de la Notificación que se encuentra actualmente en vigor e informarle en caso de que se produzca una infracción de la seguridad de su PHI no protegida.

En esta Notificación, se describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en esta Notificación se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP) se reserva el derecho de modificar esta Notificación. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la Notificación revisada o modificada para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP) revisará y distribuirá esta Notificación de manera oportuna cada vez que se realice un cambio importante en alguno de los siguientes aspectos:

- Los Usos o Divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en la notificación

Las Notificaciones revisadas se publicarán en nuestro sitio web o se enviarán por correo de manera separada.

Protecciones Internas de la PHI Oral, Escrita y Electrónica:

Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP) protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, etnia e idioma (REL), como de su orientación sexual e identidad de género (SOGI). Tenemos procesos de privacidad y seguridad que nos pueden ayudar para ese fin.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Formamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su PHI solo por razones comerciales con personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o la almacenamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para evitar que personas indebidas accedan a su PHI.

Usos y Divulgaciones Permitidas de su PHI:

A continuación, se presenta una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar su PHI o divulgarla a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, a fin de coordinar su tratamiento entre proveedores, o bien para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** Podemos utilizar y divulgar su PHI a fin de realizar pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las Normas de Privacidad federales para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir el procesamiento de reclamos, la determinación de la elegibilidad o la cobertura para los reclamos y la revisión de la necesidad médica de los servicios.

- **Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir prestación de servicio al cliente, respuesta a reclamos y apelaciones, y administración de la atención y coordinación de la atención.

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar la PHI a los asociados comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas de Privacidad federales. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Evaluación de la calidad y actividades de mejora
- Revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud
- Administración del cuidado y coordinación de la atención médica
- Detección o prevención de fraude y abuso en la atención médica

Su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas y las leyes del plan de salud. Esto significa que la información que proporciona es privada y está segura. Solo podemos compartir esta información con los proveedores de atención médica. No se compartirá con otras personas sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y los servicios.

Esta información nos ayuda en los siguientes aspectos:

- Comprender mejor sus necesidades de atención médica
- Conocer su idioma de preferencia cuando acuda a proveedores de atención médica
- Proporcionar información médica para satisfacer sus necesidades de atención de la salud
- Ofrecer programas para ayudarle a estar más saludable

Esta información no se utiliza para fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

- **Divulgaciones del Patrocinador del Plan/Plan de Salud del Grupo:** Podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud del grupo, como un empleador u otra entidad que le proporcione un programa de atención médica, si el patrocinador aceptó ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la información médica protegida (como aceptar no utilizar la información médica protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras Divulgaciones Permitidas o Requeridas de su PHI:

- **Actividades de Recaudación de Fondos:** Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar con el objetivo de ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de rechazar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de Suscripción:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción, como tomar una decisión sobre una solicitud o reclamación de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.
- **Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI a fin de recordarle una cita para tratamiento y atención médica con nosotros, o bien proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como, por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Según lo Requiera la Ley:** Si la ley federal, estatal y/o local requieren el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si dos o más leyes o reglamentos rigen el mismo conflicto de uso o divulgación, cumpliremos con las leyes o reglamentos más restrictivos.
- **Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de Abuso y Negligencia:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad local, estatal o federal del Gobierno, incluidos servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir tales informes, si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a un procedimiento judicial o administrativo. Es posible que también se nos solicite divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otras solicitudes similares.
- **Aplicación de la Ley:** Podemos divulgar la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite a fin de responder a un delito.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores funerarios, según sea necesario, para llevar a cabo sus deberes.

- **Donación de Órganos, Ojos y Tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de adquisición de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la adquisición, el mantenimiento de bancos o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.
- **Amenazas a la Salud y la Seguridad:** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones Gubernamentales Especiales:** Si pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI en caso de que lo soliciten las autoridades militares. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional, actividades de inteligencia; el Departamento Estatal para determinaciones de adecuación médica, la protección del Presidente; y otras personas autorizadas, según lo requiera la ley.
- **Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- **Situaciones de Emergencia:** Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o bien si usted está incapacitado o no está presente, a un miembro de su familia, amigo personal cercano, agencia de ayuda autorizada en caso de desastre o a cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos el juicio profesional y la experiencia a fin de determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si la divulgación es lo más conveniente, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de la ley, si tal información es necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y Divulgaciones de su PHI que Requieren su Autorización por Escrito:

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

- **Venta de PHI:** Le pediremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que recibiremos una compensación por divulgar la PHI de esta manera.
- **Marketing:** Le pediremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI con fines de marketing con excepciones limitadas, como cuando tengamos comunicaciones de marketing en persona o cuando ofrezcamos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de Psicoterapia:** Le pediremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener en el archivo con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.

Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.

Derechos Individuales:

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de esta Notificación.

- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones relacionadas con la atención médica, así como de divulgaciones a personas involucradas en su cuidado o el pago de su cuidado, como miembros de su familia o amigos cercanos. En su solicitud, se deben indicar las restricciones que solicita y a quién se le aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones relacionadas con la atención médica a un plan de salud cuando haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.
- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que desee. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el lugar o el medio de comunicación. Debemos satisfacer su solicitud si es razonable y especifica los medios o el lugar alternativos en los que se debe entregar su PHI.
- **Derecho a Acceder y Recibir una Copia de su PHI:** Tiene el derecho, con limitadas excepciones, a ver u obtener copias de su PHI contenidas en un conjunto de registros designado. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito y le indicaremos si es posible revisar las razones del rechazo. También le informaremos cómo se solicita la revisión o si el rechazo no es apto para su revisión.
- **Derecho a Modificar su PHI:** Tiene el derecho de solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe enmendarse. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmienda de la información, haremos todo lo posible por informar de la enmienda a otras personas, incluidas las personas a las que usted nombre, y por incluir los cambios en cualquier divulgación futura de dicha información.
- **Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones:** Tiene el derecho de recibir una lista de los casos, dentro del período de los últimos 6 años, en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, o divulgaciones que usted autorizó y otras actividades. Si solicita este informe más de una vez

en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable con base en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

- **Derecho a Presentar un Reclamo:** Si siente que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar un reclamo ante nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se proporciona al final de esta Notificación.

Además, puede presentar un reclamo ante la Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D. C. 20201, llame al **1-800-368-1019**, (TTY: **1-800-537-7697**), o visite **<https://www.hhs.gov/guidance/document/filing-complaint-0>**.

NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA EN CONTRA DE USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.

- **Derecho a Recibir una Copia de esta Notificación:** Puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento usando la lista de información de contacto que se proporciona al final de la Notificación. Si recibe esta Notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa de la Notificación.

Información de Contacto

Preguntas sobre esta Notificación: Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono a través de la información de contacto que se indica a continuación.

Arizona Complete Health-Complete Care Plan (AzCH-CCP)

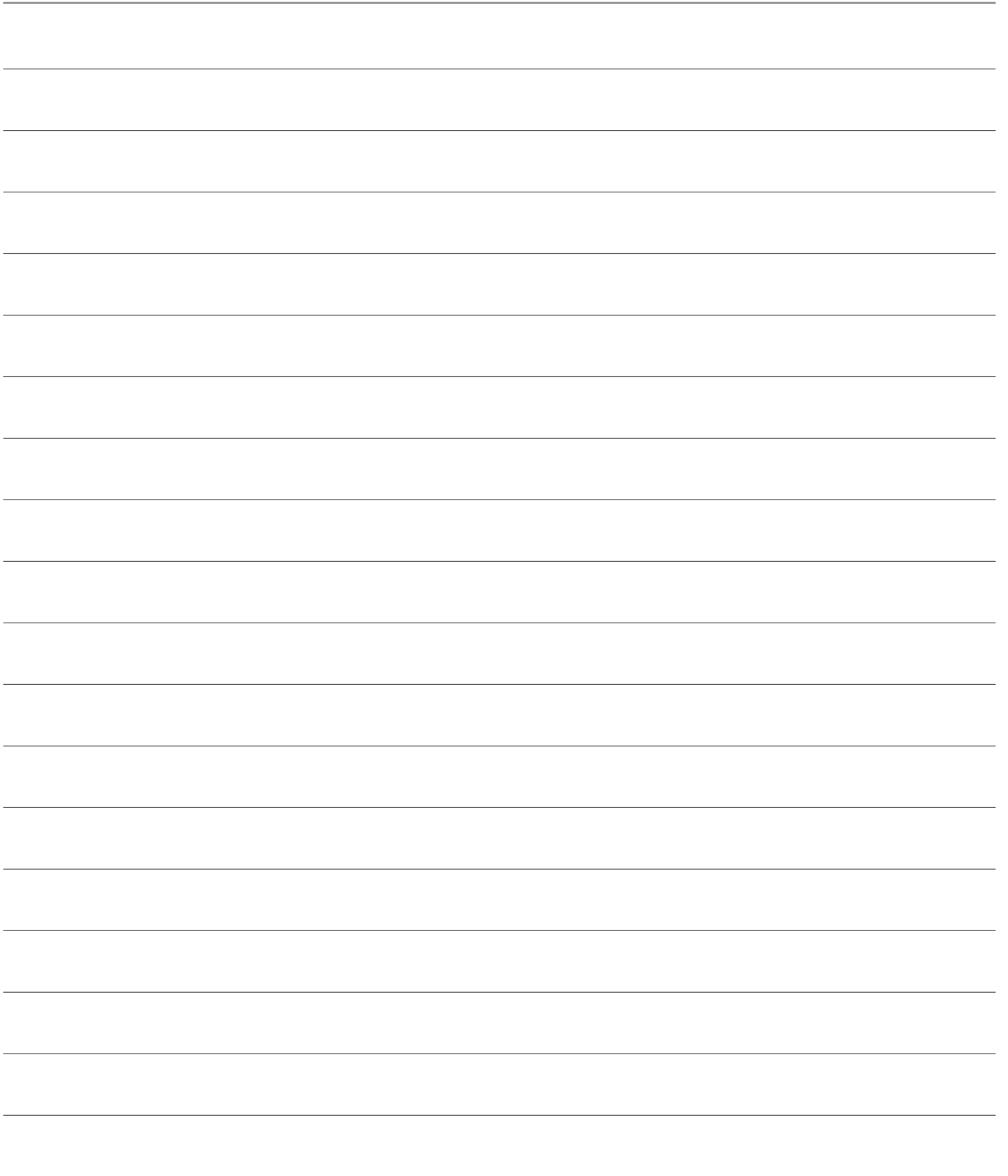
Attn: Privacy Official

1850 W. Rio Salado Parkway Suite 211

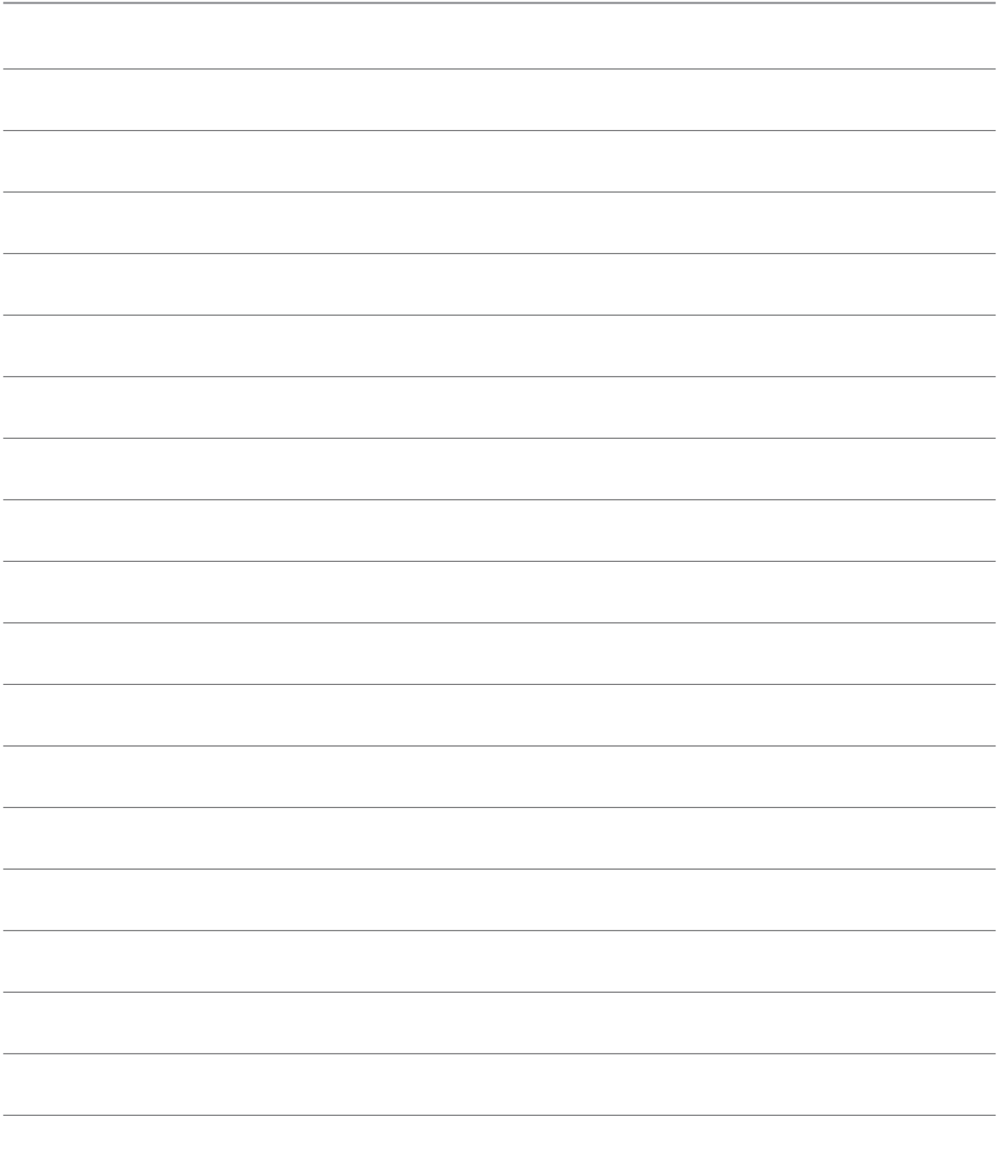
Tempe, AZ 85281

1-888-788-4408, TTY/TDD: **711**











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

azcompletehealth.com/completecure