



Manual del miembro

Del 1.º de octubre de 2022 al 30 de septiembre de 2023

Care1st Health Plan Arizona
1850 West Rio Salado Parkway • Suite 211 •
Tempe, Arizona 85281

Servicios al Miembro: **1-866-560-4042** • TTY/TDD: **711**
care1staz.com



MANUAL DEL MIEMBRO

CARE1ST HEALTH PLAN ARIZONA, INC.

1850 West Rio Salado Parkway • Suite 211 • Tempe, Arizona 85281

Servicios al Miembro:

Número gratuito: **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**)

Sitio web:
care1staz.com

Hay una copia disponible de este Manual del miembro sin costo si llama a Servicios al Miembro. También puede encontrarla en **care1staz.com**.

Revisado el 1.º de octubre de 2022.

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

Índice

Le damos la bienvenida a Care1st	7
Información de contacto del Departamento de Care1st	7
Servicios al Miembro.....	7
Administración de la atención.....	8
Atención materno-infantil.....	9
Línea Nurse Advice Line	9
Programa para el Mejoramiento de la Calidad.....	10
Atención de urgencia	10
Servicios para crisis de salud del comportamiento.....	10
Cómo obtener servicios de emergencia cuando está fuera del área de servicios.....	11
Acceso al tratamiento por uso de sustancias	13
Cómo garantizar una atención competente desde el punto de vista cultural (en su idioma).....	14
Qué debe saber antes de acudir a un proveedor fuera de la red de Care1st	15
Dónde prestamos nuestros servicios y cómo usarlos.....	15
Su tarjeta de identificación (ID).....	16
Responsabilidades de los miembros	16
Cambios en el tamaño de la familia o mudanza	18
Período de inscripción anual: solo AHCCCS Complete Care (ACC)	19
Cambios de plan de salud.....	19
Voz y toma de decisiones en familia	20
Transición de la atención	20
Atención de emergencia	21
Transporte de emergencia.....	23
Transporte que no es de emergencia.....	23
Hospitalización.....	24
Servicios cubiertos.....	24

Servicios médicos adicionales cubiertos para jóvenes menores de 21 años inscritos en Medicaid	28
Community Connections está aquí para usted.....	28
Servicios no cubiertos y exclusiones de servicios/beneficios limitados	29
Servicios no contemplados en los títulos XIX Y XXI	33
Servicios de vivienda.....	33
Planificación de atención avanzada/atención de salud para pacientes terminales	36
Servicios de especialistas y remisiones del médico.....	37
Miembros indígenas estadounidenses.....	38
Servicios al Miembro	38
Su proveedor de atención primaria (PCP).....	38
Cómo elegir un PCP	39
Cómo cambiar su PCP	39
Cómo programar una cita	40
Para cancelar o cambiar una cita	40
Estándares de disponibilidad de la cita	40
Espera en el consultorio del proveedor	42
Consultas de bienestar	42
Atención preventiva de bienestar para mujeres.....	42
Servicios para niños (EPSDT)	43
Atención preventiva y de bienestar.....	46
Atención prenatal.....	46
Pruebas de HIV	48
Planificación familiar	48
Interrupciones de embarazos médicamente necesarias.....	49
Servicios para adultos	50
Atención de la visión	51
Servicios dentales.....	52
Cómo programar, modificar o cancelar citas de atención dental.....	53

Servicios de farmacia	54
Servicios de salud del comportamiento	57
Los 12 principios para la prestación de servicios infantiles.....	61
Nueve principios rectores para los servicios y sistemas de salud del comportamiento orientados a la recuperación para adultos.....	64
Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS) y clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades (MSIC)	66
Consejo de Defensa del Miembro.....	68
Solicitudes de autorización previa para servicios y medicamentos	69
Libertad de elección de proveedores	71
Copagos	71
Personas con copagos optativos (no obligatorios)	72
Personas con copagos requeridos (obligatorios).....	74
Límite del 5% en todos los copagos	74
Si recibe una factura.....	75
Si tiene otro seguro	75
Personas con doble elegibilidad: miembros con Medicare.....	76
Autorización de servicios y plazos de solicitud de medicamentos	77
Quejas (reclamos) para miembros de ACC	79
Apelaciones y pedidos de audiencias para miembros de ACC	79
Quejas (reclamos) para miembros con designación de SMI.....	82
Apelaciones y pedidos de audiencias para miembros con designación de SMI.....	83
Quejas (reclamos) para miembros no contemplados en los títulos XIX Y XXI sin designación de SMI	87
Apelaciones y pedidos de audiencias para miembros no contemplados en los títulos XIX Y XXI sin designación de SMI	87
Derechos de los miembros.....	89
Fraude, desperdicio y abuso	93
Servicios para dejar de fumar.....	94
Lista de recursos de la comunidad.....	94

Si pierde elegibilidad para Medicaid	99
Regla sobre la Interoperabilidad y el Acceso de Pacientes: nuevas formas de gestionar sus expedientes de salud digitales.....	99
Instrucciones anticipadas: decisiones sobre su atención de salud	100
Recursos de defensoría	105
Información sobre ayuda especial para miembros con designación de SMI.....	107
Notificación de Prácticas de Privacidad.....	108
Obligaciones de las entidades cubiertas	108
Usos y divulgaciones permitidos de su PHI.....	109
Otras divulgaciones permitidas o necesarias de la PHI	109
Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito.....	111
Derechos individuales.....	112
Información de contacto.....	113
Definiciones y terminología de la atención administrada	114
Definiciones del servicio de atención por maternidad	118
La Discriminación es un Delito	122

Le damos la bienvenida a Care1st

Le agradecemos por elegir a Care1st Health Plan Arizona (Care1st). Nos complace prestarles servicios a usted y a su familia, y brindarles los servicios de atención de salud que se merecen. En este Manual del miembro, se brinda información sobre cómo trabajar con Care1st. Por favor, léalo. Le ayudará a aprovechar al máximo su plan de atención de salud.

Agregamos nuevos proveedores a nuestra red constantemente. Visite findaprovider.care1staz.com para ver el Directorio de proveedores más actualizado. El Directorio de proveedores contiene información sobre nuestros proveedores de la red, por ejemplo:

- nombre
- dirección
- números de teléfono
- si aceptan pacientes nuevos
- antecedentes profesionales
- idiomas que hablan
- sexo
- especialidad
- estado de certificación de la junta

Para obtener una copia del directorio o un nuevo Manual del miembro, comuníquese con Servicios al Miembro. Puede comunicarse con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página. Puede obtener ambos sin costo.

En el paquete de bienvenida que recibió cuando se inscribió, incluimos una carta en la que se indica el proveedor de atención primaria (PCP) que elegimos para usted. Si desea elegir un PCP diferente, llame a Servicios al Miembro al número que se indica a continuación o escribanos a la dirección que aparece en la portada.

Este Manual del miembro es solo un resumen de los servicios que presta Care1st. Llame a Servicios al Miembro si tiene preguntas sobre este manual.

Información de contacto del Departamento de Care1st

Servicios al Miembro

Servicios al Miembro, también conocido como Servicios al Cliente, le ayuda con sus preguntas o inquietudes. Servicios al Miembro puede ayudarle a elegir o cambiar su PCP y encontrar otros proveedores. Pueden ayudarle a encontrar una farmacia cerca de usted o programar una cita.

El personal de Servicios al Miembro está a su disposición de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. El número de teléfono de Servicios al Miembro es **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Puede encontrar este número en la parte inferior de cada página de este

manual. Use este número para llamar a Servicios al Miembro. Ellos pueden derivar su llamada a cualquier departamento que preste servicios directamente a los miembros, como el Medical Management and Pharmacy Department. Si tiene un problema urgente y no puede esperar hasta el horario regular de atención, llame a Servicios al Miembro. El personal del servicio fuera del horario de atención le ayudará.

Administración de la atención

Care1st entiende que usted puede tener necesidades de atención especiales. Para ayudar con esas necesidades, Care1st creó un **Programa de Administración de la Atención**. El objetivo de este programa es ayudarlo a entender cómo cuidarse.

Puede calificar para los servicios de administración de la atención si:

- Necesita ayuda para obtener atención o usar servicios médicos o del comportamiento.
- Tiene una condición de salud médica o del comportamiento a largo plazo o grave, como asma, diabetes, virus de inmunodeficiencia humana (HIV) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), depresión, abuso de sustancias o un embarazo de alto riesgo.

Mientras forme parte del programa, trabajará con un administrador de atención que hará lo siguiente:

- Hacer preguntas para obtener más información sobre su condición o necesidad.
- Identificar su sistema de apoyo (familia, tutor o cuidador) y cuánto usted quiere que ellos participen en su atención.
- Enseñarles a usted y a su sistema de apoyo sobre su condición de salud y los medicamentos.
- Hablar con usted y con su sistema de apoyo sobre sus beneficios y el servicio que necesita.
- Trabajar con su PCP, especialista o proveedor de salud del comportamiento para conseguirle los servicios que necesita.
- Brindarle información para ayudarles a usted y a su sistema de apoyo a entender cómo cuidarse y cómo obtener los servicios, incluidos los recursos locales.

Para obtener más información sobre este programa gratuito o si necesita ayuda relacionada con la administración de la atención o la administración médica o del comportamiento, llame al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Atención maternoinfantil

Si está embarazada, un **coordinador de atención maternoinfantil (MCH)** puede ayudarle con las preguntas o los problemas que tenga con su embarazo. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que le brinde atención durante el embarazo y el parto, llame al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) y solicite hablar con un MCH.

Línea Nurse Advice Line

Si llama a Care1st, puede hablar con el personal de enfermería para que le den asesoramiento si no se está sintiendo bien. El personal de enfermería está disponible para ayudarle las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. El personal de enfermería puede indicarle si debe:

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

Además, el personal de enfermería puede decirle cómo cuidarse en su hogar cuando no se sienta bien y si no cree que necesite consultar a su PCP.

Para comunicarse con el personal de enfermería, llame al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Luego, cuando se lo indiquen, seleccione la línea **Nurse Advice Line**. También puede llamar directamente a la línea Nurse Advice Line.

Miembros de AHCCCS Complete Care (ACC) (condiciones agudas, salud mental general o uso de sustancias, niños)		Miembros de Regional Behavioral Health Authority (RBHA) (miembros con una enfermedad mental grave, designación de SMI)
Del 1.º de julio de 2022 al 30 de noviembre de 2022	A partir del 1.º de diciembre de 2022	A partir del 1.º de octubre de 2022
1-800-746-3163	1-877-236-0375	1-877-236-0375

En caso de emergencia, vaya al hospital más cercano o llame al **911** de inmediato.

Programa para el Mejoramiento de la Calidad

Care1st cuenta con un programa integral para el mejoramiento de la calidad a fin de garantizar que usted reciba atención y servicios de calidad. Nos complace compartir información con usted. Para obtener más información sobre el Programa para el Mejoramiento de la Calidad o si quiere obtener una copia del programa, llame a Servicios al Miembro, al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**), o visite el sitio web de Care1st, **care1staz.com**.

Atención de urgencia

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

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

Si no se puede comunicar con su PCP, puede recibir atención en un centro de atención de urgencia. No necesita una cita para eso. Debe acudir a un centro de atención de urgencia que sea parte de la red de Care1st. Para acceder a una lista de centros de atención de urgencia cerca de usted, visite **care1staz.com**.

Servicios para crisis de salud del comportamiento

Las personas se comunican con una línea directa para crisis cuando tienen todo tipo de problemas de salud del comportamiento, por ejemplo:

- depresión
- ansiedad
- pensamientos suicidas
- trastorno bipolar
- trastorno de estrés postraumático (PTSD)
- trastornos alimenticios

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. Existen recursos para obtener ayuda. Durante una crisis, usted puede sentir que las cosas nunca cambiarán. Comunicarse con una línea para crisis de salud del comportamiento es un buen modo de comenzar a obtener ayuda.

Usted puede obtener servicios para crisis, incluso si no es elegible conforme a los títulos XIX y XXI (es decir, no es elegible para el AHCCCS/no está inscrito en Medicaid) o si tiene una enfermedad mental grave. Puede obtener estos servicios para crisis, entre otros:

- servicios telefónicos de intervención en casos de crisis, incluido un número gratuito, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- servicios móviles de intervención en casos de 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 para estabilización.

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 o del área de servicios de Care1st. 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 **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).
- En casos de emergencias que ponen en peligro la vida, llame siempre al **911**.

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

Puede acudir a cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia. Sin embargo, hay ciertos servicios de emergencia dentro de la red de Care1st, como la atención de urgencia, la línea Nurse Advice Line o los servicios de telesalud, que pueden ser más fáciles de usar para usted.

Las líneas para crisis están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año y son atendidas por personal capacitado. Los servicios para crisis también incluyen una respuesta móvil para casos de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana; servicios de supervisión y estabilización para crisis (incluida la desintoxicación) disponibles durante 23 horas y mucho más. Los servicios para crisis están disponibles para todas las personas, independientemente de su disponibilidad del AHCCCS. Si se necesita transporte para llegar a un centro de crisis, Care1st puede ayudarle. **Pero si teme que usted o alguien a quien conoce pueda lastimarse o lastimar a otros, llame al 911 de inmediato.**

Información sobre la línea para crisis de salud del comportamiento

- *Línea para crisis disponible las 24 horas en todo el estado:*
 - **1-844-534-HOPE (4673)** (TTY/TDD: **711**)
- *Especialmente para adolescentes:*
 - Línea Teen Life Line (llamada o mensaje de texto): **602-248-TEEN (8336)**
- *Especialmente para veteranos:*
 - Línea de crisis para veteranos: **1-800-273-8255** (presione 1) o envíe un mensaje de texto al **838255**
 - Be Connected: **1-866-4AZ-VETS (429-8387)**

Centros de recepción de crisis locales

- Northern Arizona
 - *The Guidance Center:* 2187 N Vickey St, Flagstaff, AZ 86004, **928-527-1899**
 - *West Yavapai Guidance Center:* 3343 N Windsong Dr, Prescott Valley, AZ 86314, **928-445-5211**
 - *Changepoint Integrated Care:* 2500 E Show Low Lake Rd, Show Low, AZ 85901, **928-537-2951**
 - *Mohave Mental Health Clinic:* 3505 Western Ave, Suite A, Kingman, AZ 86409, **928-757-8111**
 - *Southwest Behavioral Health:* 1633 S Plaza Way, Flagstaff, AZ 86001, **1-877-756-4090**

Warm Line es un servicio telefónico privado gratuito. Su personal está compuesto por personas que enfrentaron desafíos relacionados con la salud del comportamiento en el pasado. Puede obtener apoyo, incluso si simplemente necesita alguien con quien hablar. Warm Line está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.

- *Warm Line de Northern Arizona:* **1-888-404-5530**

Acceso al tratamiento por uso de sustancias

Los miembros de Care1st pueden recibir servicios de tratamiento para el uso de sustancias sin costo. El equipo de Servicios al Miembro de Care1st está disponible para ayudarle a obtener servicios o responder preguntas sobre el uso de sustancias o el tratamiento con opiáceos. Puede acceder a estos servicios de diversas maneras:

- Llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042**.
- Hable con su PCP.
- Visite **findaprovider.care1staz.com** para obtener una lista de proveedores de salud del comportamiento contratados.
- Utilice el localizador de servicios para tratar el uso de opiáceos del AHCCCS en **opioidservicelocator.azahcccs.gov**.

Hay financiación disponible a través de subvenciones estatales y federales para el tratamiento de trastornos por uso de opiáceos para los ciudadanos de Arizona que no tienen seguro o tienen un seguro limitado. Puede obtener más información sobre estos programas en nuestro sitio web o llamando a Servicios al Miembro, al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Care1st tiene subvenciones para ayudar con trastornos por uso de sustancias y opiáceos. Estas subvenciones permiten brindar ciertos tratamientos y apoyo durante un corto período de tiempo. Estas subvenciones incluyen el programa Servicios Estatales para Trastornos por Uso de Sustancias (SUDS), la Respuesta Estatal ante Opiáceos (SOR), la Respuesta Estatal ante Opiáceos II (SOR II).

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

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

Obtenga más información sobre el trastorno por uso de opiáceos o su tratamiento en **<https://www.azahcccs.gov/Members/BehavioralHealthServices/OpioidUseDisorderAndTreatment>**.

Cómo garantizar una atención competente desde el punto de vista cultural (en su idioma)

Valoramos su membresía y entendemos que entre nuestros miembros hay una gran diversidad de orígenes culturales y étnicos. Sabemos que su salud puede verse afectada por sus creencias, cultura y valores. También queremos que pueda comprender completamente la información que le damos. La ayuda y servicios auxiliares son servicios o dispositivos que ayudan a las personas que necesitan apoyo adicional para comunicarse. 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, que se encuentra en **care1staz.com**, incluye los idiomas que habla cada uno de los proveedores de nuestra red. Agregamos nuevos proveedores a nuestra red constantemente. Visite **care1staz.com** para ver el Directorio de proveedores más actualizado. Para recibir una copia impresa del Directorio de proveedores o un Manual del miembro nuevo, comuníquese con Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página. Puede obtener ambos sin costo. Los materiales para miembros también pueden encontrarse en **care1staz.com**.

Puede adquirir sin costo los materiales para miembros, junto con este manual, traducido a su idioma o en un formato que sea más fácil de usar para usted, como:

- letra grande;
- braille;
- disco compacto (CD) de audio;
- mensajes en los idiomas predominantes en Arizona que no sean inglés.

Para obtener información en otro idioma o formato, si necesita un intérprete, o si necesita asistencia con los servicios auxiliares o con el nivel de lectura de los materiales, comuníquese con Servicios al Miembro. Estos servicios son sin cargo. Puede encontrar proveedores de la red que atiendan a miembros con discapacidades físicas, equipos accesibles y comunicación culturalmente competente llamando a Servicios al Miembro, al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**), o visitando nuestro sitio web, **care1staz.com**. Care1st cumple con todas las leyes federales o estatales vigentes.

Si desea elegir un proveedor en función de su conveniencia, ubicación, adaptaciones por discapacidad o preferencia cultural, llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). También puede llamar a Servicios al Miembro si necesita ayuda para programar, cambiar o cancelar citas con sus proveedores.

Qué debe saber antes de acudir a un proveedor fuera de la red de Care1st

Care1st es un plan de atención administrada. Esto significa que necesita consultar con médicos y otros proveedores que son parte de la red de Care1st. A menos que haya recibido autorización previa de Care1st, usted debe obtener servicios de un proveedor de atención de salud que tenga contrato con Care1st. Los proveedores no contratados deben obtener aprobación de Care1st antes de brindar servicios. Asegúrese de que el proveedor sepa que usted es un miembro de Care1st. Si no encuentra un proveedor contratado por Care1st que pueda cubrir sus necesidades de tratamiento, llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) para solicitar ayuda. Visite **care1staz.com** para ver nuestro Directorio de proveedores. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una copia impresa. Le enviaremos una sin costo.

Dónde prestamos nuestros servicios y cómo usarlos

Care1st es un plan de salud del AHCCCS. El AHCCCS, o el Arizona Health Care Cost Containment System (agencia de Medicaid de Arizona), y el estado de Arizona otorgaron a Care1st un contrato en los **condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai** para prestarle servicios y ayudarle a obtener los servicios de atención de salud de calidad que usted merece. Care1st es un plan de atención administrada. Esto significa que necesita consultar con un proveedor de atención primaria (PCP) y otros proveedores que formen parte de la red de Care1st.

Su PCP es el médico principal encargado de su atención de salud. Esto significa que su PCP le ayuda a coordinar la mayoría de sus necesidades de atención de salud. Su PCP le ayuda a obtener atención médica si usted:

- necesita ver a un especialista;
- tiene que hacerse una prueba o un tratamiento especial;
- va al hospital.

En ocasiones, su PCP necesita pedir a Care1st que apruebe sus tratamientos o consultas con otro proveedor antes de que usted reciba los servicios. A menos que haya recibido autorización previa de Care1st, usted debe obtener servicios de un proveedor de atención de salud en nuestra red. Asegúrese de que el proveedor sepa que usted es un miembro de Care1st. Siempre recuerde llevar su tarjeta de ID de miembro a las citas.

Su tarjeta de identificación (ID)

Care1st le enviará su tarjeta de ID por correo. Le identifica como miembro nuestro. Es importante que lleve esta tarjeta con usted. Muéstrela cada vez que reciba atención. Si no recibe su tarjeta de ID por correo, llame a Servicios al Miembro de Care1st al número que aparece en la parte inferior de esta página.

Su tarjeta de ID de Care1st les permite a las personas saber que usted es elegible para nuestros servicios. Muestre su tarjeta de ID de Care1st cuando:

- tenga una cita con el médico;
- retire un medicamento recetado;
- vaya al hospital;
- reciba cualquier otro tipo de atención de salud médica o del comportamiento.

Es muy importante que conserve su tarjeta de ID cuando la reciba. No la tire. Lleve consigo su tarjeta de ID todo el tiempo.

Si tiene otro seguro, no olvide mostrar también esa otra tarjeta cuando reciba servicios.

Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una tarjeta de ID del estado, el AHCCCS utilizará su foto de la Motor Vehicle Division (MVD). Cuando los proveedores acceden a la pantalla de verificación de elegibilidad del AHCCCS, encontrarán su foto (si está disponible) y su información de cobertura.

Debe proteger su tarjeta de ID. No puede prestar, vender ni darle su tarjeta de ID a otra persona. Permitir que otra persona use su tarjeta de ID constituye fraude. Si usted presta o da su tarjeta a alguien más, podría perder su elegibilidad para el AHCCCS. Además, podríamos tomar medidas legales en su contra.

Llame a Servicios al Miembro de Care1st, al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**), si pierde o le roban su tarjeta de ID.

Responsabilidades de los miembros

Como miembro de Care1st, usted tiene ciertas responsabilidades.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

1. Respetar a sus proveedores, el personal y otras personas que le prestan servicios.
2. Llevar su tarjeta de ID con usted en todo momento e identificarse como miembro de Care1st antes de obtener cualquier servicio.
3. Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas acordadas para tratamientos, en la medida de lo posible. Informar a su PCP o a otros proveedores de Care1st si no comprende su condición o su plan de tratamiento.

4. Darle a su PCP o a otros proveedores de Care1st información completa sobre su salud y toda la atención que reciba. Infórmeles sobre problemas o enfermedades que haya tenido, si alguna vez estuvo en el hospital y sobre todos los medicamentos que esté tomando. Hágales saber siempre que vea a otros proveedores, cuando le receten medicamentos o si tiene que ir a un hospital o a una sala de emergencias.
5. Informarle a su PCP o a otros proveedores de Care1st sobre cualquier cambio en su salud o condición médica.
6. Informar a Servicios al Miembro de Care1st, a su PCP y a otros proveedores de Care1st sobre otro seguro que tenga.
7. Mantener su elegibilidad para el AHCCCS actualizada. Respete todas sus citas de elegibilidad para el AHCCCS e informe a su asistente de elegibilidad todo lo que pueda afectar sus cambios de elegibilidad en su hogar.
8. Mantener su tarjeta de ID segura. No la tire. No puede prestar, vender ni darle su tarjeta de ID a otra persona. Permitir que otra persona use su tarjeta de ID constituye fraude. Si usted presta o da su tarjeta a alguien más, podría perder su elegibilidad para el AHCCCS. Además, podríamos tomar medidas legales en su contra.
9. Informar a Care1st o al AHCCCS si sospecha de fraude o abuso por parte de un proveedor o de otro miembro.
10. Conocer el nombre de su PCP. Conserve el nombre, la dirección y el número de teléfono de su PCP en un lugar donde pueda encontrarlos fácilmente.
11. Participar activamente en la administración de su atención de salud y encargarse de sus problemas antes de que se agraven. Realice preguntas acerca de su atención.
12. Seguir todas las instrucciones de su proveedor atentamente. Asegúrese de comprender estas instrucciones antes de irse del consultorio del proveedor.
13. Tomar todos los medicamentos y participar en programas que le ayuden a sentirse bien.
14. Programar citas con su PCP durante el horario de atención en lugar de obtener atención de urgencia o ir a la sala de emergencias para cosas que no requieren atención de urgencia o emergencia.
15. Respetar todas las citas programadas y ser puntual. Llame al consultorio del proveedor con antelación si necesita cancelar una cita o si va a llegar tarde.
16. Llevar los registros de vacunas de sus hijos a todas las consultas con el PCP.
17. Pagar su copago cuando sea necesario (encuentre información adicional en la sección sobre copagos de este manual).
18. Llamar o escribir a Servicios al Miembro cuando tenga preguntas, problemas o quejas (reclamos).

19. Programar el transporte a sus citas con al menos tres días de anticipación. Notifique al servicio de transporte si necesita cambiar o cancelar su cita.

Llame o escriba a Servicios al Miembro si tiene preguntas o comentarios al respecto.

Cambios en el tamaño de la familia o mudanza

Informe a su asistente de elegibilidad si su familia crece por un nacimiento o matrimonio. Programe una cita con su asistente de elegibilidad para agregar un nuevo familiar al AHCCCS. También debe informar cualquier cambio si su familia se reduce. Esto puede suceder porque un familiar se muda o por alguna muerte en su familia.

Si se muda fuera de los condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo o Yavapai, fuera de Arizona o fuera de los Estados Unidos, debe comunicarse con su asistente de elegibilidad. El AHCCCS solo cubre servicios de emergencia fuera de esos condados. La atención de rutina no tiene cobertura fuera de esos condados. Ningún servicio tiene cobertura fuera de los Estados Unidos. Es importante que se comunique con su asistente de elegibilidad para que pueda recibir servicios completos en su área nueva.

Si se muda dentro de los condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo o Yavapai, es igualmente importante que llame a su asistente de elegibilidad. Puede no enterarse de avisos e informaciones importantes si el AHCCCS y Care1st no tienen su dirección exacta.

Si necesita informar un cambio en su familia, incluidos, entre otros, cambios en su dirección residencial o postal, en sus ingresos, en el empleo de un miembro de su familia, etc., comuníquese con la fuente de elegibilidad donde se inscribió en el AHCCCS:

- DES: **www.healtharizonaplus.gov** o **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**
- KidsCare: **www.healtharizonaplus.gov** o **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**
- SSI MAO: **www.healtharizonaplus.gov** o **602-417-5010/1-800-528-0142** (fuera del condado de Maricopa)
- Social Security Administration: **1-800-772-1213**
- Oficinas locales de Arizona Long Term Care System (ALTCs): **1-888-621-6880** o fax: **1-888-507-3313**
Dirección postal: 801 E Jefferson St, MD 3900, Phoenix, AZ 85034

Visite **www.azahcccs.gov/AHCCCS/Downloads/HowToUpdateYourMailingAddress.pdf** para obtener más información.

Período de inscripción anual: solo AHCCCS Complete Care (ACC)

Los miembros contemplados en los títulos XIX y XXI e inscritos en Care1st para los servicios de salud física y del comportamiento se conocen como miembros de ACC. Si usted es un miembro de ACC, tendrá la oportunidad de elegir otro plan de salud una vez al año, en la fecha en la que se inscribió en el AHCCCS (su fecha de aniversario). El AHCCCS le enviará una carta dos meses antes de su fecha de aniversario para informarle cómo puede cambiar de plan de salud.

Comuníquese con Care1st antes de cambiar de plan. Nos interesa saber sobre cualquier problema que tenga con Care1st para que podamos buscar una solución. Valoramos su membresía y queremos que permanezca en Care1st.

Cambios de plan de salud

Si desea cambiar de plan de salud antes o después de su fecha de aniversario, debe llamar al AHCCCS al **1-800-654-8713**. A continuación, enumeramos los únicos motivos por los que el AHCCCS le permitiría cambiar de plan de salud de inmediato (fuera de la fecha de su aniversario):

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 elegir 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. Tiene familiares que 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. Es elegible conforme al título XIX 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.

Otros pedidos de cambio de plan deben hacerse a su plan de salud actual. Si desea cambiarse a otro plan de salud, llame a Servicios al Miembro. Si está en otro plan de salud y quiere cambiarse a Care1st, comuníquese con su plan de salud actual. Es posible que su plan de salud considere únicamente pedidos de cambio de plan por una de las siguientes razones:

- Usted está embarazada y ya recibía atención prenatal cuando estaba inscrita en el plan de salud.
- Debe continuar un tratamiento con el proveedor médico que estaba viendo cuando se inscribió en el plan de salud. Su proveedor necesitará probarles al plan de salud del que quiere irse y al plan de salud al que quiere unirse que es necesario cambiar de plan.

Si hay otros miembros en su familia que también son elegibles para el AHCCCS y están inscritos en su plan de salud actual, puede incluirlos en su solicitud de cambio de plan. Nuestra política es tomar medidas para asegurarnos de que el cambio se realice sin problemas.

Voz y toma de decisiones en familia

Se espera que nuestros proveedores de atención de salud incluyan a cualquier familiar o sistema de apoyo que usted identifique, junto con cualquier otra persona autorizada a tomar decisiones acerca de la atención de salud, en el proceso de planificación de tratamientos. Es importante que su familia o sistema de apoyo y otras personas autorizadas participen en la mayor cantidad de conversaciones posibles sobre la planificación de tratamientos para usted o su hijo. De esa manera, podrá tomar decisiones más informadas. Si siente que no se tiene en cuenta su opinión, llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) y pida hablar con el equipo de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA) para obtener ayuda.

Transición de la atención

Nos aseguraremos de que siga recibiendo los tratamientos activos que recibe cuando se una a Care1st o deje el plan. Si deja Care1st para irse a otro plan de salud, a un plan de pago por servicios (FFS) del AHCCCS o al Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses (AIHP) del AHCCCS, le enviaremos toda la información importante a su nuevo plan de salud dentro de los 10 días calendario de su cambio. Si se cambia a Care1st desde otro plan de salud, de un FFS del AHCCCS o del AIHP del AHCCCS, nuestro coordinador de transición revisará sus necesidades de atención.

Atención de emergencia

El AHCCCS cubre atención de emergencia médicamente necesaria las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Se considera emergencia a una enfermedad, lesión, síntoma o condición (incluido dolor grave) en los casos en los que una persona razonable podría esperar que, si no recibe atención médica de inmediato, podría:

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

Si tiene una emergencia, vaya al hospital más cercano o llame al **911** de inmediato. En una emergencia, puede ir a una sala de emergencias (dentro o fuera de la red) para recibir atención de emergencia. Cuando reciba atención, muestre su tarjeta de ID e informe que es miembro de Care1st. No necesita una remisión del proveedor ni autorización previa del plan.

Llame a su PCP o a la línea Nurse Advice Line de Care1st disponible las 24 horas si no está seguro de que sea una emergencia.

Miembros de AHCCCS Complete Care (ACC) (condiciones agudas, salud mental general o uso de sustancias, niños)		Miembros de Regional Behavioral Health Authority (RBHA) (miembros con una enfermedad mental grave, designación de SMI)
Del 1.º de julio de 2022 al 30 de noviembre de 2022	A partir del 1.º de diciembre de 2022	A partir del 1.º de octubre de 2022
1-800-746-3163	1-877-236-0375	1-877-236-0375

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.

Ejemplos de condiciones que no son de emergencia y que puede ver su PCP o pueden ser atendidas en un centro de atención de urgencia:

- resfriados, dolor de garganta, dolor de oídos, tos, sarpullidos;
- cortes o abrasiones leves o picaduras que no pongan en peligro la vida;
- dolor de cabeza, incluidas las migrañas;
- infección del tracto urinario simple, fiebre, vómitos, diarrea;
- reabastecimientos o pedidos de medicamentos recetados;
- extracción de puntos;
- dolor de espalda u otros dolores musculares;
- análisis de orina o exámenes requeridos para empleos;
- dolores articulares o esguinces;
- protuberancias o bultos nuevos.

Ejemplos de condiciones de emergencia que ponen en peligro la vida o que pueden causar problemas importantes si no se atienden de inmediato:

- dificultad para respirar;
- cortes profundos o sangrado que no se detiene;
- pérdida de consciencia;
- dolor agudo en el pecho;
- sobredosis o intoxicación por drogas;
- quemaduras o descarga eléctrica graves;
- dolor o sangrado si está embarazada;
- fracturas;
- lesión en la cabeza;
- lesión en los ojos;
- fiebre alta persistente;
- dolor de cabeza intenso persistente;
- síntomas de derrame cerebral: dificultad para hablar, entumecimiento repentino o pérdida de fuerza, confusión;
- síntomas de ataque cardíaco: dolor de pecho, dificultad para respirar, dolor en el brazo izquierdo;
- ataques de asma: dificultad para respirar grave;
- mordeduras de serpiente con inflamación, dificultad para respirar o mareo.

Luego de que llegue a casa de la sala de emergencias, llame a su PCP para programar una cita. Cuando llame para programar la cita con su PCP, dígame que ha estado en la sala de emergencias. Asegúrese de informarle a su PCP sobre todas las instrucciones o los medicamentos que le dieron en la sala de emergencias.

Transporte de emergencia

Si cree que necesita una ambulancia, llame al **911** de inmediato. Si no está seguro, llame a su PCP y siga su consejo. También puede llamar a la línea Nurse Advice Line de Care1st.

Miembros de AHCCCS Complete Care (ACC) (condiciones agudas, salud mental general o uso de sustancias, niños)		Miembros de Regional Behavioral Health Authority (RBHA) (miembros con una enfermedad mental grave, designación de SMI)
Del 1.º de julio de 2022 al 30 de noviembre de 2022	A partir del 1.º de diciembre de 2022	A partir del 1.º de octubre de 2022
1-800-746-3163	1-877-236-0375	1-877-236-0375

No vaya a la sala de emergencias ni use una ambulancia para servicios de atención de salud urgentes o de rutina.

Transporte que no es de emergencia

Transporte que no es de emergencia (traslados en taxi)

Care1st ofrece traslados en taxi médicamente necesarios hacia y desde el proveedor más cercano para los miembros que no tengan otra forma de llegar a sus citas médicas. Antes de llamar a Care1st para solicitar transporte, debe:

- intentar usar su propio vehículo;
- usar el transporte público;
- organizar el traslado con un amigo o familiar.

El transporte se brinda al miembro que tiene la cita y al padre o la madre del miembro si el miembro tiene menos de 21 años. Para solicitar un traslado en taxi a una cita, llámenos como mínimo tres días hábiles antes de la cita. Llame de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días feriados. A menos que llame con tres días hábiles de anticipación, es posible que no podamos coordinar el servicio de transporte. Los miembros deben tener su propia silla para autos para niños menores de 8 años.

Transporte de urgencia: Si necesita ir a un centro de atención de urgencia o ver a su PCP de inmediato por una condición urgente, llámenos para coordinar el transporte. Para estos tipos de pedidos, no necesita avisar con tres días hábiles de anticipación.

Hospitalización

Si necesita ir al hospital y no es una emergencia, su proveedor organizará la estadía. Care1st y su proveedor deben aprobar su visita al hospital antes de irse.

Servicios cubiertos

A continuación, encontrará una lista de algunos de los servicios que están cubiertos por el AHCCCS. Esta no es una lista completa. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos, puede llamar a Servicios al Miembro o a su PCP, o comunicarse con su proveedor de salud del comportamiento. Para algunos servicios, podría necesitar una remisión de su PCP o de su proveedor de salud del comportamiento antes de acceder al servicio. Es posible que Care1st necesite revisar y aprobar esta remisión. Si Care1st no aprueba su remisión, le enviarán un aviso para notificárselo. Asegúrese de comunicarse con su PCP o con su proveedor de salud del comportamiento antes de acceder a los servicios. Care1st no limita los servicios con base en objeciones religiosas o morales. Si intenta acceder a servicios, incluidos servicios de asesoramiento o remisión, y su proveedor no puede o no quiere ayudar debido a objeciones morales o religiosas, comuníquese con Servicios al Miembro.

Adultos con designación de SMI inscritos en Medicaid

Si usted es un adulto inscrito en Medicaid y en Care1st que tiene la designación de enfermedad mental grave (SMI), puede obtener tanto su atención de salud física como su atención de salud del comportamiento a través de Care1st.

Adultos con designación de SMI no inscritos en Medicaid

Si está inscrito en Care1st como adulto con designación de SMI sin Medicaid, solo es elegible para un beneficio limitado de salud del comportamiento.

Algunas personas son elegibles para el AHCCCS y para Medicare. Estas personas cuentan con doble elegibilidad. Si usted está inscrito en Medicare, Care1st podría ayudar a pagar los deducibles y el coseguro de Medicare para los servicios cubiertos de Medicare Parte A y Parte B. Esto se llama “costo compartido”. Care1st podría también ayudar con otros costos si usted usa proveedores de Care1st, y su proveedor sigue todas las reglas de costos compartidos de Care1st.

1. Trasplantes de órganos y tejido, y medicamentos relacionados aprobados por el AHCCCS.
2. Servicios de salud del comportamiento (para más información consulte la sección sobre servicios de salud del comportamiento en la página 57):
 - terapia conductual (cuidado personal de salud del comportamiento, capacitación en cuidados en el hogar/apoyo familiar, apoyo de pares/autoayuda);

- servicios de administración de casos de salud del comportamiento;
 - servicios de enfermería para salud del comportamiento;
 - atención de emergencia para salud del comportamiento;
 - transporte de emergencia y que no es de emergencia;
 - evaluación y exámenes;
 - asesoramiento y terapia familiar, grupal e individual;
 - servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados;
 - servicios en centros psiquiátricos no hospitalarios para pacientes hospitalizados (centros de cuidados subagudos y centros de tratamiento residencial de nivel I);
 - servicios de laboratorio y radiología para diagnóstico y regulación de psicofármacos;
 - tratamientos con agonistas opiáceos;
 - atención parcial (programa diurno supervisado, programa diurno terapéutico y programa diurno médico);
 - rehabilitación psicosocial (capacitación en habilidades y desarrollo y capacitación en herramientas para la vida para rehabilitación psicosocial, incluidos servicios de apoyo para el empleo);
 - psicofármacos;
 - ajuste de dosis y control de psicofármacos;
 - atención de relevo: atención residencial temporaria para pacientes que ofrece relevo para los cuidadores permanentes (con limitaciones);
 - servicios de agencia rural de transición por uso de sustancias;
 - exámenes;
 - servicios terapéuticos de atención en el hogar para la salud del comportamiento.
3. Consultas de atención quiropráctica (para miembros menores de 21 años y beneficiarios calificados de Medicare o miembros QMB).
 4. Atención de emergencia.
 5. Transporte de emergencia.
 6. Servicios y suministros de planificación familiar, incluido el control de la natalidad y los anticonceptivos.
 7. Evaluaciones y tratamiento para la audición (audífonos) para miembros menores de 21 años.
 8. Evaluaciones de la audición para miembros a partir de los 21 años.

9. Servicios basados en la comunidad y en el hogar (si se usan en lugar de un centro de enfermería).
10. Servicios de atención médica en el hogar (si se usa en lugar de hospitalización).
11. Atención para pacientes terminales.
12. Ropa interior para la incontinencia para miembros de entre 3 y 20 años (que cumplen con ciertos requisitos).
13. Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios y hospitalizados (consulte la sección sobre servicios no cubiertos en la página 29).
14. Bombas de insulina.
15. Diálisis renal.
16. Servicios dentales limitados para miembros a partir de los 21 años (consulte la sección sobre servicios para adultos en la página 50).
17. Atención por maternidad para miembros embarazadas.
18. Cuidado de los pies médicamente necesario a cargo de un podólogo con licencia e indicado por un PCP.
19. Transporte médicamente necesario.
20. La mayoría de los equipos y suministros médicamente necesarios.
21. Evaluaciones de nutrición.
22. Dispositivos ortopédicos para miembros menores de 21 años, proporcionados cuando los receta el PCP, el médico a cargo o el médico tratante del miembro. El equipo médico se puede alquilar o comprar únicamente si no hay otras fuentes disponibles que ofrezcan los artículos sin costo. El costo total del alquiler no debe superar el precio de compra de los artículos. Los ajustes o las reparaciones razonables de equipos comprados tienen cobertura para todos los miembros mayores y menores de 21 años para poner el equipo en condiciones o cuando el costo de reparación sea menor que alquilar o comprar otra unidad. El componente será reemplazado si, en el momento de la autorización, se proporciona documentación que establezca que el componente no funciona correctamente.
23. Dispositivos ortopédicos para miembros a partir de los 21 años cuando aplican todas las siguientes condiciones:
 - El uso de ortopedia es médicamente necesario como la opción preferida de tratamiento según las pautas de Medicare.
 - El uso de ortopedia cuesta menos que todas las otras opciones de tratamiento o procedimientos quirúrgicos para tratar la misma condición diagnosticada.
 - La ortopedia es solicitada por un médico o médico de atención primaria.

- 24.** Farmacia/medicamentos (en la lista de medicamentos cubiertos de Care1st).
- 25.** Atención dental preventiva y tratamientos dentales para miembros menores de 21 años.
- 26.** Servicios preventivos incluidos, entre otros: servicios de detección, como exámenes de detección de cáncer de cuello uterino, incluida la prueba de Papanicolaou, las mamografías, el examen de detección de cáncer colorrectal y exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual.
- 27.** Servicios de rehabilitación: fisioterapia, terapias del habla y ocupacional para pacientes ambulatorios (consulte la sección sobre servicios no cubiertos).
- 28.** Atención de enfermería especializada en el hogar (si se usa en lugar de hospitalización) hasta 90 días por año.
- 29.** Atención de la visión, incluidos anteojos para miembros menores de 21 años.
- 30.** Atención de la visión para miembros a partir de los 21 años luego de una cirugía de cataratas y para condiciones oculares de emergencia.
- 31.** Consultas con un enfermero practicante o asistente médico.
- 32.** Atención preventiva del niño sano (atención de EPSDT), incluidas vacunas.
- 33.** Las consultas de bienestar (exámenes de bienestar), como los exámenes preventivos de la mujer sana, exámenes de senos y exámenes de próstata, entre otros, tienen cobertura para los miembros. La mayoría de las consultas de bienestar (también llamadas “chequeos” o “exámenes físicos”) incluyen antecedentes clínicos, un examen físico, exámenes de salud, asesoramiento de salud y vacunas médicamente necesarias. Se considera que las consultas de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para los miembros menores de 21 años son lo mismo que las consultas de bienestar.
- 34.** Las mujeres miembro, o miembros designadas mujeres al nacer, tienen acceso directo a servicios de atención preventiva y de bienestar prestados por un ginecólogo u otro proveedor de atención de maternidad dentro de la red de Care1st sin remisión por parte de un proveedor de atención primaria.
- 35.** Radiografías, análisis de laboratorio y otras pruebas.

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

Si tiene preguntas sobre qué servicios tienen cobertura, llame a Servicios al Miembro o hable con su PCP.

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.
- 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).
- Fisioterapia y terapias del habla y ocupacional para pacientes ambulatorios.
- Sedación consciente.
- Servicios adicionales para beneficiarios calificados de Medicare (QMB).
- Servicios de relevo.
- Servicios quiroprácticos.
- Cualquier otro servicio cubierto por Medicare, pero no por el AHCCCS.

Community Connections está aquí para usted

Todos merecemos una vida mejor, en la medida de lo posible. Sin embargo, muchos factores pueden afectar su capacidad para tenerla. Una llamada telefónica a nuestra línea de ayuda de Community Connections puede ponerle en contacto con los servicios que necesita. Además, está disponible para los miembros de Care1st, para los que no son miembros y para cuidadores. Nuestros asesores de pares escuchan sus necesidades y le derivan a recursos en todo el país o en su área local. Llame para recibir la ayuda que necesita: **1-866-775-2192**.

Conéctese con los servicios sociales correctos, que incluyen:

- ayuda financiera (por ej., servicios públicos, alquiler)
- asistencia laboral o educativa
- asistencia con los alimentos
- cuidado de niños asequible
- transporte
- grupos de apoyo
- ayuda con los medicamentos
- suministros para la familia (pañales, fórmula, cunas y más)

Servicios no cubiertos y exclusiones de servicios/ beneficios limitados

Los siguientes servicios no tienen cobertura para adultos a partir de los 21 años (si es un beneficiario calificado de Medicare, continuaremos pagando su deducible de Medicare y su coseguro para estos servicios):

Tabla de beneficios limitados o excluidos del AHCCCS.		
Beneficio/ servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido/limitado de pago
Audífonos anclados al hueso	Un audífono que se coloca en el hueso de una persona cerca del oído mediante cirugía. Esto sirve para transportar el sonido.	El AHCCCS no paga por audífonos anclados al hueso (BAHA). Se pagan 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 pagan los materiales, el mantenimiento de equipo (cuidado del implante) y la reparación de todas las partes.
Prótesis/ articulación controlada por microprocesador de la extremidad inferior	Un dispositivo que reemplaza una parte faltante del cuerpo y usa una computadora para ayudar con el movimiento de la articulación.	El AHCCCS no paga la prótesis de la extremidad inferior (pierna, rodilla o pie) que incluya un microprocesador (chip de computadora) que controle la articulación.
Servicios dentales	Toda atención o tratamiento para los dientes	Consulte la sección de servicios para adultos para acceder a una explicación detallada de servicios dentales limitados para los miembros mayores de 21 años.
Atención de relevo	Servicios continuos o a corto plazo que se ofrecen como un descanso temporario para los cuidadores y miembros, a fin de que se tomen un tiempo para ellos mismos.	El número de horas de relevo disponible para adultos y niños o servicios de salud del comportamiento es de 600 dentro de un período de 12 meses. Los 12 meses van del 1.º de octubre al 30 de septiembre del próximo año.

Tabla de beneficios limitados o excluidos del AHCCCS.

Beneficio/ servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido/limitado de pago
Trasplantes	Un trasplante es cuando se trasladan un órgano o glóbulos 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 (PT)	Ejercicios que enseña o presta un fisioterapeuta para hacerlo más fuerte o para ayudar a mejorar el movimiento.	<p>Atención de pacientes hospitalizados: Los servicios de PT para pacientes hospitalizados están cubiertos para todos los miembros que reciban atención en un hospital, un centro de enfermería o un centro de asistencia.</p> <p>Atención de pacientes ambulatorios: Los servicios de PT están cubiertos para los miembros menores de 21 años. Las siguientes limitaciones se aplican a los miembros de 21 años o mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 consultas de PT por año de beneficio* con el propósito de recuperar una habilidad o nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez recuperada; • 15 consultas de PT por año de beneficio* con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener ese nivel de función una vez adquirido. <p>Los miembros que tienen Medicare deben comunicarse con Care1st para recibir ayuda y determinar cuántas consultas se contarán.</p>

Tabla de beneficios limitados o excluidos del AHCCCS.

Beneficio/ servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido/limitado de pago
<p>Terapia ocupacional (OT)</p>	<p>Ejercicios enseñados o brindados por un terapeuta ocupacional para ayudarlo a adquirir, recuperar o mantener una habilidad o función.</p>	<p>Atención de pacientes hospitalizados: Los servicios de OT están cubiertos para todos los miembros que reciban atención en un hospital, un centro de enfermería o un centro de asistencia cuando los ordenan el PCP del miembro o el médico tratante. La OT para pacientes hospitalizados consiste en evaluaciones y terapia.</p> <p>Atención de pacientes ambulatorios: Los servicios de OT están cubiertos para los miembros de ALTCS y miembros menores de 21 años. Las siguientes limitaciones se aplican a los miembros de 21 años o mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 consultas de OT por año de beneficio* con el propósito de recuperar una habilidad o nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez recuperada; • 15 consultas de OT por año de beneficio* con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez adquiridos. <p>Los miembros que tienen Medicare deben comunicarse con Care1st para recibir ayuda y determinar cuántas consultas se contarán.</p>

Tabla de beneficios limitados o excluidos del AHCCCS.

Beneficio/ servicio	Descripción del servicio	Servicio excluido/limitado de pago
Terapia del habla (ST)	Servicios de diagnóstico y tratamiento que incluyen la evaluación, recomendaciones del programa para el tratamiento, o la formación en lenguaje receptivo y expresivo, la voz, la articulación, la fluidez, la rehabilitación, y cuestiones médicas relacionadas con la capacidad para tragar.	Atención de pacientes hospitalizados: Los servicios de ST para pacientes hospitalizados están cubiertos para todos los miembros que reciban atención en un hospital, un centro de enfermería o un centro de asistencia. Atención de pacientes ambulatorios: Los servicios de ST están cubiertos para los miembros menores de 21 años. Los miembros que tienen Medicare deben comunicarse con Care1st para recibir ayuda y determinar cuántas consultas se contarán.

* El año de beneficios comienza el 1.º de octubre y termina el 30 de septiembre.

Para todos los miembros

A continuación, se enumeran más servicios que **no** tienen cobertura del AHCCCS. Esta no es una lista completa. Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos, llame a Servicios al Miembro o hable con su PCP.

1. Los abortos o el asesoramiento sobre abortos (excepto cuando el embarazo es resultado de una violación o incesto, o si una enfermedad física relacionada con el embarazo pone en peligro la salud de una persona embarazada).
2. Circuncisión (a menos que sea médicamente necesaria).
3. Servicios cosméticos.
4. Servicios experimentales.
5. Histerectomía (extirpación del útero) que no sea médicamente necesaria.
6. Servicios para la infertilidad o reversión de una esterilización optativa.
7. Medicamentos que no están en la lista aprobada de medicamentos de Care1st (Formulario) a menos que Care1st los apruebe antes.
8. Artículos personales o de comodidad.
9. Exámenes físicos para la escuela, el trabajo o el deporte.
10. Servicios o artículos que se brindan sin costo o que generalmente no tienen cargo.

11. Servicios o artículos que necesitan aprobación previa de Care1st, donde no se dio una aprobación previa.
12. Cirugía de afirmación de género.
13. Servicios de un proveedor que NO está contratado por Care1st, (a menos que tenga aprobación previa de Care1st).

Servicios no contemplados en los títulos XIX Y XXI

Si se inscribe en Care1st y quiere obtener información sobre los servicios no contemplados en los títulos XIX y XXI, la Regional Behavioral Health Authority (RBHA) en su área, Care1st, es responsable de brindarle estos servicios. Los servicios no contemplados en los títulos XIX y XXI pueden incluir, entre otros, alojamiento y comida, servicios de salud mental (antes conocidos como curación tradicional) y acupuntura auricular (del oído).

Para obtener más información sobre los servicios de la RBHA, use estos números de contacto según su condado de residencia:

- Para los condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai:
Servicios al Miembro de *Care1st*, **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).
- Para el condado de Maricopa:
Servicios al Miembro de *Mercy Care*, **1-800-564-5465** (TTY/TDD: **711**).
- Para los condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Santa Cruz y Yuma:
Arizona Complete Health-Complete Care Plan, **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**).

Si necesita ayuda para encontrar una RBHA cerca de usted o para acceder a los servicios, llame a Servicios al Miembro.

Servicios de vivienda

La asistencia en viviendas es un servicio disponible para miembros de Care1st que ayuda a las personas a conseguir viviendas seguras y estables para que puedan llevar una vida independiente dentro de la comunidad que elijan. Un proveedor del miembro o Care1st pueden enviar las solicitudes de asistencia en viviendas al administrador de viviendas del AHCCCS. Los servicios de vivienda se ofrecen según las evidencias prácticas en continuidad de asistencia en viviendas de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Las autoridades regionales en salud del comportamiento trabajan con socios del sistema, como el U.S. Department of Housing & Urban Development (HUD), el Arizona Department of Housing, autoridades locales en vivienda y servicios locales de entrada coordinada para la continuidad de asistencia en viviendas para personas sin hogar. La cantidad de miembros a los que se puede ayudar a obtener

Care1st Health Plan Arizona

viviendas en un año determinado depende de los niveles de financiación. Si quiere obtener más información sobre el apoyo y los servicios de vivienda, llame a Servicios al Miembro de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Si necesita ayuda para encontrar un lugar donde vivir o pagar su vivienda, el especialista en viviendas de Care1st puede ayudarle a contactar los recursos comunitarios y de vivienda en su área.

Si es necesario, Care1st le remitirá al administrador de viviendas del AHCCCS para los servicios no contemplados en los títulos XIX y XXI, y los proveedores comunitarios locales de servicios de vivienda. Llame a Servicios al Miembro de Care1st, al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**), y pida hablar con un especialista en viviendas o envíe un correo electrónico a **housing@care1staz.com**.

Agencias que pueden informarle sobre recursos y otras opciones de vivienda:

Nombre	A quiénes o en qué pueden ayudar	Sitio web o información de contacto
Arizona Department of Housing	Información general sobre vivienda	https://housing.az.gov/
Balance of State Continuum of Care (CoC)	Entrada coordinada de Northern Arizona y Balance of State	https://housing.az.gov/general-public/homeless-assistance
Maricopa County Continuum of Care (CoC)	Entrada coordinada de Maricopa County	https://azmag.gov/Programs/Homelessness
Pima County Continuum of Care (CoC)	Entrada coordinada de Pima County	https://tpch.net
Housing Solutions of Northern Arizona	Vivienda de transición, asesoramiento crediticio y alquileres asequibles	https://www.housingnaz.org
Housing Authority of Flagstaff Arizona	Asistencia para familias de bajos ingresos	http://www.flagstaff.az.gov/2342/HousingAuthority
Mohave County Housing Authority	Asistencia en vivienda y cupón de elección de vivienda	https://www.publichousing.com/details/mohavecounty
Catholic Charities Community Services	Ayuda con alimentos, vestimenta y refugio en los condados de Coconino y Mohave	https://www.catholiccharitiesaz.org/

Nombre	A quiénes o en qué pueden ayudar	Sitio web o información de contacto
Northern Arizona Council of Governments (NACOG)	Ayuda con el alquiler de emergencia	https://nacog.org/
Navajo Nation in Flagstaff	Asistencia en vivienda general	http://www.navajo-nsn.gov/
Western Arizona Council of Governments (WACOG)	Prevención de desamparo y ayuda con servicios públicos en los condados de Mohave, La Paz y Yuma	https://www.wacog.com/
ABC Housing	Proporciona viviendas de calidad y asequibles, y servicios de apoyo para personas con necesidades de salud del comportamiento en Arizona.	https://azabc.org/
Housing Operations and Management (HOM), Inc	Opera programas de vivienda de apoyo permanente y de realojamiento rápido para personas y familias vulnerables sin hogar y con inestabilidad de vivienda.	https://www.hominc.com/
Changepoint Integrated Health	Condado de Navajo Show Low, Pinetop-Lakeside, Holbrook y Winslow	https://www.mychangepoint.org/
Encompass Health Services	Condado de Mohave Colorado City, Littlefield Condado de Coconino Page, Fredonia	https://www.encompass-az.org/
Little Colorado Behavioral Health Centers, Inc	Condado de Apache Springerville, St. Johns	https://www.lcbhc.org/index.php
Mohave Mental Health Clinic, Inc	Condado de Mohave Bullhead City, Kingman, Lake Havasu City	https://www.mmhc-inc.org/locations/

Nombre	A quiénes o en qué pueden ayudar	Sitio web o información de contacto
Polara Health	Condado de Yavapai Prescott Valley, Prescott, Chino Valley	https://www.polarahealth.com/
Southwest Behavioral & Health Services, Inc	Condado de Yavapai Prescott Valley Condado de Coconino Flagstaff Condado de Mohave Bullhead City, Kingman, Lake Havasu City	https://www.sbhservices.org/contact-locations
Spectrum Healthcare Group, Inc	Condado de Yavapai Prescott, Cottonwood, Camp Verde	https://www.spectrumhealthcare-group.com/
The Guidance Center, Inc	Condado de Coconino Flagstaff	https://tgcaz.org/

Planificación de atención avanzada/atención de salud para pacientes terminales

¿Qué es la planificación de atención avanzada?

La planificación de atención avanzada es un servicio que respalda las conversaciones entre los pacientes y sus proveedores para decidir qué tipo de atención quieren los pacientes en caso de que no puedan tomar sus propias decisiones sobre la atención médica.

Durante estas conversaciones, los proveedores hablan con la persona y la ayudan a planificar para un momento en el que no pueda tomar decisiones sobre su atención médica. Si tiene una condición que pone en peligro su vida, el proveedor puede hablar con usted sobre cómo crear un plan escrito que:

- incluya los tratamientos que usted elija hacer;
- analice la manera en que su enfermedad progresa con el tiempo, así como sus miedos e inquietudes sobre la enfermedad;
- comparta sus deseos con sus familiares y amigos;

- indique sus opciones de atención en caso de un evento crítico, como un derrame cerebral, y qué tan agresivo quiere que sea su tratamiento (por ejemplo, reanimación, antibióticos o tubos de alimentación).

¿La planificación de atención avanzada es lo mismo que una instrucción anticipada?

La planificación de atención avanzada no es lo mismo que una instrucción anticipada. Una instrucción anticipada es un documento legal que especifica qué debe ocurrir si una persona ya no puede tomar sus propias decisiones sobre la atención médica. Las instrucciones anticipadas tienen muchas formas. Pueden ser testamentos en vida o poderes notariales duraderos para la atención de salud. Una instrucción anticipada debe completarse según las reglas del estado de AZ para que los documentos sean legalmente vinculantes.

¿La persona tiene que tener una enfermedad terminal para aprovechar este beneficio?

No. El beneficio de planificación de atención avanzada está disponible para cualquiera. A menudo, el mejor momento para comenzar a analizar la atención de salud para el final de la vida puede ser antes de que una persona sea diagnosticada con una condición que ponga en peligro la vida. De esta manera, tendrá el tiempo necesario para considerar sus preferencias. Tener estas conversaciones con antelación también puede ser útil para orientar las decisiones sobre atención y tratamiento futuras por parte de familiares y cuidadores en caso de que la persona quede incapacitada y no pueda informar sus decisiones. La planificación de atención avanzada no pretende ser una conversación única, sino una serie de debates en el transcurso de la vida de una persona.

Los análisis sobre el final de la vida de una persona incluyen la planificación de atención avanzada con el objetivo de brindar tratamiento, comodidad y calidad de vida.

Fuente: <https://www.ncoa.org/article/medicare-advance-care-planning>

Servicios de especialistas y remisiones del médico

Los especialistas son proveedores que se encargan de problemas de salud especiales. Su PCP le ayuda a coordinar la mayor parte de su atención y le remite a un especialista cuando es necesario. Es posible que Care1st necesite revisar y aprobar esta remisión. Si no aprobamos la remisión, le enviamos un aviso para notificárselo.

Si tiene preguntas sobre los servicios de especialistas y las remisiones, llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDY: **711**).

Si intenta obtener servicios, incluidos servicios de asesoramiento o remisión, y su proveedor no puede o no quiere ayudar debido a objeciones morales o religiosas, comuníquese con Servicios al Miembro.

Los miembros que tienen necesidades especiales de atención de salud pueden obtener servicios de especialistas sin remisión del PCP cuando dicho PCP tiene un acuerdo de remisión permanente con el especialista. Puede elegir un especialista de la red de proveedores de Care1st.

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.

Servicios al Miembro

Servicios al Miembro de Care1st le ayudará con los problemas o las preguntas que tenga. Servicios al Miembro puede ayudarle a elegir o cambiar su PCP. Pueden ayudarle con lo siguiente:

- encontrar una farmacia;
- encontrar un proveedor de salud del comportamiento cerca de usted;
- programar una cita.

El personal de Servicios al Miembro está disponible para ayudarle de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. El número de teléfono de Servicios al Miembro se encuentra en la parte inferior de cada página de este manual. Si tiene un problema urgente y no puede esperar hasta el horario regular de atención, llame a Servicios al Miembro. El personal del servicio fuera del horario de atención le ayudará.

Su proveedor de atención primaria (PCP)

El PCP es su médico principal. Se asegura de que usted obtenga la atención de salud que necesita. El PCP le ayudará a administrar la mayor parte de su atención y le remitirá a un especialista cuando sea necesario. No necesitará una remisión de su PCP para obtener estos servicios:

- consultas con un dentista de Care1st para miembros menores de 21 años;
- servicios de salud del comportamiento;
- servicios de atención preventiva y de bienestar por parte de un ginecólogo dentro de la red de Care1st;
- exámenes de detección del cáncer de cuello uterino o mamografías;
- servicios especiales si tiene necesidades especiales de atención de salud y su PCP tiene un acuerdo de remisión permanente con el especialista.

Si está embarazada, consulte la sección sobre atención prenatal. Si tiene necesidades especiales de atención de salud y necesita ver a un especialista de forma continua, su PCP le ayudará a organizar esto. Es importante que hable sobre todas sus necesidades de atención de salud con el PCP. Aprender más sobre usted y su salud le permite a su PCP brindarle atención de calidad.

Si es miembro nuevo de Care1st, le recomendamos programar una cita para realizarse un control tan pronto como sea posible. Este control permitirá que usted y su PCP se conozcan mejor; además, es bueno para su salud.

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.

Si quiere servicios, incluidos servicios de asesoramiento o remisión, y su proveedor no puede o no quiere ayudar debido a objeciones morales o religiosas, llame a Servicios al Miembro.

Cómo elegir un PCP

Usted puede elegir un PCP del Directorio de proveedores de Care1st. En el directorio, se incluyen los idiomas que habla cada proveedor. Puede obtener información acerca de los proveedores de la red que aceptan miembros con discapacidades. Llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Puede visitar **care1staz.com** para acceder al directorio más reciente. También puede llamar a Servicios al Miembro y solicitar que le envíen una copia sin costo.

Puede elegir un PCP diferente para cada miembro de la familia que está en nuestro plan.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Para cambiar el PCP, elija un PCP de la Lista de proveedores de Care1st. Además, puede visitar **care1staz.com** para acceder a la lista más reciente. Llame o escriba a Servicios al Miembro con su opción. Aquí incluimos algunas razones por las que podría cambiar su PCP:

- no se siente cómodo hablando con el PCP;
- no entiende lo que el PCP dice;
- el consultorio del PCP está demasiado alejado;
- el PCP no ofrece los servicios que necesita por objeciones morales o religiosas.

Asegúrese de informar a Servicios al Miembro sobre sus opciones de PCP si también está cambiando el PCP para alguno o todos los miembros de su familia.

Cómo programar una cita

La mayoría de las veces, los proveedores no pueden atenderle a menos que tenga una cita. Cuando llame para programar una cita con un PCP o especialista, esté listo para informar:

- su nombre (o el nombre de su hijo si la cita es para su hijo);
- su número de ID (o el de su hijo);
- que usted (o su hijo) es miembro de Care1st;
- los motivos por los que necesita la cita.

Respete todas sus citas.

Para cancelar o cambiar una cita

Intente llamar, como mínimo, un día antes cuando necesite cancelar o cambiar una cita. Es muy importante que respete sus citas o que informe al consultorio con anticipación si no puede asistir a su cita.

Estándares de disponibilidad de la cita

Usted podrá obtener una cita dentro de los siguientes períodos de tiempo según el tipo de proveedor, el servicio que va a recibir y la urgencia de la cita:

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.• De rutina: dentro 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.• De rutina: dentro de 45 días calendario a partir de la solicitud.
Servicios 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.• De rutina: dentro de 45 días calendario a partir de la solicitud.

<p>Maternidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre: dentro de 14 días calendario a partir de la solicitud. • Segundo trimestre: dentro de 7 días calendario a partir de la solicitud. • Tercer trimestre: dentro de 3 días hábiles a partir 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 un proveedor de atención de maternidad o por parte de Care1st, 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 calendario 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. <ol style="list-style-type: none"> 1. Para miembros de 18 años o más, no más de 23 días calendario después de la evaluación inicial. 2. Para los miembros menores de 18 años, no más de 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 calendario 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 empeore en su condición de salud del comportamiento antes de comenzar con los medicamentos, pero no más de 30 días calendario desde la identificación de la necesidad.

Llame a Servicios al Miembro si no puede acceder a una cita dentro de estos tiempos.

Espera en el consultorio del proveedor

En ocasiones, es posible que tenga que esperar en el consultorio mientras el proveedor ve a otros pacientes. No debería esperar más de 45 minutos, a menos que su proveedor tenga una emergencia. Si llegó a tiempo para su cita y tuvo que esperar más de 45 minutos por un proveedor que no estaba ocupado en una emergencia, llame a Servicios al Miembro.

Consultas de bienestar

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

Atención preventiva de bienestar para mujeres

Las consultas anuales de control de bienestar para mujeres son un beneficio cubierto. Esta consulta incluye exámenes de detección que ayudan a su proveedor a encontrar y tratar posibles problemas de salud. El proveedor también puede informarle sobre maneras de mantenerse saludable y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades en el futuro.

Los siguientes servicios preventivos se incluyen en una consulta de control de bienestar para mujeres:

1. Examen físico (examen de bienestar) que evalúa la salud general.
2. Examen clínico de los senos.
3. Examen pélvico y prueba de Papanicolaou (si es necesario).
4. Todas las vacunas, exámenes y pruebas apropiados para su edad y factores de riesgo.
5. Exámenes y asesoramiento para apoyar la buena salud, en temas tales como:
 - Nutrición adecuada.
 - Actividad física.
 - Índice de masa corporal (IMC) elevado.
 - Uso, abuso o dependencia de tabaco o sustancias.
 - Exámenes de detección de depresión.
 - Seguridad personal y violencia doméstica.

- Infecciones de transmisión sexual (STI).
- Virus de inmunodeficiencia humana (HIV).
- Planificación familiar (control de la natalidad).
- Asesoramiento previo a la concepción que incluye la conversación sobre un estilo de vida saludable antes y entre embarazos (por ejemplo, antecedentes reproductivos y prácticas sexuales; peso saludable; dieta y nutrición; consumo de ácido fólico; actividad física o ejercicio; cuidado de la salud bucal; manejo de enfermedades crónicas; bienestar emocional; consumo de tabaco y uso de sustancias, como cafeína, alcohol, marihuana y otras drogas; medicamentos recetados; e intervalo entre embarazos).
- Remisión del médico para otros exámenes de detección y tratamiento si es necesario.

Los miembros tienen acceso directo a servicios de atención preventiva y de bienestar prestados por un ginecólogo u otro proveedor de atención de maternidad dentro de la red de Care1st sin remisión por parte de un proveedor de atención primaria.

No hay copagos ni otros cargos para esta consulta de atención preventiva de bienestar para mujeres.

Si necesita ayuda para programar una cita o trasladarse a su consulta de control de bienestar para mujeres, llame a Servicios al Miembro de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Los miembros adultos que pierden la elegibilidad para el AHCCCS pueden comunicarse con Arizona Department of Health Services, Bureau of Health Systems Development. Llame al **602-542-1219** o utilice el localizador de clínicas en www.azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php para encontrar una clínica de tarifa variable que ofrezca servicios sin costo o de bajo costo cerca de usted.

Servicios para niños (EPSDT)

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

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

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

Cantidad, duración y alcance: La Ley de Medicaid define los servicios de EPSDT como aquellos que incluyen exámenes de detección, servicios de la 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 EPSDT, excepto el requisito de que los servicios sean médicamente necesarios y rentables.

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

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

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

Care1st le recordará cuando sea momento de que su hijo se realice un control. Es muy importante que su hijo se realice los controles. Incluso cuando su hijo no está enfermo, es importante que vea a su PCP de manera regular. Estas consultas pueden ayudar a que el PCP detecte problemas a tiempo y comience a tratar a su hijo de inmediato.

Estos servicios no tienen costo y ayudarán a que su hijo esté saludable. Los EPSDT, también llamados consultas de control de bienestar para niños, incluyen, entre otros:

1. examen físico completo sin ropa;
2. evaluación y antecedentes de desarrollo y salud;
3. exámenes y evaluaciones de nutrición;

4. examen de salud bucal (dental);
5. exámenes de salud del comportamiento;
6. exámenes del desarrollo y remisiones del médico;
7. vacunas;
8. exámenes oculares, de la audición y del habla;
9. prueba de tuberculosis (TB), anemia y anemia de células falciformes;
10. pruebas de laboratorio (incluidos análisis de plomo en sangre);
11. educación de la salud y análisis sobre la salud, nutrición y salud del comportamiento de su hijo.

También es posible que pueda obtener los siguientes servicios. Pregunte a su PCP o llame a Servicios al Miembro para obtener información sobre los siguientes recursos:

1. **Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC):** Un programa educativo comunitario sobre nutrición para mujeres embarazadas, lactantes y puérperas, y niños menores de 5 años. El programa WIC puede proveer alimentos que promueven la buena salud. Los beneficios incluyen:
 - a. alimentos nutritivos sin costo
 - b. educación sobre nutrición
2. **Head Start:** Un programa comunitario que ayuda a su hijo en su inicio escolar. Si tiene un niño de entre 2 y 4 años, pueden recibir algo de ayuda para comenzar el jardín de infantes. Head Start ayuda a que todos los niños tengan éxito en su inicio escolar. En algunas áreas, hay servicios disponibles para bebés y niños pequeños.
3. **Arizona Early Intervention Program (AzEIP):** Un programa comunitario que puede brindar servicios tales como fisioterapia y apoyo a niños con retrasos en el desarrollo o discapacidades hasta los 3 años. Los servicios que no son médicamente necesarios no tendrán cobertura de Care1st.
4. **Servicios de salud del comportamiento:** Los servicios de salud del comportamiento están disponibles a través de Care1st, a menos que en su tarjeta de ID haya un número de teléfono específico para la salud del comportamiento. Consulte la sección sobre salud del comportamiento de este manual para obtener más información y acceder a los números de contacto.

Programe una cita con el PCP de su hijo para realizar controles en las siguientes edades:

- | | | | | |
|-------------------------|-----------|------------|------------|-------------|
| • cuando nace | • 2 meses | • 9 meses | • 18 meses | • consultas |
| • de 3 a 5 días de vida | • 4 meses | • 12 meses | • 24 meses | anuales |
| | • 6 meses | • 15 meses | • 30 meses | entre los |
| • 1 mes | | | | 3 y 20 años |

Programe una cita con el dentista de su hijo para realizar controles en las siguientes edades:

- **A los 12 meses (o consulte con su PCP):** para comenzar con los exámenes y hábitos dentales tempranos y saludables.
- **Desde los 12 meses hasta los 20 años:** dos veces al año para realizar un examen dental y limpieza.

También tiene cobertura de seguimiento para todos los problemas encontrados en estos controles. Llame a Servicios al Miembro o al coordinador de EPSDT al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT para su hijo.

Hay transporte disponible sin costo para las consultas de EPSDT. Si necesita ayuda para programar las citas, comuníquese con Servicios al Miembro o el coordinador de EPSDT.

Si pierde la elegibilidad, llame a la Arizona Department of Health Services, Bureau of Health Systems Development al **602-542-1219**. También puede usar el localizador de clínicas en **www.azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php** para encontrar una clínica de tarifa variable que ofrezca servicios sin costo o de bajo costo cerca de usted.

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 prestados por un ginecólogo u otro proveedor de atención de maternidad dentro de la red de Care1st sin remisión por parte de un proveedor de atención primaria.

Atención prenatal

Si está embarazada, es muy importante que reciba atención prenatal y que respete todas sus citas. Llame a su PCP de inmediato para programar una cita si cree que está embarazada. Su PCP puede realizarle una prueba para ver si está embarazada.

Si está embarazada, puede autorremitirse a un proveedor de atención de maternidad. Su PCP también puede ayudarle a elegir uno. Puede elegir un obstetra, un asistente médico, un enfermero especializado con práctica médica, un enfermero partero certificado o un partero con licencia para que cuide de usted durante su embarazo y parto. Si recibe atención de un enfermero partero certificado, también podría optar por recibir una parte o la totalidad de su atención primaria de su PCP asignado. Los parteros con licencia no pueden proporcionar ningún servicio médico adicional, ya que la atención primaria no está dentro de su ámbito de práctica.

Si la prueba confirma que está embarazada, o si está embarazada cuando se une a Carelst, llame a Servicios al Miembro y pida hablar con un coordinador de salud materno-infantil (MCH) de Carelst. Podemos ayudarle a encontrar un obstetra, un enfermero partero certificado o un partero con licencia para que cuide de usted durante su embarazo y parto. Todos los servicios de obstetricia deben estar aprobados por Carelst. Su proveedor de atención de maternidad debe aceptar Carelst y obtener aprobación para brindarle atención después de su primera consulta.

El coordinador de MCH le ayudará con preguntas o problemas sobre su embarazo. Si es nueva en Carelst o si se cambió a Carelst hace poco, y está en su tercer trimestre, puede continuar recibiendo atención durante el embarazo por parte de su proveedor actual. Si tiene problemas o preguntas sobre su embarazo, llame al coordinador de MCH al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

El proveedor de atención de maternidad le hará un control completo en la primera consulta. También le hará análisis de sangre y orina para comprobar si tiene problemas médicos que puedan afectar su embarazo. Esto puede incluir pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (STI). Puede obtener pruebas prenatales para detectar HIV o sida. Hay asesoramiento y tratamiento disponibles para usted si da positivo en HIV o sida. Recibir tratamiento cuando da positivo en HIV o sida puede beneficiarles a usted y a su bebé porque podría prevenir que el bebé se infecte con HIV. El proveedor puede hablar con usted sobre las opciones de tratamiento.

La atención postparto es muy importante y está cubierta después del parto. El proveedor le indicará cuándo debe realizar esta consulta, que se basa en las pautas del College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Debe realizar una consulta postparto alrededor de las cuatro a seis semanas luego del nacimiento del bebé. Es posible que su proveedor quiera verla en un plazo de una a dos semanas si tuvo una cesárea o si tiene ciertas condiciones médicas, pero debe volver a ver a su proveedor dentro de ocho semanas después del parto.

El control de la natalidad, también conocido como servicios y suministros de planificación familiar, está disponible para usted. Su proveedor de atención de maternidad le dará información sobre los servicios de planificación familiar. Estos pueden incluir asesoramiento sobre el control de la natalidad e intervalo entre nacimientos. Los suministros de planificación familiar incluyen píldoras e inyecciones anticonceptivas; anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), como diafragmas y dispositivos intrauterinos (IUD); anticonceptivos reversibles de larga duración para el período inmediato de posparto (IPLARC); condones; espumas y supositorios.

El proveedor de atención de maternidad se asegurará de que usted y su bebé estén bien. Llame a su proveedor de atención de maternidad para hablar sobre sus inquietudes. No olvide respetar todas las citas programadas.

Pruebas de HIV

Todos los miembros de Care1st (incluidos los que dieron positivo en HIV y los que no) pueden obtener información sobre pruebas, asesoramiento y tratamiento del HIV. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

Planificación familiar

La planificación familiar se refiere a considerar si desea tener hijos o pensar cuándo quiere tenerlos. Los servicios y suministros de planificación familiar están disponibles sin costo para todos los miembros en edad reproductiva. Puede obtener servicios y suministros de planificación familiar de su PCP o de un proveedor de planificación familiar aprobado por el AHCCCS. No necesita un remisión de su PCP para consultar a un proveedor de planificación familiar de Care1st, incluso si el proveedor de atención familiar no es un proveedor de la red de Care1st. Care1st puede ayudarle a programar una cita con un proveedor de planificación familiar. También podemos ayudarle con el transporte. La planificación familiar es gratuita.

Su proveedor puede ayudarle a encontrar el tipo de control de la natalidad que más le convenga. Los servicios y suministros de planificación familiar incluyen:

1. asesoramiento de planificación familiar (anticonceptivos);
2. pruebas de embarazo, exámenes médicos y análisis de laboratorio, incluidas ecografías relacionadas con la planificación familiar;
3. tratamiento de complicaciones que resultan del uso de anticonceptivos, incluido el tratamiento de emergencia;
4. exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI);
5. los siguientes métodos de control de la natalidad:
 - píldoras anticonceptivas;
 - inyecciones anticonceptivas;
 - anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) y anticonceptivos reversibles de larga duración para el período inmediato de posparto (IPLARC), entre ellos:
 - implantes anticonceptivos
 - dispositivos intrauterinos (IUD)
 - preservativos;
 - diafragmas;
 - espumas y supositorios;

- anticonceptivo oral de emergencia, también conocido como “píldora del día después”, que debe tomarse dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección;
- esterilización (vasectomías y ligaduras de trompas): los miembros deben tener como mínimo 21 años para recibir estos servicios;
- educación para planificación familiar natural o remisión del médico a un proveedor de planificación familiar natural calificado.

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

Servicios para adultos

Los adultos (miembros a partir de los 21 años) necesitan ver a su PCP al menos una vez al año. Existen pruebas, exámenes e incluso vacunas que los adultos deben colocarse regularmente. Algunos de estos servicios dependen de su edad o sexo.

Para miembros a partir de los 21 años, las consultas de bienestar tienen cobertura. Los exámenes preventivos también tienen cobertura. Consulte la tabla de beneficios excluidos o limitados en la sección sobre servicios no cubiertos. Llame a Servicios al Miembro si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos. Los servicios cubiertos para adultos incluyen:

- colonoscopías;
- mamografías;
- pruebas de Papanicolaou u otros exámenes de detección de cáncer de cuello uterino;
- vacunas contra la difteria, el tétanos, la influenza (gripe), el neumococo (neumonía), la rubeola, el sarampión, la hepatitis A, la hepatitis B, la tos ferina (según lo recomendado actualmente por los CDC o el ACIP), la varicela para miembros a partir de los 50 años y el virus del papiloma humano (HPV) para miembros independientemente del sexo;
- información sobre pruebas, asesoramiento y tratamiento del HIV;
- el tratamiento de enfermedades o condiciones crónicas, como diabetes, asma, colesterol alto, hipertensión, cáncer, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y HIV o sida.

Llame a su PCP para programar una cita. Pregúntele por estos servicios. También puede hablar con su PCP sobre estos temas:

- tabaco
- consumo de drogas y alcohol
- salud emocional o del comportamiento
- alimentación adecuada
- actividad física
- comportamiento sexual y servicios de planificación familiar
- prevención de enfermedades o lesiones

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios al Miembro.

El **Medical Management Department** cuenta con enfermeros que pueden ayudarle a controlar enfermedades crónicas. Estos son problemas a largo plazo, como la diabetes y el asma. Estos enfermeros están disponibles a través de los programas de administración de enfermedades y administración de casos de Care1st. Llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) y pida hablar con un coordinador de atención si desea obtener más información sobre estos programas.

Los servicios dentales para adultos a partir de los 21 años tienen cobertura si están relacionados con un servicio médico o quirúrgico. Esto incluye dolor agudo, infección o fractura de la mandíbula. Los servicios se limitan a lo siguiente:

- un examen de la boca
- radiografías
- atención de fracturas de la boca o la mandíbula
- anestesia
- analgésicos o antibióticos

Ciertos servicios dentales previos al trasplante se limitan al tratamiento de una infección, enfermedad oral, tratamiento de una enfermedad periodontal, extracciones médicamente necesarias y empastes simples o coronas. Estos servicios pueden estar cubiertos únicamente después de que se haya realizado la evaluación de trasplante y de que usted haya sido aprobado para el trasplante. También cubriremos el costo de la extracción de piezas dentales antes de recibir tratamiento contra el cáncer de mandíbula, cuello o cabeza.

Los miembros adultos mayores de 21 años también obtienen un beneficio dental de emergencia de \$1,000 para cada período de 12 meses (del 1.º de octubre al 30 de septiembre).

Atención de la visión

La atención de la visión de rutina y de emergencia tiene cobertura para miembros menores de 21 años. Para recibir servicios de la visión, no necesita una remisión de su PCP. La cobertura para miembros a partir de los 21 años solo incluye servicios de emergencia y algunos servicios de la visión médicamente necesarios.

Los anteojos y otros servicios de la visión están cubiertos para miembros de Care1st menores de 21 años.

Los miembros del EPSDT pueden obtener lentes para la corrección de la vista. Estos incluyen, entre otros:

- una nueva receta para lentes;
- nuevos lentes si hay cambios en su receta;
- sustitución de lentes si los pierde o se rompen.

Los miembros no necesitan esperar a la próxima consulta de control de bienestar para niños del EPSDT si necesitan sustituir o reparar anteojos.

Los miembros no deben mejorar sus lentes. Si los miembros eligen una mejora que no está cubierta por el AHCCCS, el miembro debe pagar el costo. El proveedor de anteojos debe asegurarse de que el miembro esté de acuerdo con pagar el costo de la mejora. El miembro necesitará firmar un documento en el que conste que está dispuesto a pagar la mejora.

¿Necesita obtener más información? Llame a Servicios al Miembro de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) o ingrese en **care1staz.com**.

Servicios dentales

DentaQuest y Envolve Dental brindan beneficios dentales a los miembros de Care1st en nombre de Care1st. DentaQuest y Envolve Dental se encargan de lo siguiente:

- autorizaciones previas
- adjudicación y pago de reclamaciones
- acreditación de proveedores
- servicios al cliente de proveedores

Si tiene preguntas, llame a DentaQuest o Envolve Dental.

Miembros de AHCCCS Complete Care (ACC) (condiciones agudas, salud mental general o uso de sustancias, niños)		Miembros de Regional Behavioral Health Authority (RBHA) (miembros con una enfermedad mental grave, designación de SMI)
Del 1.º de julio de 2022 al 30 de noviembre de 2022	A partir del 1.º de diciembre de 2022	A partir del 1.º de octubre de 2022
DentaQuest	Envolve Dental	Envolve Dental
1-800-440-3408	1-844-876-2028	1-844-876-2028

Servicios dentales cubiertos por el AHCCCS

Los servicios dentales están cubiertos para los miembros de EPSDT menores de 21 años. Esto incluye servicios dentales médicamente necesarios, por ejemplo:

- exámenes preventivos dentales
- servicios preventivos

- servicios dentales terapéuticos
- dentaduras postizas médicamente necesarias
- servicios dentales previos a un trasplante

Todos los miembros de EPSDT menores de 21 años están asignados a un hogar dental.

¿Qué es un hogar dental?

“Hogar dental” se refiere al dentista a quien consulta regularmente para realizarse exámenes y limpiezas. Este dentista se encargará de toda su atención bucal.

Asignación de miembros

A los miembros se les asigna un hogar dental según su edad y residencia. Los miembros pueden cambiar su hogar dental asignado. Para hacerlo, deben llamar a DentaQuest y Envolve Dental a los números de teléfono que se indican en la tabla anterior.

Calendario de exámenes

Puede ver información sobre la frecuencia con que los miembros del AHCCCS deben consultar al dentista para recibir atención de rutina en el calendario de atención dental periódica del AHCCCS, que se encuentra en el anexo A de la política 431 del Manual de políticas médicas del AHCCCS (AMPM). También puede acceder al calendario en nuestro sitio web, care1staz.com.

Care1st les recomienda a los miembros de EPSDT realizar controles con el dentista cada 6 meses a partir del primer año de vida.

Cómo programar, modificar o cancelar citas de atención dental

La mayoría de los dentistas no pueden atenderle a menos que tenga una cita. Cuando llame para programar una cita, esté listo para informar:

- su nombre (o el nombre de su hijo si la cita es para su hijo);
- su número de ID (o el de su hijo);
- que usted (o su hijo) es miembro de Care1st;
- los motivos por los que necesita la cita.

Respete todas sus citas. Sin embargo, si necesita cambiar o cancelar una cita, intente llamar, como mínimo, un día antes. Es muy importante que respete sus citas. Informe al consultorio con antelación si no puede asistir a su cita.

Servicios de farmacia

Debe ir a una farmacia de Care1st para adquirir sus medicamentos. En el sitio web de Care1st, encontrará una herramienta de búsqueda que le permite buscar farmacias por nombre o código postal. Visite **findaprovider.care1staz.com**.

Si desea obtener más ayuda para encontrar una farmacia cerca de usted, llame a Servicios al Miembro.

Cuando su proveedor le receta un medicamento, hay preguntas que debe hacerle antes de irse del consultorio. Pregúntele al proveedor:

1. si el medicamento está en la lista de medicamentos cubiertos de Care1st (también llamada **Formulario**);
2. para qué se usa el medicamento;
3. cuántas veces al día debe tomar el medicamento;
4. cuánto debe tomar cada vez;
5. por cuánto tiempo debería tomar el medicamento;
6. cómo volver a surtirlo si es necesario;
7. qué debe esperar del medicamento (cuánto tarda en hacer efecto o cuáles son los efectos secundarios);
8. qué debe hacer si experimenta una reacción adversa.

Todos los medicamentos recetados por su proveedor deben figurar en la Lista de medicamentos preferidos (PDL o Formulario). Para ver la PDL, ingrese en **care1staz.com**.

Si su proveedor le receta un medicamento que no está en la lista, pídale que le recete uno que figure en la lista. Si su proveedor cree que usted tiene que tomar un medicamento que no está en la lista, pídale que se comunique con Care1st para solicitar una excepción o autorización previa. Su proveedor deberá explicar por qué usted debe tomar un medicamento que no está en la PDL.

Si en la farmacia le dicen que Care1st no pagará el medicamento, llame de inmediato a Servicios al Miembro. No pague el medicamento de su bolsillo. Las farmacias no permitirán que los miembros del AHCCCS paguen en efectivo sus medicamentos recetados.

La PDL incluye medicamentos que pueden tener límites, como los siguientes:

- límites de edad;
- límites de cantidad (cuánto puede obtener);
- terapia escalonada: es posible que necesite probar un medicamento determinado antes de que se pruebe otro medicamento;
- autorización previa (PA o aprobación del plan).

Usted o su proveedor pueden solicitarnos autorización previa para medicamentos. Todas las decisiones se toman dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud de autorización previa, a menos que se requiera más información. Si necesitamos más información, le informaremos nuestra decisión final en un plazo de siete días hábiles a partir de la fecha de la solicitud.

Si se rechaza su solicitud de autorización previa, usted y su proveedor recibirán un *Aviso de determinación adversa de beneficios* O *Notificación de decisión* (NOD) por correo. Este aviso incluye información sobre cómo puede presentar una apelación.

El AHCCCS y Care1st cubren medicamentos que son médicamente necesarios, rentables y están permitidos por la ley estatal y federal. Algunos medicamentos no están cubiertos. Estos incluyen los siguientes:

- 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 Food and Drug Administration (FDA).
- Medicamentos que el médico, el dentista u otro proveedor dispensan personalmente. (Esto no incluye áreas rurales o remotas en las que no hay farmacias participantes o el resto de las farmacias están cerradas).
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para miembros conforme al Programa Federal de Servicios de Emergencia, excepto medicamentos relacionados con la diálisis para personas con servicios extendidos.
- Marihuana medicinal.
- Medicamentos elegibles para la cobertura según la Medicare Parte D para miembros del AHCCCS elegibles para Medicare.
- Medicamentos experimentales.
- Medicamentos suministrados únicamente para fines cosméticos.

Medicamentos de especialidad: Algunos medicamentos se consideran medicamentos de especialidad. Estos medicamentos son para condiciones de salud crónicas y generalmente requieren un manejo, almacenamiento o administración especiales. Su farmacia local no puede darle estos medicamentos. En su lugar, tendrá que usar la red de farmacias especializadas limitadas de Care1st. Estas farmacias cuentan con certificación de especialidad y pueden ayudarle con el manejo de enfermedades. La red de farmacias especializadas limitadas de Care1st incluye:

- AcariaHealth Pharmacy
- Teléfono: **1-800-511-5144**
- CVS Caremark Specialty Pharmacy
- Teléfono: **1-800-237-2767** o
1-866-387-2573

Si necesita surtir una receta después del horario normal de atención, el fin de semana o durante un día feriado debido a una emergencia o tras un alta del hospital, puede solicitar a su farmacéutico que llame al administrador de beneficios de farmacia de Care1st, al **1-877-817-0474**, para obtener un suministro para cuatro días. Si tiene problemas para obtener su receta durante el horario normal de atención o si se encuentra en una farmacia durante el horario normal de atención y Care1st no paga sus medicamentos, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen en la parte inferior de esta página. Le ayudaremos. Si se encuentra en una farmacia después del horario normal de atención, los fines de semana o durante un día feriado, y tiene problemas para obtener su receta o Care1st no paga sus medicamentos, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de ID y elija la opción para hablar con un enfermero.

Si tiene otro seguro, asegúrese de entregar a la farmacia la tarjeta de ID de su otro seguro y la tarjeta de ID de Care1st. Su otro seguro debe pagar su parte del costo antes de que lo haga Care1st.

Medicamentos controlados: Todas las recetas iniciales y reabastecimientos para medicamentos opiáceos de corta duración (dentro de los últimos 60 días) están sujetas a una restricción del estado de un límite de surtido inicial de cinco días. Todos los medicamentos opiáceos de larga duración están sujetos a autorización previa. Tenga en cuenta que existen excepciones basadas en la edad o en enfermedades conforme a la Ley de Opiáceos de AZ.

Farmacias o proveedores exclusivos: Una farmacia o proveedor exclusivos es una farmacia o proveedor a quien usted debe acudir para todas sus necesidades de medicamentos controlados. No podrá obtener el medicamento controlado a través de otra farmacia o proveedor. Care1st tampoco pagará los medicamentos controlados que hayan sido proporcionados por alguien que no sea su farmacia o proveedor exclusivos.

Es posible que tenga que acudir a una farmacia o proveedor exclusivos si:

- utiliza cuatro o más farmacias en un mes;
- utiliza cuatro o más proveedores en un mes;
- utiliza cuatro o más medicamentos controlados o abusa de medicamentos con potencial de generar adicción en un mes.

Es posible que también tenga que acudir a una farmacia o proveedor exclusivos si:

- tiene 12 o más medicamentos controlados **o** abusa de medicamentos con potencial de generar adicción en los últimos tres meses;
- presentó en su farmacia una receta falsa **o** alterada;
- el AHCCCS solicita una farmacia o un proveedor exclusivos.

A un miembro se le puede asignar una farmacia o proveedor exclusivos durante 12 meses. Care1st le enviará una carta 30 días antes de que esté inscrito en el programa. En la carta, se explicará el motivo por el cual tiene que usar una farmacia o proveedor exclusivos.

Después de 12 meses, revisaremos la farmacia o proveedor exclusivos que le asignamos. Care1st le notificará si la restricción continuará durante otros 12 meses o si se detendrá. Si la farmacia o el proveedor exclusivos continúan y usted no está de acuerdo con la decisión, puede enviar una solicitud de audiencia imparcial ante el estado por escrito.

El programa de proveedores o farmacias exclusivos no aplica en los siguientes casos:

- Actualmente recibe tratamiento contra el cáncer.
- Recibe atención para pacientes terminales.
- Vive en un centro de enfermería especializada.

Para los beneficiarios del AHCCCS con Medicare, el AHCCCS NO paga los medicamentos que paga Medicare Parte D ni el costo compartido (coseguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos. El AHCCCS y sus planes de salud no pueden pagar medicamentos ni el costo compartido (coseguro, deducibles y copagos) de medicamentos disponibles a través de Medicare Parte D, incluso si elige no inscribirse en un plan de Medicare Parte D. Esto se debe a que la ley federal exige que Medicare Parte D pague por estos medicamentos.

Para obtener información sobre los copagos de los medicamentos que tienen cobertura del AHCCCS, lea la sección sobre copagos.

Servicios de salud del comportamiento

Como miembro de Care1st, puede obtener servicios de salud del comportamiento y por consumo de alcohol y uso de sustancias sin costo. Estos servicios pueden ayudarle con problemas como depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno por uso de sustancias. Para miembros con Medicare como seguro principal, Care1st, como su seguro secundario, paga los copagos de salud del comportamiento, deducibles de Medicare y algunos servicios no cubiertos por Medicare. Nuestro equipo de Servicios al Miembro de Care1st está disponible para ayudarle a obtener servicios o si tiene preguntas sobre los proveedores o servicios de salud del comportamiento. Nuestra red de proveedores ofrece opciones de servicios que tienen en cuenta las particularidades culturales, individualizados e integrales para personas, niños y familias con problemas generales de salud mental y uso de sustancias. Usted puede obtener servicios de salud del comportamiento de muchas maneras:

- Llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).
- Hable con su PCP.

- Visite **findaprovider.care1staz.com** para obtener una lista de proveedores de salud del comportamiento contratados.

También puede obtener servicios de una organización administrada por pares o familias. Las organizaciones administradas por pares o familias son proveedores de servicios. Estas organizaciones son operadas y administradas por sus dueños, que son personas que han tenido experiencias relacionadas con trastornos mentales o por uso de sustancias. Estas organizaciones tienen base en la comunidad y ofrecen servicios de apoyo.

Estas son algunas de las cosas que puede encontrar en una organización administrada por pares o familias:

- apoyo de pares individualizado
- grupos de apoyo diario
- salidas sociales
- comidas
- programas de empleo
- oportunidades de aprendizaje
- programas de ejercicios y salud
- arte creativo
- recursos
- defensoría
- oportunidades de voluntariado
- programas para adultos jóvenes y la juventud
- conocer personas nuevas
- desarrollo personal
- empoderamiento
- fines de semana u horario extendido

Puede obtener estos servicios comunicándose con una organización administrada por pares o familias en su área para conocer los servicios que ofrecen o solicitar que el servicio se agregue a su plan de servicios en la organización administrada por pares o familias de su elección. Una vez solicitados, debería obtener los servicios dentro de los 30 días. Si tiene dificultades para obtener los servicios a tiempo en la organización administrada por pares o familias de su elección, llame a Servicios al Miembro de Care1st.

Como miembro del plan, también puede obtener una designación de enfermedad mental grave (SMI) si es necesario. Para obtener servicios de SMI, deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Debe tener 17.5 años en el momento de la evaluación. Para jóvenes en edad de transición, una evaluación de elegibilidad se considera como parte de la transición al sistema de atención de adultos.
- Debe tener un diagnóstico de SMI que califique (es decir, trastorno bipolar, psicótico, del estado de ánimo, de ansiedad, etc.).
- Debe tener dificultad para funcionar debido a su enfermedad mental (es decir, incapacidad para vivir de forma independiente, riesgo de daño grave a sí mismo o a otros, disfunción en el desempeño de tareas cotidianas).

Esto es para las personas que necesitan apoyo adicional. Una persona puede solicitar que la evalúen para obtener servicios de SMI en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre el proceso de remisión para obtener una designación de SMI, puede hacerlo:

- Llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).
- Hable con su PCP.
- Comuníquese con su proveedor de salud del comportamiento establecido.

Su proveedor establecido o un proveedor de Care1st contratado completa una evaluación y un paquete de evaluación de SMI. Un tutor legal o una persona a cargo de tomar decisiones de atención de salud pueden solicitar que se complete una evaluación de SMI para el miembro. La evaluación debe completarse dentro de los siete días hábiles posteriores a la solicitud.

Luego, el paquete se envía a Solari. Solari revisa todas las solicitudes para las determinaciones de SMI. Solari decidirá si la persona es elegible para los servicios de SMI. Solari tomará una decisión por escrito en un plazo de 3 a 20 días. La decisión incluirá instrucciones para presentar una apelación si no está de acuerdo con el resultado. Solari utiliza pautas y criterios estatales.

Si no tiene un proveedor de salud del comportamiento establecido, Servicios al Miembro de Care1st puede ayudarle a encontrar un proveedor que pueda completar una evaluación o responder preguntas sobre el proceso. Si obtiene una designación de SMI, comenzará a recibir servicios integrados de salud del comportamiento y física por parte de Regional Behavioral Health Authority (RBHA).

Si usted es hospitalizado y necesita una evaluación de SMI, los equipos de respuesta rápida del hospital están disponibles las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año. El equipo de respuesta rápida se asegurará de que se cumplan su necesidad de una evaluación de SMI u otras necesidades de salud del comportamiento, que incluyen:

- asesoramiento para pacientes ambulatorios;
- traslado a un centro para pacientes hospitalizados;
- asistencia para completar una petición solicitada por un tribunal.

En la mayoría de los casos, los miembros con designación de SMI obtienen servicios de salud del comportamiento de la RBHA. Si necesita más apoyo, recursos o información sobre tratamientos, puede obtener otros servicios (por ejemplo, vivienda, defensor de derechos humanos o administración de casos) llamando a su representante de salud del comportamiento de su clínica de SMI.

También tenemos una línea directa para crisis de salud del comportamiento. La línea directa en todo el estado es **1-844-534-4672 (1-844-534-HOPE)**. Las personas usan una línea directa para crisis de salud del comportamiento cuando tienen todo tipo de problemas de salud del comportamiento, por ejemplo:

- depresión
- ansiedad
- trastorno bipolar
- trastorno de estrés postraumático (PTSD)
- trastornos alimenticios

Si está pasando por una crisis de salud mental, no está solo. Muchas personas pasan por lo mismo. Hay recursos que pueden ayudarle. Durante una crisis, usted puede sentir que las cosas nunca cambiarán. Comunicarse con una línea de crisis de salud del comportamiento es un buen modo de comenzar a obtener apoyo. **Pero si teme que usted o alguien a quien conoce pueda lastimarse o lastimar a otros, llame al 911 de inmediato.**

Su PCP puede ayudarle con servicios de medicamentos si tiene depresión, ansiedad o ADHD. Si quiere recibir ayuda para decidir qué servicios necesita, hable con su proveedor.

El AHCCCS cubre medicamentos que son médicamente necesarios, rentables y están permitidos por la ley estatal y federal. (Para recibir una explicación y la lista de medicamentos que el AHCCCS no paga para beneficiarios de Medicare, consulte la sección sobre servicios de farmacia).

Para obtener información sobre los copagos de los medicamentos que tienen cobertura del AHCCCS, lea la sección sobre copagos del AHCCCS.

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

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

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

Los 12 principios para la prestación de servicios infantiles

1. Colaboración con el niño y la familia:

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

2. Resultados funcionales:

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

3. Colaboración con otros:

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

4. Servicios accesibles:

- a. Los niños tienen acceso a una gama integral de servicios de salud del comportamiento, suficientes para garantizar que reciben el tratamiento que necesitan.
- b. Se ofrece administración de casos si es necesario.

- c. Con los planes de servicios de salud del comportamiento, se identifican las necesidades de transporte que los padres y el niño tienen para acceder a los servicios de salud del comportamiento y cómo se brindará asistencia para el transporte.
- d. Los servicios de salud del comportamiento se adaptan o crean cuando son necesarios pero no están disponibles.

5. Prácticas recomendadas:

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

6. Los entornos más adecuados:

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

7. Servicios oportunos:

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

8. Los servicios se adaptan al niño y su familia:

- a. Las fortalezas y necesidades únicas de los niños y sus familias dictan el tipo, combinación e intensidad de los servicios de salud del comportamiento que se prestan.

- b. Se alienta y asiste a los padres y niños para que establezcan sus propias necesidades y fortalezas, las metas que buscan alcanzar y los servicios que consideran necesarios para alcanzarlas.

9. Estabilidad:

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

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

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

11. Independencia:

- a. Los servicios de salud del comportamiento incluyen dar apoyo y capacitación a los padres para satisfacer las necesidades de salud del comportamiento de sus hijos, así como darles apoyo y capacitación a los hijos para que practiquen autocontrol.
- b. Con los planes de servicios de salud del comportamiento, se identifican la necesidad de los padres y de los niños de recibir capacitación y apoyo para participar como socios en el proceso de evaluación, así como en la planificación, prestación y evaluación de los servicios, y se establece que se pondrá a su disposición dicha capacitación y apoyo, 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. Partir desde el lugar donde están, sin prejuicios, con gran paciencia y compasión.

2. Las personas que transitan su recuperación eligen los servicios, y se las incluye en la toma de decisiones y en las medidas para desarrollar el programa

Una persona que se está recuperando tiene voz y voto. Su autodeterminación en la dirección de los servicios y en las decisiones y desarrollo del programa se vuelven posibles, en parte, mediante la dinámica continua en la educación, análisis y evaluación, lo que conduce a la creación de un consumidor informado y la paleta más amplia posible a partir de la cual se pueden tomar decisiones. Las personas que se están recuperando deben participar en cada nivel del sistema, desde la administración hasta la prestación del servicio.

3. Se pone énfasis en la idea de la persona como un todo, a la vez que se incluyen o generan apoyos naturales

Las personas que se están recuperando no se consideran nada menos que seres completos: capaces, competentes y respetados por sus opiniones y elecciones. Por lo tanto, el énfasis se pone en potenciar la mayor autonomía posible y estilo de vida más natural e integral posible. Esto incluye acceder a apoyos naturales y sistemas sociales habituales para la comunidad social de una persona e involucrarse con ellos.

4. Se empodera a las personas para dar pasos hacia la independencia y asumir riesgos sin miedo al fracaso

Las personas que se están recuperando se vuelven independientes a través de la exploración, la experimentación, la evaluación, la contemplación y la acción. Se mantiene un ambiente de aliento y refuerzo de las medidas para volverse independientes en un entorno donde la seguridad y el riesgo se valoran como ingredientes que promueven el crecimiento.

5. Integración, colaboración y participación con la comunidad que elijan

Las personas que se están recuperando son miembros valiosos y que contribuyen a la sociedad y, como tales, merecen pertenecer a la comunidad y la benefician.

Tal integración y participación recalca el papel de cada una como parte vital de la comunidad. La dinámica de la comunidad se considera inextricable de la experiencia humana. Se valoran el servicio a la comunidad y el voluntariado.

6. La asociación entre personas, personal y familiares/apoyos naturales para la toma de decisiones compartida basada en la confianza

Una persona que se está recuperando, como cualquier miembro de una sociedad, obtiene fuerza y apoyo a través de las asociaciones. Las alianzas basadas en la compasión y centradas en optimizar la recuperación refuerzan la confianza en uno mismo, expanden la comprensión de todos los participantes y conducen a crear protocolos y obtener resultados óptimos.

7. Las personas que se están recuperando definen su propio éxito

Según lo declarado por ellas, descubren el éxito, en parte, por los resultados de la calidad de vida, que pueden incluir una mayor sensación de bienestar, una integración avanzada en la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas que se están recuperando son expertas en sí mismas: establecen sus propias metas y resultados deseados.

8. Se prestan servicios basados en las fortalezas, flexibles y con capacidad de respuesta que reflejen las preferencias culturales de las personas

Las personas que se están recuperando pueden esperar y merecen servicios flexibles, oportunos y con capacidad de respuesta que estén disponibles, se presten con responsabilidad y sean accesibles, fiables y sensibles a los valores y costumbres culturales. Las personas que se están recuperando son la fuente de su propia fortaleza y resiliencia. Quienes cumplen el papel de apoyos y facilitadores identifican, exploran y actúan para optimizar las fortalezas demostradas por las personas como herramientas para generar mayor autonomía y eficacia en la vida.

9. La esperanza es la base del trayecto hacia la recuperación

Las personas que se están recuperando cuentan con la capacidad de tener esperanza y prosperan mejor en asociaciones que la fomentan. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para hacer realidad resultados positivos inesperados y poco habituales. Una persona que se está recuperando no tiene límites en su potencial ni posibilidades.

Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS) y clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades (MSIC)

¿Qué son los CRS?

Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS) es una designación dada a ciertos miembros del AHCCCS que tienen determinadas condiciones de salud que califican. Consulte a continuación para obtener más información sobre CRS.

¿Qué son las MSIC?

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

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

Cada MSIC figura a continuación.

<p>DMG Children's Rehabilitative Services (CRS) 3141 N Third Ave Phoenix, AZ 85013 602-914-1520 ○ 1-855-598-1871 www.dmgcrs.org</p>	<p>Children's Clinics Square & Compass Building 2600 N Wyatt Dr Tucson, AZ 85712 520-324-5437 ○ 1-800-231-8261 www.childrensclinics.org</p>
<p>Children's Health Center, Flagstaff Med Ctr 1215 N Beaver St Flagstaff, AZ 86001 928-773-2054 ○ 1-800-232-1018 www.nahealth.com/childrens-health-center</p>	<p>Yuma Regional Medical Center (CRS) 2851 S Avenue B, Bldg. 25 Yuma, AZ 85364 928-336-2777 www.yumaregional.org/Medical-Services/Pediatric-Care/Pediatric-Sub-Specialty-Clinic/Children-s-Rehabilitation-Services</p>

La mayoría de las veces, los proveedores no pueden atenderles a usted ni a su hijo a menos que tengan una cita. Cuando llame para programar una cita en una clínica interdisciplinaria de múltiples especialidades (MSIC), esté listo para informar:

- el nombre de su hijo (o su nombre si la cita es para usted);
- el número de ID de su hijo (o su número de ID si la cita es para usted);
- que su hijo es miembro de Care1st (o si usted es miembro de Care1st);
- los motivos por los que necesita la cita.

Si necesita cambiar o cancelar su cita, intente llamar, como mínimo, un día antes. Es muy importante que respete sus citas. Informe al consultorio con antelación si no puede asistir a su cita.

Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS) es una designación dada a ciertos miembros del AHCCCS que tienen determinadas condiciones de salud que califican. Los miembros con designación de CRS tienen acceso a los mismos servicios cubiertos que los miembros sin designación de CRS. Los miembros con designación de CRS también pueden obtener atención en la comunidad, o en una clínica de las clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades (MSIC). Las MSIC cuentan con muchos proveedores de especialidades en un solo lugar. Ayudamos a los miembros con designación de CRS a obtener coordinación y supervisión atentas para garantizar que se satisfagan sus necesidades especiales de atención de salud.

¿Quién puede obtener la designación de CRS?

Los miembros del AHCCCS podrían obtener una designación de CRS si:

- son menores de 21 años;
- tienen una condición médica que califica para la designación de CRS.

La condición médica debe:

- necesitar tratamiento activo;
- ser considerada elegible por la AHCCCS Division of Member and Provider Services porque cumple con los criterios especificados en las secciones R9-22-1301-1305.

Cualquier persona puede completar una solicitud de CRS, incluido un familiar, un proveedor o un representante del plan de salud. Para solicitar una designación de CRS, envíe por correo o fax:

- una solicitud de CRS completa;
- documentación médica que demuestre que la persona que la solicita tiene una condición que califica para recibir CRS y necesita tratamiento activo.

Care1st brinda atención médicamente necesaria para servicios y atención de salud física y del comportamiento para la condición que requiera CRS. Los CRS pueden ofrecer coordinación de atención para ayudar a que los niños alcancen su potencial más alto. Los CRS cubren muchas condiciones de salud discapacitantes y crónicas. Entre las condiciones elegibles se incluyen, entre otras:

- parálisis cerebral
- espina bífida
- neurofibromatosis
- pie zambo
- condiciones cardíacas por anomalías congénitas
- anemia de células falciformes
- dislocación de cadera
- trastornos del metabolismo
- fibrosis quística
- paladar hendido
- escoliosis

Si su hijo tiene una condición que cumple con los criterios de elegibilidad para CRS, se presentará una solicitud ante el AHCCCS. Si aceptamos a su hijo en el programa de CRS, continuará recibiendo servicios médicos y de salud del comportamiento de Care1st.

Es importante que usted y su sistema de apoyo (familia, tutor o cuidador) participen en todas las decisiones de atención de la salud. Care1st está aquí para ayudarlo con esto. Para eso, Care1st asigna un coordinador/administrador de atención para lo siguiente:

- conocer quién quiere usted que participe en la atención de su hijo y cuánto quiere que participe;
- enseñarles a usted y a su sistema de apoyo sobre la condición de salud y los medicamentos de su hijo;
- hablar con usted y con su sistema de apoyo sobre los beneficios de su hijo y los servicios que necesita;
- asegurarse de que usted y su sistema de apoyo estén incluidos en el análisis sobre las necesidades de salud de su hijo.

Consejo de Defensa del Miembro

Care1st está comprometido a mejorar el servicio que brindamos a nuestros miembros y familias, ayudándolos a obtener la atención adecuada en el momento indicado y en el lugar correcto. No podemos alcanzar este objetivo sin su ayuda. Care1st tiene un Consejo de Defensa del Miembro donde las personas pueden darnos sus comentarios sobre lo que estamos haciendo bien y las áreas que se deben mejorar. El Consejo de Defensa del Miembro está abierto a los miembros de Care1st, padres y tutores de los miembros (incluidos aquellos que cuidan a niños con necesidades especiales) y miembros de la comunidad que están interesados en la atención de salud.

Los miembros del consejo comparten ideas sobre cómo mejorar el plan de salud. Las ideas y preocupaciones compartidas durante la reunión pueden ayudar a otros miembros con los mismos problemas. El Consejo de Defensa del Miembro trata estos temas y más:

- satisfacción de los miembros
- políticas y programas de Care1st
- acceso a la atención
- recursos de la comunidad

Las reuniones del Consejo de Defensa del Miembro se llevan a cabo una vez cada tres meses. Si desea conocer más sobre el Consejo de Defensa del Miembro o le interesa participar, visite nuestro sitio web

www.care1staz.com/az/members/Member_Advocacy_Council.asp o escríbanos por correo electrónico a OIFA@care1staz.com.

Solicitudes de autorización previa para servicios y medicamentos

Care1st debe revisar y aprobar algunos servicios (autorización previa). Algunos ejemplos son resonancias magnéticas (MRI), control del dolor y cirugía/procedimientos para pacientes hospitalizados. Las pautas de autorización previa de Care1st se encuentran en care1staz.com. Su proveedor envía un pedido de autorización previa a Care1st para el servicio que se solicita. Care1st, según los estándares del AHCCCS, tiene hasta 72 horas para procesar una solicitud acelerada (urgente) y hasta 14 días calendario para una solicitud estándar (de rutina). Care1st emplea criterios reconocidos a nivel nacional cuando toma decisiones acerca de autorizaciones previas. Estos criterios están disponibles a pedido.

Si Care1st rechaza un servicio de rutina solicitado por su proveedor, Care1st le enviará un aviso tan pronto como sea posible, pero no tardará más de 14 días calendario luego de recibir el pedido de autorización de su proveedor. Si Care1st no ha tomado una decisión para el día 14, se puede solicitar una extensión si es por el bien del miembro. Care1st puede extender el período de tiempo para tomar una decisión hasta 14 días calendario, sin exceder el día 28 desde la fecha de solicitud del servicio. El aviso también incluirá sus derechos sobre lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si Care1st rechaza un servicio acelerado solicitado por su proveedor, Care1st le enviará un aviso dentro de 72 horas de nuestra decisión en el que le informará los motivos del rechazo. Si Care1st no ha tomado una decisión dentro de 72 horas, se puede solicitar una extensión si es por el bien del miembro. Care1st puede extender el período de tiempo para tomar una decisión hasta 14 días calendario, sin exceder el día 17 desde la fecha de solicitud del servicio.

Usted recibirá un aviso si se solicita una extensión. El aviso también incluirá sus derechos sobre lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si Care1st reduce, suspende o finaliza un servicio, Care1st le enviará una carta de Aviso de determinación adversa como mínimo 10 días calendario antes de que sus servicios se reduzcan, suspendan o terminen. Las excepciones son casos de fraude, mudanzas fuera del estado o solicitudes de que se suspenda el servicio. Usted tiene derecho a presentar un reclamo ante Care1st sobre la adecuación de la carta de Aviso de determinación adversa.

La autorización previa se basa únicamente en la idoneidad de la atención y del servicio, y en la existencia de cobertura. Care1st no premia específicamente a los médicos ni a otras personas por emitir rechazos de cobertura. Los incentivos financieros para los responsables de la toma de decisiones de Administración de Utilización (UM) no fomentan las decisiones que resultan en una infrautilización.

Para autorizaciones previas de farmacia:

Usted o su proveedor pueden solicitar una autorización previa para medicamentos. Todas las decisiones se toman dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud de autorización previa (PA), a menos que se requiera más información.

- Si se requiere más información, nosotros tomaremos una decisión final en un plazo de siete días hábiles a partir de la fecha de la solicitud.

Si la carta no está clara para usted, las palabras son difíciles de comprender o las letras son muy pequeñas, llame a Servicios al Miembro y solicite ayuda. Puede solicitar que se reescriba el aviso. Si Care1st no explica la carta con una claridad suficiente para que usted comprenda lo que significa, puede llamar al AHCCCS, Division of Health Care Management, Medical Management Unit:

- Fuera del condado de Maricopa: **1-800-867-5808**

Si no está de acuerdo con la decisión de Care1st de rechazar, reducir, suspender o terminar el servicio, usted puede presentar una apelación. Si desea presentar una apelación, el proceso se describe dentro del aviso de rechazo que recibió.

Libertad de elección de proveedores

Care1st ofrece a los miembros la libertad de elegir entre proveedores y especialistas en nuestra red. Puede cambiar su PCP en cualquier momento. También puede elegir un PCP diferente para cada miembro de la familia que esté en nuestro plan.

Debe acudir a proveedores y especialistas que formen parte de la red de Care1st. Puede encontrar proveedores de la red de Care1st en nuestro sitio web **care1staz.com** o llamando a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Si necesita servicios de un proveedor fuera de la red, debe obtener una autorización previa. Llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.

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 siguientes personas no deben pagar copagos:

- Personas menores de 19 años.
- Personas con designación de enfermedad mental grave (SMI).
- Una persona designada como elegible para recibir Servicios de Rehabilitación Infantiles (CRS) según el Código Administrativo de Arizona (AAC), 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 cuidados paliativos.
- 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 Programa de Tratamiento contra el Cáncer de Útero y de Mama (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 o en el período posparto luego de un embarazo.
- Personas dentro del grupo de adultos (durante un tiempo limitado**).

****NOTA:** Durante un tiempo limitado, las personas elegibles dentro del grupo de adultos no tendrán ningún copago. Los miembros en el grupo de adultos incluyen personas que hicieron una transición desde el programa de Atención del AHCCCS, 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, los copagos no se cobran para los siguientes servicios:

- 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 optativos (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;
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, el proveedor no puede negarle el servicio si el miembro declara que no puede pagar el copago. El proveedor puede cobrar un copago no obligatorio a los miembros en los siguientes programas:

- AHCCCS para Familias con 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 ingresos de seguridad suplementaria (SSI) que reciben el programa a través de la Social Security Administration para personas que tienen 65 años o más, que están ciegas o tienen una discapacidad;
- SSI/Solamente Asistencia Médica (SSI MAO) para personas que tienen 65 años o más, que están ciegas o tienen una discapacidad;
- Libertad para Trabajar (FTW).

Solicite a su proveedor que consulte su elegibilidad para averiguar qué copagos podría tener. También puede averiguarlo llamando a Servicios al Miembro de Care1st. Además, puede consultar el sitio web de Care1st para acceder a 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 optativos (no obligatorios) para algunos servicios médicos

Servicio	Copago
Medicamentos con receta	\$2.30
Servicios ambulatorios para terapia física, ocupacional y del habla	\$2.30
Consultas ambulatorias al médico u otros proveedores para la evaluación y administración de su atención	\$3.40

Los proveedores médicos le solicitarán el pago de estos montos, pero **NO** se negarán a prestarle el servicio si no puede pagar. Si usted no puede realizar el 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 (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 cobran a personas en el programa Familias con Hijos que ya no son elegibles por sus ingresos, lo que también se conoce como Asistencia Médica de Transición (TMA).

Los adultos con TMA tienen que pagar los copagos requeridos (obligatorios) para algunos servicios médicos. Si usted está en el programa TMA en la actualidad o si pasa a ser elegible para recibir beneficios de TMA en el futuro, el aviso del Department of Economic Security (DES) o del AHCCCS se lo indicará. Los copagos para los miembros de TMA se enumeran abajo.

Montos de copagos requeridos (obligatorios) para personas con beneficios de TMA

Servicio	Copago
Medicamentos con receta	\$2.30
Consultas ambulatorias al médico u otros proveedores para la evaluación y administración de su atención	\$4.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$3.00
Procedimientos quirúrgicos voluntarios o de no emergencia ambulatorios	\$3.00

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

Límite del 5% en todos los copagos

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

cree que los copagos totales que ha pagado corresponden a más del 5% del total de los ingresos trimestrales de su familia y no recibió un aviso del AHCCCS, deberá enviar copias de sus recibos u otra evidencia de cuánto ha pagado a la siguiente dirección:

AHCCCS
801 E Jefferson St
Mail Drop 4600
Phoenix, AZ 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.

Los miembros de RHBA están exceptuados de pagar los copagos de Medicaid.

Si recibe una factura

No le deben enviar facturas por los servicios que tienen cobertura del AHCCCS. Si recibe una factura por un servicio cubierto, no debe pagarla. Llame al proveedor que le envió la factura. Dígales que usted es miembro del AHCCCS y pídale que envíen la factura a Care1st. Dele su número de ID, y la dirección y el número de teléfono de Care1st. Si recibe otra factura después de hablar con el proveedor, llame a Servicios al Miembro para recibir ayuda.

Le podrían facturar servicios si usted solicita un servicio sin cobertura y acepta por escrito pagarlo antes de recibirlo.

Recuerde siempre mostrar su tarjeta de ID y avisar a los proveedores que usted es miembro de Care1st antes de recibir los servicios.

Si tiene otro seguro

Por ley, el AHCCCS es el pagador de último recurso. Esto significa que, si usted tiene otro seguro de salud o Medicare, se debe facturar primero a ese seguro, el cual debe pagar su parte del costo de los servicios recibidos antes de que lo haga el AHCCCS. Siempre debe informar cambios en su seguro a Servicios al Miembro del AHCCCS y de Care1st. Care1st puede ayudarlo a pagar los copagos, el coseguro o los deducibles que le cobra el otro seguro. Generalmente, Care1st no pagará por los servicios que cubra su otro seguro.

Cuando recibe servicios de la farmacia, el proveedor, el hospital u otro especialista de atención de la salud, entrégueles siempre la información de su otro seguro de salud y de Care1st.

Los miembros con designación de CRS menores de 21 años con seguro privado o con Medicare pueden usar su seguro privado o redes de proveedores de Medicare para obtener servicios, incluidos aquellos para la condición de CRS. Care1st es responsable de todos los deducibles y copagos que se apliquen.

Si tiene otro seguro primario, su otro seguro debe pagar por estos servicios primero.

Personas con doble elegibilidad: miembros con Medicare

Algunas personas son elegibles para el AHCCCS y para Medicare. Estas personas cuentan con doble elegibilidad. Si usted está inscrito en Medicare, Care1st podría ayudar a pagar su coseguro y deducibles de Medicare. Care1st podría también ayudar con otros costos si usted usa proveedores de Care1st, y su proveedor sigue todas las reglas de costos compartidos de Care1st.

Como su seguro secundario, Care1st también paga los copagos de servicios de salud del comportamiento, deducibles de Medicare y algunos servicios no cubiertos por Medicare. Nuestro equipo de Servicios al Miembro de Care1st está disponible para ayudarle si tiene preguntas sobre los proveedores o servicios de salud del comportamiento. Consulte la sección de servicios de salud del comportamiento.

Sin embargo, el AHCCCS o Care1st NO pagan medicamentos que paga Medicare Parte D, ni el costo compartido (coseguro, deducibles, y copagos) de estos medicamentos. Consulte la sección de servicios de farmacia.

Si usted está inscrito en un plan de atención administrada (HMO) de Medicare, debe encontrar un PCP que sea parte de su HMO de Medicare y de la red de proveedores de Care1st. También debe acudir a un proveedor de Care1st para otros servicios que reciba. Care1st podría ayudar a pagar por servicios que tengan cobertura del AHCCCS y que preste un proveedor de Care1st. Recuerde que, si desea que Care1st lo ayude con los costos de sus servicios, debe usar proveedores de Care1st.

Existe también un grupo de miembros que tienen doble elegibilidad, llamados “beneficiarios calificados de Medicare” (QMB). Los miembros QMB podrían recibir más ayuda con los coseguros y deducibles para servicios que generalmente no tienen cobertura del AHCCCS o que no presta un proveedor de Care1st.

En la mayoría de los casos, el AHCCCS y Care1st no cubren medicamentos recetados para miembros que tienen doble elegibilidad. Esto se debe a que estos medicamentos tienen cobertura de Medicare Parte D. Medicare Parte D ofrece cobertura de medicamentos recetados a todas las personas que tengan Medicare. Para obtener cobertura de medicamentos con Medicare, debe estar inscrito en el plan de salud Medicare Advantage, que ofrece beneficios de medicamentos Medicare, o en un plan Medicare Parte D,

que agrega cobertura de medicamentos a Original Medicare. Si tiene preguntas o necesita más información sobre la cobertura para medicamentos recetados, llame a Servicios al Miembro. Si tiene preguntas sobre si Care1st puede ayudarle a pagar un servicio, llame y solicite ayuda a Servicios al Miembro.

Medicaid no cubre medicamentos que sean elegibles para la cobertura en planes de Medicare Parte D. Medicaid no paga copagos ni deducibles de Medicare ni los costos compartidos de medicamentos de Medicare Parte D, excepto para personas que hayan recibido la designación de SMI. El AHCCCS cubre medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare Parte D cuando estos medicamentos cubiertos se consideran médicamente necesarios. Se llama “medicamentos excluidos” a aquellos que no son elegibles para la cobertura de Medicare Parte D. Es posible que el AHCCCS cubra algunos medicamentos de venta libre (OTC). Para obtener una lista de los productos disponibles, consulte la Lista de medicamentos de OTC de Care1st en nuestro sitio web **care1staz.com** o llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) y solicite una copia impresa.

Para miembros que tengan una designación de SMI, el AHCCCS también cubre copagos para medicamentos que se utilizan en diagnósticos de salud del comportamiento, siempre que sean médicamente necesarios y rentables.

Autorización de servicios y plazos de solicitud de medicamentos

Care1st debe revisar y aprobar algunos servicios (autorización previa). Algunos ejemplos son resonancias magnéticas (MRI), control del dolor, y cirugía/procedimientos para pacientes hospitalizados. Las pautas de autorización previa de Care1st se encuentran en **care1staz.com**. Su proveedor envía un pedido de autorización previa a Care1st para el servicio que se solicita. Care1st, según los estándares del AHCCCS, tiene hasta 72 horas para procesar una solicitud acelerada (urgente) y hasta 14 días calendario para una solicitud estándar (de rutina). Care1st emplea criterios reconocidos a nivel nacional cuando toma decisiones acerca de autorizaciones previas. Estos criterios están disponibles a pedido.

Si Care1st rechaza un servicio de rutina solicitado por su proveedor, Care1st le enviará un aviso tan pronto como sea posible, pero no tardará más de 14 días calendario luego de recibir el pedido de autorización de su proveedor. Si Care1st no ha tomado una decisión para el día 14, se puede solicitar una extensión si es por el bien del miembro. Care1st puede extender el período de tiempo para tomar una decisión hasta 14 días calendario, sin exceder el día 28 desde la fecha de solicitud del servicio. El aviso también incluirá sus derechos sobre lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si Care1st rechaza un servicio acelerado solicitado por su proveedor, Care1st le enviará un aviso dentro de 72 horas de nuestra decisión en el que le informará los motivos del rechazo. Si Care1st no ha tomado una decisión dentro de 72 horas, se puede solicitar una extensión si es por el bien del miembro. Care1st puede extender el período de tiempo para tomar una decisión hasta 14 días calendario, sin exceder el día 17 desde la fecha de solicitud del servicio.

Usted recibirá un aviso si necesitamos una extensión. El aviso también incluirá sus derechos sobre lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si Care1st reduce, suspende o finaliza un servicio, Care1st le enviará una carta de Aviso de determinación adversa como mínimo 10 días calendario antes de que sus servicios se reduzcan, suspendan o terminen. Las excepciones son casos de fraude, mudanzas fuera del estado o solicitudes de que se suspenda el servicio. Usted tiene derecho a presentar un reclamo ante Care1st sobre la adecuación de la carta de Aviso de determinación adversa.

Para autorizaciones previas de farmacia:

Usted o su proveedor pueden solicitar una autorización previa para medicamentos. Todas las decisiones se toman dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud de autorización previa (PA), a menos que se requiera más información.

- Si se requiere más información, nosotros tomaremos una decisión final en un plazo de siete días hábiles a partir de la fecha inicial de la solicitud.

Si la carta no está clara para usted, las palabras son difíciles de comprender o las letras son muy pequeñas, llame a Servicios al Miembro y solicite ayuda. Puede solicitar que se reescriba el aviso. Si Care1st no explica la carta con una claridad suficiente para que usted comprenda lo que significa, puede llamar al AHCCCS, Division of Health Care Management, Medical Management Unit:

- Fuera del condado de Maricopa: **1-800-867-5808**

Si no está de acuerdo con la decisión de Care1st de rechazar, reducir, suspender o terminar el servicio, usted puede presentar una apelación. Si desea presentar una apelación, el proceso se describe dentro del aviso de rechazo que recibió.

Quejas (reclamos) para miembros de ACC

Si tiene una queja (reclamo) o algún tipo de problema con sus servicios de atención de la salud, informe a Care1st.

Es muy importante que conozcamos sus preocupaciones para que podamos mejorar el servicio. Si ha tenido un problema o no cree haber recibido el trato correspondiente, puede presentar una queja llamando a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042**. También puede presentar su queja por escrito y enviarla por correo postal a la siguiente dirección:

Care1st Health Plan

Attn: Member Services

1850 W. Rio Salado Parkway

Suite 211

Tempe, AZ 85281

Haremos todo lo posible por ayudarlo. Abordaremos su queja (reclamo) tan rápido como sea posible. En la mayoría de los casos, Care1st resolverá su queja dentro de 10 días hábiles desde la recepción. Todas las quejas se resolverán en 90 días. Usted tiene el derecho de llamar a AHCCCS al **1-800-867-5808** si Care1st no resuelve la situación. Usted tiene el derecho de comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS escribiendo a **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve sus inquietudes respecto de la carta de Aviso de determinación adversa que recibió. Es posible que tenga que pagar el costo de los servicios prestados mientras la apelación o la audiencia imparcial ante el estado estén pendientes.

Apelaciones y pedidos de audiencias para miembros de ACC

Una apelación es un pedido de revisión de una acción. Usted tiene el derecho de apelar una decisión o acción de Care1st si cree que no es correcta. Care1st y nuestros proveedores no pueden tomar medidas punitivas contra las personas que presenten una apelación. Puede apelar si Care1st:

- no aprueba un servicio, incluido el tipo o nivel de servicio, que solicitó su proveedor;
- reduce, suspende, o da por terminado un servicio que ya había sido aprobado;
- no presta los servicios de manera oportuna;
- no actúa dentro de los marcos de tiempo obligatorios.

Si los servicios se reducen, suspenden o se dan por terminados, puede hacer una solicitud para continuar recibiendo sus servicios durante el proceso de apelación. Sin embargo, si el AHCCCS concuerda con la decisión de Care1st sobre el cambio de sus servicios,

usted deberá pagar por los servicios que recibió durante el proceso de apelación. Para continuar con los servicios durante este proceso, debe hacer la solicitud dentro de los 10 días de recibir la carta de reducción, suspensión o finalización por parte de Care1st.

Care1st debe recibir la apelación dentro de los 60 días de la fecha de nuestra decisión. Cualquier persona puede presentar una apelación por usted si usted entrega un permiso escrito a esa persona. Para presentar una apelación, escriba a:

Care1st Health Plan
Attn: Appeals Department
1850 W. Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

O puede llamar a Servicios al Miembro a los números incluidos al pie de la página para presentar una apelación.

Se pueden presentar dos tipos de apelaciones:

Apelaciones estándar, que pueden demorar hasta 30 días para resolverse. Se puede demorar catorce días adicionales (una extensión) si es necesario o si es por su bien. Cuando recibamos su apelación estándar, le enviaremos una carta dentro de los cinco días para informarle que la hemos recibido. Conserve esa carta y consulte el número de apelación si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación.

Apelaciones aceleradas, que suceden cuando usted o su proveedor (que apela por usted o con su permiso por escrito) nos indican que esperar hasta que se resuelva una apelación estándar podría poner su salud en riesgo. Las apelaciones aceleradas deben resolverse en 72 horas. Su condición médica dicta si se puede o no presentar una apelación acelerada. Cuando recibamos su apelación acelerada, le enviaremos una carta dentro de un día para informarle que la hemos recibido. Conserve esa carta y consulte el número de apelación acelerada si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación. Si usted presenta una apelación acelerada, pero su condición de salud no califica para ser considerada como tal, le notificaremos que no se aceptó su apelación como acelerada y que se la tratará como una apelación estándar.

Un proveedor puede presentar apelaciones estándar y aceleradas en su nombre. Debe dar a su proveedor un permiso por escrito para que presente una apelación en su nombre. Si un proveedor no presenta a Care1st el permiso por escrito, Care1st le enviará un Formulario de designación de representante (AOR) para que usted lo firme y lo devuelva dentro de los 30 días de la fecha en que se presentó la apelación. Una vez que recibamos el formulario AOR, podremos trabajar en la apelación. Si no firma o devuelve el formulario AOR, se rechazará la apelación debido a la ausencia de un permiso por escrito.

Puede solicitar que revisemos la información que tenemos en su archivo de apelaciones en cualquier momento. Si desea hacerlo, llame a Servicios al Miembro de Care1st y pida hablar con el Appeals Department para programar una reunión. Tenga un rol activo en su apelación y asegúrese de que tengamos todos los datos sobre su caso, como declaraciones adicionales o expedientes médicos.

Care1st le enviará nuestra decisión sobre su apelación por escrito. Nuestra carta le indicará nuestra decisión y cómo llegamos a ella, incluidas las reglas o leyes que se usaron. Si no está satisfecho con nuestra decisión, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia siguiendo los pasos descritos en la carta sobre la decisión. Un juez que no trabaja para Care1st o para el AHCCCS escuchará su caso y hará recomendaciones al AHCCCS.

Si desea presentar una solicitud para una audiencia, debe enviarnos su solicitud por escrito dentro de los 90 días de haber recibido nuestra carta sobre la decisión. Las instrucciones para solicitar una audiencia se incluyen en nuestra carta con la decisión. Si solicita una audiencia, el AHCCCS establecerá una fecha para la audiencia y le informará la fecha, el horario y el lugar para la audiencia. Care1st brinda ayuda a miembros que presentan apelaciones o pedidos de audiencias. La asistencia incluye el uso del número gratuito **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Los miembros pueden recibir servicios de traducción sin costo alguno.

Usted tiene el derecho de comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS escribiendo a **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve sus inquietudes sobre la adecuación de la carta de Aviso de determinación adversa que recibió.

Tiene derecho a designar a una persona a cargo de tomar decisiones de atención de salud (HCDM), que puede presentar inquietudes en su nombre. Estas inquietudes podrían incluir, entre otras:

- la imposibilidad de recibir servicios de atención de salud,
- inquietudes por la calidad de la atención (QOC) recibida,
- problemas con los proveedores de atención de salud,
- problemas con los planes de salud,
- acceso oportuno a los servicios.

Si no está satisfecho con la atención de los servicios para crisis, el proveedor o el plan de Regional Behavioral Health Authority (RBHA), puede llamar a Care1st para presentar una queja o un reclamo. Si se rechaza un servicio para crisis por completo o de manera parcial, también puede presentar una apelación ante Care1st. Si la decisión de la apelación de Care1st no cambia, puede presentar ante Care1st una solicitud de audiencia imparcial ante el estado. Para obtener más información sobre las quejas de servicios para crisis, las apelaciones o las audiencias imparciales ante el estado, llame a Servicios al Miembro de Care1st.

Quejas (reclamos) para miembros con designación de SMI

Si tiene una queja (reclamo) o algún tipo de problema con sus servicios de atención de la salud, informe a Care1st.

Es muy importante que conozcamos sus preocupaciones para que podamos mejorar el servicio. Si ha tenido un problema o no cree haber recibido el trato correspondiente, puede presentar una queja llamando a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042**. También puede presentar su queja por escrito y enviarla por correo postal a la siguiente dirección:

Care1st Health Plan
Attn: Member Services
1850 W. Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

Haremos todo lo posible por ayudarlo. Abordaremos su queja (reclamo) tan rápido como sea posible. Care1st resuelve la mayoría de las quejas dentro de los 10 días hábiles a partir de la recepción. Todas las quejas se resolverán en 90 días. Usted tiene el derecho de llamar a AHCCCS al **1-800-867-5808** si Care1st no resuelve la situación. Usted tiene el derecho de comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS escribiendo a **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve sus inquietudes sobre la adecuación de la carta de Aviso de determinación adversa que recibió. No se cobrará a los miembros con designación de SMI por los servicios de salud del comportamiento que reciban cuando su apelación esté pendiente, más allá de los resultados de esta.

Quejas de SMI

Como miembro con una designación de SMI, tiene derecho a presentar una queja de SMI si cree que un proveedor de salud mental violó sus derechos. 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. El AHCCCS abordará las alegaciones de violaciones de derechos por parte de Tribal Regional Behavioral Health Authority (TRBHA) o sus proveedores, o las quejas/solicitudes de SMI para una investigación relacionada con casos de abuso físico, abuso sexual o muerte. Entre sus derechos legales se incluyen:

- el derecho a no ser discriminado;
- el derecho a la igualdad de acceso a los servicios de salud del comportamiento;
- el derecho a la intimidad;

- el derecho a ser informado;
- el derecho a obtener ayuda de un abogado o representante de su elección.

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

Si cree que se violaron sus derechos o desea que investiguemos alguna situación, llame a Servicios al Miembro de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Nos complacerá ayudarle.

Reclamos de SMI

Como miembro con designación de SMI, puede presentar un reclamo de SMI sobre cualquier situación con la que no esté satisfecho. Es muy importante que conozcamos sus preocupaciones para que podamos mejorar el servicio. Si ha tenido un problema o no cree haber recibido el trato correspondiente, puede presentar un reclamo de SMI llamando a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). También puede presentar su reclamo por escrito y enviarlo por correo postal a la siguiente dirección:

Care1st Health Plan
Attn: Member Services
1850 W Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

Abordaremos su reclamo tan rápido como sea posible. Usted puede presentar un reclamo en cualquier momento. También puede presentar un reclamo y una queja de SMI al mismo tiempo. No es necesario que presente primero un reclamo y espere una respuesta antes de presentar una queja de SMI.

Haremos todo lo posible por ayudarle.

Apelaciones y pedidos de audiencias para miembros con designación de SMI

Una apelación es un pedido de revisión de una acción. Usted tiene el derecho de apelar una decisión o acción de Care1st si cree que no es correcta. 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.

Care1st debe recibir la apelación dentro de los 60 días de la fecha de nuestra decisión. Cualquier persona puede presentar una apelación por usted si usted entrega un permiso escrito a esa persona. Para presentar una apelación, escriba a:

Care1st Health Plan
Attn: Appeals Department
1850 W. Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

O puede llamar a Servicios al Miembro a los números incluidos al pie de la página para presentar una apelación.

Se pueden presentar dos tipos de apelaciones:

Apelaciones estándar, que pueden demorar hasta 30 días para resolverse. Se puede demorar catorce días adicionales (una extensión) si es necesario o si es por su bien. Cuando recibamos su apelación estándar, le enviaremos una carta dentro de los cinco días para informarle que la hemos recibido. Conserve esa carta y consulte el número de apelación si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación.

Apelaciones aceleradas, que suceden cuando usted o su proveedor (que apela por usted o con su permiso por escrito) nos indican que esperar hasta que se resuelva una apelación estándar podría poner su salud en riesgo. Las apelaciones aceleradas deben resolverse en 72 horas. Su condición médica dicta si se puede o no presentar una apelación acelerada. Cuando recibamos su apelación acelerada, le enviaremos una carta dentro de un día para informarle que la hemos recibido. Conserve esa carta y consulte el número de apelación acelerada si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación. Si usted presenta una apelación acelerada, pero su condición de salud no califica para ser considerada como tal, le notificaremos que no se aceptó su apelación como acelerada y que se la tratará como una apelación estándar.

Un proveedor puede presentar apelaciones estándar y aceleradas en su nombre. Debe dar a su proveedor un permiso por escrito para que presente una apelación en su nombre. Si un proveedor no presenta a Care1st el permiso por escrito, Care1st le enviará un Formulario de designación de representante (AOR) para que usted lo firme y lo devuelva dentro de los 30 días de la fecha en que se presentó la apelación. Una vez que recibamos el formulario AOR, podremos trabajar en la apelación. Si no firma o devuelve el formulario AOR, se rechazará la apelación debido a la ausencia de un permiso por escrito.

Puede solicitar que revisemos la información que tenemos en su archivo de apelaciones en cualquier momento. Si desea hacerlo, llame a Servicios al Miembro de Care1st y pida hablar con el Appeals Department para programar una reunión. Tenga un rol activo en su apelación y asegúrese de que tengamos todos los datos sobre su caso, como declaraciones adicionales o expedientes médicos.

Care1st le enviará nuestra decisión sobre su apelación por escrito. Nuestra carta le indicará nuestra decisión y cómo llegamos a ella, incluidas las reglas o leyes que se usaron. Si no está satisfecho con nuestra decisión, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia siguiendo los pasos descritos en la carta sobre la decisión. Un juez que no trabaja para Care1st o para el AHCCCS escuchará su caso y hará recomendaciones al AHCCCS.

Si desea presentar una solicitud para una audiencia, debe enviarnos su solicitud por escrito dentro de los 90 días de haber recibido nuestra carta sobre la decisión. Las instrucciones para solicitar una audiencia se incluyen en nuestra carta con la decisión. Si solicita una audiencia, el AHCCCS establecerá una fecha para la audiencia y le informará la fecha, el horario y el lugar para la audiencia. Care1st brinda ayuda a miembros que presentan apelaciones o pedidos de audiencias. La asistencia incluye el uso del número gratuito **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Los miembros pueden recibir servicios de traducción sin costo alguno.

Usted tiene el derecho de comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS escribiendo a **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve sus inquietudes sobre la adecuación de la carta de Aviso de determinación adversa que recibió.

Como miembro con designación de SMI, tiene derecho a apelar lo siguiente:

- una decisión sobre tarifas o exenciones;
- el rechazo, la reducción, la suspensión o la finalización de cualquier servicio cubierto;
- la capacidad de tomar decisiones, la necesidad de un tutor u otros servicios de protección, o la necesidad de asistencia especial;
- **su designación de SMI;
- **una decisión de que ya no necesita los servicios de SMI;
- determinación de la PASRR en el contexto de un examen de preadmisión o de una revisión anual de residente, que afecte negativamente a la persona.

Si presenta una apelación, recibirá un aviso por escrito de que recibimos su apelación en un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción por parte de Care1st. 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 hábil a partir de la recepción, y la conferencia informal debe realizarse en un plazo de dos días hábiles a partir de la presentación de la apelación.

Si presenta una apelación, seguirá recibiendo los servicios de salud del comportamiento que ya recibía, a menos que un clínico calificado decida que reducir o concluir los servicios es lo mejor para usted, o que usted acepte por escrito reducir o concluir los servicios. Care1st Health Plan no le hará pagar por los servicios que obtuvo durante el proceso de apelación, más allá del resultado.

Care1st reconocerá y tomará una decisión sobre su apelación al igual que lo hacemos con otros tipos de apelaciones. Sin embargo, usted también tendrá derecho a reunirse con nosotros en persona para conversar sobre su apelación, lo que se conoce como “conferencia informal”. Tendrá una conferencia informal con Care1st dentro de los 7 días hábiles siguientes a la presentación de la apelación. La conferencia informal debe celebrarse en un momento y lugar que le resulten convenientes a usted. Tiene derecho a que un representante de su elección le brinde ayuda durante la conferencia. Se informará a usted y los demás participantes por escrito de la hora y el lugar de la conferencia al menos con dos días hábiles 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 dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación de la apelación. Si debe acelerarse, la segunda conferencia informal debe llevarse a cabo dentro de los dos días hábiles 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 imparcial ante el estado.

Si presenta una apelación, seguirá recibiendo los servicios que ya recibía, a menos que un clínico calificado decida que reducir o concluir los servicios es lo mejor para usted, o que usted acepte por escrito reducir o concluir los servicios. Si la apelación no se decide a su favor, Care1st podría no requerir que usted pague por los servicios que recibió durante el proceso de la apelación.

Solari Inc. es el proveedor estatal que realiza determinaciones de enfermedades mentales graves (SMI). Si desea apelar su estado de determinación de SMI, puede hacerlo llamando a Solari al **1-800-203-CARE (2273). Solari le indicará cómo apelar la determinación de SMI.

También puede comunicarse con Solari por escrito y correo postal a la siguiente dirección:
Solari, Inc.
1275 W Washington St
Suite 210
Tempe, AZ 85281

Quejas (reclamos) para miembros no contemplados en los títulos XIX/XXI sin designación de SMI

Si tiene una queja (reclamo) o algún tipo de problema con sus servicios de atención de la salud, informe a Care1st.

Es muy importante que conozcamos sus preocupaciones para que podamos mejorar el servicio. Si ha tenido un problema o no cree haber recibido el trato correspondiente, puede presentar una queja llamando a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042**. También puede presentar su queja por escrito y enviarla por correo postal a la siguiente dirección:

Care1st Health Plan

Attn: Member Services

1850 W. Rio Salado Parkway

Suite 211

Tempe, AZ 85281

Haremos todo lo posible por ayudarlo. Abordaremos su queja (reclamo) tan rápido como sea posible. Care1st resolverá su queja dentro de los 10 días hábiles a partir de la recepción, si no hay circunstancias extraordinarias. Todas las quejas se resolverán en 90 días. Usted tiene el derecho de llamar a AHCCCS al **1-800-867-5808** si Care1st no resuelve la situación. Usted tiene el derecho de comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS escribiendo a **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve sus inquietudes sobre la adecuación de la carta de Aviso de determinación adversa que recibió. Es posible que tenga que pagar el costo de los servicios prestados mientras la apelación o la audiencia imparcial ante el estado estén pendientes.

Apelaciones y pedidos de audiencias para miembros no contemplados en los títulos XIX/XXI sin designación de SMI

Una apelación es un pedido de revisión de una acción. Usted tiene el derecho de apelar una decisión o acción de Care1st si cree que no es correcta. Care1st y nuestros proveedores no pueden tomar medidas punitivas contra las personas que presenten una apelación. Puede apelar si Care1st:

- no aprueba un servicio, incluido el tipo o nivel de servicio, que solicitó su proveedor;
- reduce, suspende, o da por terminado un servicio que ya había sido aprobado;
- no le provee servicios de manera oportuna;
- no actúa dentro de los marcos de tiempo obligatorios.

Si los servicios se reducen, suspenden o se dan por terminados, puede solicitar que continúe recibiendo sus servicios durante el proceso de apelación. Sin embargo, si el AHCCCS concuerda con la decisión de Care1st sobre el cambio de sus servicios, usted deberá pagar por los servicios que recibió durante el proceso de apelación. Para continuar con los servicios durante este proceso, debe solicitarlo dentro de los 10 días de recibir la carta de reducción, suspensión o finalización por parte de Care1st.

Care1st debe recibir la apelación dentro de los 60 días de la fecha de nuestra decisión. Cualquier persona puede presentar una apelación por usted si usted entrega un permiso escrito a esa persona. Para presentar una apelación, escriba a:

Care1st Health Plan
Attn: Appeals Department
1850 W. Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

O puede llamar a Servicios al Miembro a los números incluidos al pie de la página para presentar una apelación.

Se pueden presentar dos tipos de apelaciones:

Apelaciones estándar, que pueden demorar hasta 30 días para resolverse. Se puede demorar catorce días adicionales (una extensión) si es necesario o si es por su bien. Cuando recibamos su apelación estándar, le enviaremos una carta dentro de los cinco días para informarle que la hemos recibido. Conserve esa carta y consulte el número de apelación si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación.

Apelaciones aceleradas, que suceden cuando usted o su proveedor (que apela por usted o con su permiso por escrito) nos indican que esperar hasta que se resuelva una apelación estándar podría poner su salud en riesgo. Las apelaciones aceleradas deben resolverse en 72 horas. Su condición médica dicta si se puede o no presentar una apelación acelerada. Cuando recibamos su apelación acelerada, le enviaremos una carta dentro de un día para informarle que la hemos recibido. Conserve esa carta y consulte el número de apelación acelerada si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación. Si usted presenta una apelación acelerada, pero su condición de salud no califica para ser considerada como tal, le notificaremos que no se aceptó su apelación como acelerada y que se la tratará como una apelación estándar.

Un proveedor puede presentar apelaciones estándar y aceleradas en su nombre. Debe dar a su proveedor un permiso por escrito para que presente una apelación en su nombre. Si un proveedor no presenta a Care1st el permiso por escrito, Care1st le enviará un Formulario de designación de representante (AOR) para que usted lo firme y lo devuelva dentro de los 30 días de la fecha en que se presentó la apelación. Una vez que recibamos el formulario AOR, podremos trabajar en la apelación. Si no firma o devuelve el formulario AOR, se rechazará la apelación debido a la ausencia de un permiso por escrito.

Puede solicitar que revisemos la información que tenemos en su archivo de apelaciones en cualquier momento. Si desea hacerlo, llame a Servicios al Miembro de Care1st y pida hablar con el Appeals Department para programar una reunión. Tenga un rol activo en su apelación y asegúrese de que tengamos todos los datos sobre su caso, como declaraciones adicionales o expedientes médicos.

Care1st le enviará nuestra decisión sobre su apelación por escrito. Nuestra carta le indicará nuestra decisión y cómo llegamos a ella, incluidas las reglas o leyes que se usaron. Si no está satisfecho con nuestra decisión, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia siguiendo los pasos descritos en la carta sobre la decisión. Un juez que no trabaja para Care1st o para el AHCCCS escuchará su caso y hará recomendaciones al AHCCCS.

Si desea presentar una solicitud para una audiencia, debe enviarnos su solicitud por escrito dentro de los 90 días de haber recibido nuestra carta sobre la decisión. Las instrucciones para solicitar una audiencia se incluyen en nuestra carta con la decisión. Si solicita una audiencia, el AHCCCS establecerá una fecha para la audiencia y le informará la fecha, el horario y el lugar para la audiencia. Care1st brinda ayuda a miembros que presentan apelaciones o pedidos de audiencias. La asistencia incluye el uso del número gratuito **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Los miembros pueden recibir servicios de traducción sin costo alguno.

Usted tiene el derecho de comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS escribiendo a **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve sus inquietudes sobre la adecuación de la carta de Aviso de determinación adversa que recibió.

Derechos de los miembros

Como miembro de Care1st usted tiene ciertos derechos.

Usted tiene el derecho a lo siguiente:

1. 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 exclusión si el miembro o su representante pueden demostrar que se los perjudicó o trató de manera injusta en algunos de los siguientes casos:
 - a. al recibir atención de salud;
 - b. al recibir una atención de salud de calidad;
 - c. al proteger la privacidad y los derechos de los miembros;
 - d. al elegir un proveedor.

Si quiere obtener más información al respecto, llame a Servicios al Miembro al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Care1st 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.

2. Presentar un reclamo o apelación sobre la organización de cuidado administrado o los proveedores de la red. Los reclamos y las apelaciones se pueden presentar ante Care1st o el AHCCCS.
3. Obtener información sobre la estructura y operaciones de Care1st o sus subcontratistas.
4. Obtener información sobre si Care1st tiene planes de incentivos para médicos (PIP) que afecten el uso de servicios de remisiones de médicos, el derecho a conocer los tipos de acuerdos de compensación que usa el contratista, el derecho a conocer si se requiere un seguro por lucro cesante y el derecho a un resumen de los resultados de encuestas de los miembros, según la reglamentación de los PIP.
5. Recibir un trato cortés y amable. Se lo tratará de manera justa y con respeto más allá de su raza, etnia, nacionalidad, género, edad, religión, condición de salud del comportamiento (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética, capacidad de pago o capacidad de hablar inglés.
6. Confidencialidad y limitaciones de confidencialidad. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información.
7. 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:
 1. Médicos y otras agencias que prestan servicios de salud, sociales o asistenciales.
 2. Su proveedor de atención primaria.
 3. Ciertas agencias estatales y centros educativos que siguen la ley, involucrados en su cuidado y tratamiento, según sea necesario.
 4. Miembros del equipo clínico que participan en su atención.

8. En ocasiones, podría ser útil compartir su información de salud personal con otras agencias, como centros educativos. 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 estos, podrían divulgarse a las personas o agencias que usted nombre en el formulario. Para obtener más información sobre el Formulario de autorización para la divulgación de información, llame a Care1st Health Plan al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) o visite nuestro sitio web en **care1staz.com**. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información.
9. Obtener una segunda opinión sin costo alguno para usted de otro profesional de atención de salud de Care1st o de alguien fuera de la red si la red de Care1st no fuese suficiente.
10. Conversar sobre las opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios, presentadas de forma adecuada a su condición y a su capacidad para comprender la información.
11. Recibir información sobre cómo formular instrucciones anticipadas.
12. Solicitar anualmente una copia de sus expedientes médicos sin costo alguno para usted*.
13. Revisar sus expedientes médicos sin costo alguno para usted.
14. Obtener una respuesta dentro de los 30 días a su pedido de una copia de sus expedientes**.
15. Solicitar que se actualicen y corrijan sus expedientes médicos.
16. Ser libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
17. Obtener información sobre los beneficiarios y el plan, la organización, los servicios, los médicos y proveedores, así como los derechos y las responsabilidades de los miembros.
18. Recibir un trato respetuoso y considerado por su dignidad y privacidad.
19. Participar en decisiones sobre su atención de salud, rechazar tratamientos médicos y recibir información sobre qué le sucederá si no recibe el tratamiento.
20. Recibir información sobre los proveedores de Care1st, que incluya sus calificaciones y los idiomas que hablan aparte del inglés.
21. Usar cualquier hospital u otro entorno para la atención de emergencia.
22. Hacer que sus expedientes médicos y toda información sobre la atención de su salud sean privados y confidenciales.

23. Elegir su PCP de la lista de PCP de Care1st. También tiene derecho a cambiar de PCP si lo desea.
24. 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.
25. Conocer y comprender sus problemas médicos y condiciones de salud para que pueda tomar decisiones informadas sobre su atención de salud. Preguntar y recibir información sobre lo que debería pagar si decidiera pagar por un servicio que no cubre Care1st.
26. Recibir un resumen de los resultados de las encuestas al miembro de Care1st.
27. Recibir información por escrito de todos los cambios en sus servicios.
28. Recibir un aviso por escrito cuando Care1st reduzca, suspenda, dé por finalizado o rechace cualquier servicio solicitado por un proveedor, y que le indiquen qué hacer si usted no está de acuerdo con una decisión tomada por Care1st.
29. Recibir una copia de los derechos y responsabilidades del miembro y el derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de Care1st.
30. Presentar un reclamo ante Care1st sobre la adecuación de la carta de Aviso de determinación adversa que recibió. Usted tiene el derecho de comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS escribiendo a **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve sus inquietudes sobre la adecuación de la carta de Aviso de determinación adversa que recibió (fuera del condado de Maricopa: **1-800-962-6690**).
31. Decidir quién quiere usted que esté en sus tratamientos y exámenes.
32. Informar a Care1st sobre todo problema, reclamo o queja que tenga con sus servicios de atención de salud, sus proveedores o Care1st.
33. Tener a disposición los criterios en los que se basan las decisiones. Hacer que sus expedientes médicos se transfieran desde su proveedor anterior a su proveedor actual dentro de los 10 días de su pedido.
34. Ejercer sus derechos y que el ejercicio de esos derechos no afecte adversamente la prestación de sus servicios [42 CFR 438.100(c)].

* Su derecho a acceder a expedientes médicos podría rechazarse si la información corresponde a notas de psicoterapia, compiladas para una acción civil, penal o administrativa o en anticipación razonable a esta, información de salud protegida según las enmiendas sobre mejoras de laboratorios clínicos de 1988 o quedar exento de acuerdo con 42 CFR 493.3(a)(2).

** La respuesta podría ser la copia de los expedientes médicos o un rechazo por escrito que incluya la base para el rechazo e información sobre cómo solicitar que se revise el rechazo de acuerdo con 45 CFR, parte 164 (AMPM 410-B9e).

Fraude, desperdicio y abuso

El fraude, el desperdicio y el abuso son problemas graves que requieren su atención. La mayoría de los proveedores son honestos y tienen buenas intenciones. Sin embargo, hay algunos que abusan de los programas de atención de salud, como Medicaid y Medicare. Es muy importante que los miembros de Care1st informen sobre todo caso de sospecha de fraude y abuso.

Abuso (de un miembro): Un engaño o tergiversación intencional hecha por una persona que sabe que el engaño puede dar como resultado un beneficio no autorizado para él o ella, u otra persona. Incluye un acto que constituye fraude bajo la ley estatal o federal.

Abuso (por parte de un proveedor): Las prácticas del proveedor que son inconsistentes con prácticas sólidas fiscales, comerciales o médicas, y que dan como resultado un costo innecesario para el programa del AHCCCS, o un reembolso de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con estándares profesionalmente reconocidos para la atención de salud. También incluye prácticas del beneficiario que conllevan un costo innecesario para el programa del AHCCCS.

Fraude: Un engaño o tergiversación intencional hecha por una persona que sabe que el engaño puede dar como resultado un beneficio no autorizado para él o ella, u otra persona. Incluye un acto que constituye fraude bajo la ley estatal o federal.

Desperdicio: Generalmente, se refiere al uso excesivo de servicios u otras prácticas que generan costos innecesarios. En la mayoría de los casos, no se considera que los desperdicios estén causados por acciones imprudentes, sino por el uso indebido de recursos.

Un ejemplo de fraude cometido por un proveedor es cuando factura por servicios que no se prestaron o factura por el mismo servicio dos veces. El abuso ocurre cuando las acciones de un proveedor (premeditadas o no) causan costos innecesarios a un programa de atención de salud. Un ejemplo de desperdicio y abuso es la facturación de servicios que no son médicamente necesarios por parte del proveedor. El abuso también sucede cuando un proveedor lo toca o le habla de una manera inapropiada.

Si sabe de algún fraude que se haya cometido, llame a nuestra línea directa de fraude, disponible las 24 horas del día. Es confidencial. El número de teléfono gratuito es **1-866-685-8664**. La línea gratuita atiende las 24 horas del día, los siete días de la semana. Usted puede llamar de manera anónima. Si nos da un número de teléfono, lo llamaremos para asegurarnos de que la información que tenemos esté completa y sea exacta.

También puede denunciar un fraude directamente al AHCCCS llamando al **1-888-487-6686** o visitando el sitio web del AHCCCS en **www.azahcccs.gov/Fraud/ReportFraud**.

Además debe denunciar todo caso de sospecha de abuso o fraude de un miembro. Los miembros cometen fraude si mienten o engañan (deliberadamente) a un programa de atención de salud como el AHCCCS o Medicare para obtener servicios o beneficios a expensas del gobierno. Los miembros cometen abuso cuando sus acciones causan pérdidas de dinero a un programa de atención de salud. Hay multas de acuerdo con la ley por cometer fraudes y abuso, tales como cargos civiles o penales. Un ejemplo de fraude cometido por un miembro es cuando comparte una tarjeta de ID del AHCCCS con otras personas. Otro ejemplo es cuando un miembro del AHCCCS no informa que tiene otro seguro. Si cree saber de un caso de fraude cometido por un miembro, llame o escriba al Compliance Department al número o la dirección anteriores.

El AHCCCS adjunta fotos de miembros en la herramienta de la web que los proveedores usan para verificar si un miembro es elegible. Las fotos son una de las muchas iniciativas del AHCCCS para ayudar a proteger a los miembros y detener el fraude. El AHCCCS obtiene las fotos de la Motor Vehicle Division (MVD) si usted tiene una licencia de conducir de Arizona o una tarjeta de ID del estado. Cuando los proveedores acceden a la pantalla de verificación de elegibilidad del AHCCCS, encontrarán su foto (si está disponible) y su información de cobertura.

Servicios para dejar de fumar

El tabaquismo conlleva muchos riesgos para la salud. Si usted tiene más de 18 años y está listo para dejar de fumar, hay ayuda disponible. Llame a la Línea de ayuda para fumadores de Arizona a través del Department of Health Services (ADHS) al 1-800-556-6222 para inscribirse o visite www.ashline.org o

<https://azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az>.

Se le asignará un asesor que le proporcionará educación y apoyo mediante llamadas telefónicas semanales. Los asesores de ASHLine le brindarán ayuda para elegir un tratamiento de reemplazo de nicotina (NRT) y lo guiarán a través del proceso para recibir el NRT en su farmacia local.

Lista de recursos de la comunidad

Care1st trabaja grupos comunitarios para brindarle atención de salud de alta calidad. Visite care1staz.com para obtener más información.

Nombre	Dirección web	Teléfono
2-1-1 (línea de ayuda de información y remisiones)	www.211arizona.org	211

Nombre	Dirección web	Teléfono
Alzheimer's Association	www.alz.org	1-800-272-3900
American Academy of Pediatrics (AAP)	www.aap.org	1-800-433-9016
American Diabetes Association	www.diabetes.org	1-800-342-2383
American Lung Association	www.lung.org	1-800-586-4872
Area Agency on Aging	www.aaaphx.org https://nacog.org/ www.wacog.com/area-agency-on-aging/ http://www.pgcsc.org/	Maricopa: 602-264-4357 ○ 1-888-783-7500 Apache, Coconino, Navajo y Yavapai: 1-877-521-3500 Mohave: 928-753-7038 Gila y Pinal: 1-800-293-9393
Arizona@Work	https://arizonaatwork.com/	
Arizona Center for Disability Law (ACDL)	www.azdisabilitylaw.org	1-800-927-2260
Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence (ACESDV)	www.acesdv.org	1-800-782-6400
Arizona Department of Economic Security Aging and Disability Resource Center	www.azlinks.gov	
Arizona Department of Health Services	www.azdhs.gov	602-542-1025
ADHS Pregnancy and Breastfeeding Hotline	https://azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/index.php	1-800-833-4642

Care1st Health Plan Arizona

Nombre	Dirección web	Teléfono
Arizona Early Intervention Program (AzEIP)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant	602-532-9960
Arizona Family Health Partnership	www.arizonafamilyhealth.org	602-258-5777
Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)	www.AZAHCCCS.gov	602-417-7000 ○ 1-800-962-6690
Arizona Smokers' Helpline (ASHLine)	www.ashline.org	1-800-556-6222
Arizona Suicide Prevention Coalition	www.azspc.org	480-784-1500 ○ 1-800-273-8255
Arizona Department of Economic Security (DES), (Family Assistance Administration)	www.azdes.gov/faa	1-855-777-8590
Arizona Youth Partnership Starting Out Right Program	https://azyp.org/program/starting-out-right/	1-877-882-2881
AZ Links	www.azlinks.org https://azdaars.getcare.com/consumer/	
Childhelp National Child Abuse Hotline	www.childhelp.org	1-800-4-A-CHILD ○ 1-800-422-4453
Children's Information Center Hotline		1-800-232-1676
Dental – Reduced Fee and Community Dental Clinics in Arizona	https://www.azdhs.gov/documents/prevention/womens-childrens-health/oral-health/reduced-fee-dental-clinics.pdf	Consulte la lista de números de teléfono/ ubicaciones

Nombre	Dirección web	Teléfono
Disability Benefits 101	https://az.db101.org/	1-866-304-WORK (9675)
Dump the Drugs AZ (eliminación de medicamentos recetados sin usar o no deseados)	https://azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/	
Federal Health Insurance Marketplace	www.healthcare.gov	1-800-318-2596
Fussy Baby/Birth To Five Helpline	https://www.swhd.org/programs/health-and-development/fussy-baby/	1-877-705-KIDS o 1-877-705-5437
Head Start	www.azheadstart.org	Maricopa: 602-338-0449 Apache, Coconino, Navajo y Yavapai: 928-774-9504 Gila y Pinal: 1-888-723-7321 Mohave: 928-782-1886
Health-e-Arizona Plus	www.healtharizonaplus.gov	1-855-432-7587
Información sobre vacunas	https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/immunization/index.php	602-542-1025
Mentally Ill Kids in Distress (MIKID)	www.mikid.org	Gila, Maricopa y Pinal: 602-253-1240 Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai: 928-775-4448
Mercy Care (RBHA)	www.mercycareaz.org	Gila, Maricopa y Pinal: 1-800-564-5465
National Alliance on Mental Illness (NAMI)	www.nami.org	1-800-950-6264

Care1st Health Plan Arizona

Nombre	Dirección web	Teléfono
National Suicide Prevention Lifeline	https://suicidepreventionlifeline.org/	1-800-273-TALK (8255)
Office for Children with Special Needs (OCSHCN)	https://www.azdhs.gov/prevention/womens-childrens-health/ocshcn/index.php	602-542-1860 ○ 1-800-232-1676
Opioid Assistance & Referral	https://www.azdhs.gov/oarline/	1-888-688-4222
Poison Control	https://azpoison.com/	1-800-222-1222
Postpartum Support International	https://www.postpartum.net/	1-800-944-4773 ○ mensaje de texto: en inglés: 1-800-944-4773 en español: 971-203-7773
Power Me A2Z	www.powermea2z.org	
Raising Special Kids	www.raisingpecialkids.org	602-242-4366 ○ 1-800-237-3007
Sliding Fee Schedule Clinics (sin costo o de bajo costo)	https://www.azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php	602-542-1219
St. Vincent De Paul Dental Clinics (condado de Maricopa)	www.stvincentdepaul.net	602-261-6868
Strong Families AZ	https://strongfamiliesaz.com/	Visite el sitio web e ingrese su código postal para encontrar un programa cerca de usted.
Teen Life Line	https://teenlifeline.org/	602-248-8336 (TEEN) ○ 1-800-248-8336 (TEEN)

Nombre	Dirección web	Teléfono
Tobacco Free Arizona	https://www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php	1-800-556-6222
Vocational Rehabilitation	https://des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation	1-800-563-1221
Women Infant and Children (WIC)	www.azdhs.gov/prevention/azwic/	1-800-252-5942

Si pierde elegibilidad para Medicaid

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

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

Regla sobre la Interoperabilidad y el Acceso de Pacientes: nuevas formas de gestionar sus expedientes de salud digitales

Nuevas formas de gestionar sus expedientes de salud digitales

El 1.º de julio de 2021 entró en vigor una nueva norma federal llamada “Regla sobre la Interoperabilidad y el Acceso de Pacientes” (CMS 9115 F). Esta norma facilita que los miembros obtengan sus expedientes de salud cuando más los necesitan.

Usted ahora tiene acceso total a sus expedientes de salud desde su dispositivo móvil, como su teléfono inteligente, lo que le permite administrar mejor su salud y conocer los recursos que están disponibles para usted.

Imagine esto:

- Va a un nuevo proveedor porque no se siente bien y ese médico puede consultar su historia clínica de los últimos cinco años.

- Usa un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista.
- Tiene acceso a su historia clínica para que un proveedor o especialista pueda diagnosticarlo con rapidez y asegurarse de que usted reciba la mejor atención.
- Puede ver si su reclamación se pagó, rechazó o se está procesando, directo desde su computadora.
- Si quiere, puede llevarse su historia clínica con usted cuando cambia de plan de salud*.

* En 2022, los miembros pueden empezar a pedir sus expedientes de salud para llevárselos si cambian de plan.

Además, la nueva regla facilita la búsqueda de información** sobre lo siguiente:

- reclamaciones (pagadas y denegadas),
- partes específicas de su información clínica,
- cobertura de medicamentos en farmacias,
- proveedores de atención de salud.

** Puede obtener información sobre las fechas de servicio del 1.º de enero de 2016 en adelante.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro.

Instrucciones anticipadas: decisiones sobre su atención de salud

Referencia: Secretaría del Estado de Arizona: www.azsos.gov.

Usted recibe esta información sobre sus derechos para tomar decisiones o controlar sus propias decisiones relacionadas con la atención de salud según la Ley de Autodeterminación del Paciente (PSDA). Care1st espera que esta información le sea útil para tomar decisiones importantes sobre su atención de salud.

Menos del 25% de los estadounidenses han dejado constancia por escrito de cómo les gustaría que los cuidaran cuando se acerque el final de su vida. La mayoría de las personas evitan hablar de esos temas. Planificar a futuro con instrucciones anticipadas ayuda a hacer que se conozcan sus deseos sobre lo que quiere y no quiere hacer cuando no pueda hablar por usted mismo. Esto aliviará el estrés en su familia y seres queridos cuando llegue el momento.

Lo más importante que puede hacer para garantizar que sus decisiones anticipadas de atención de salud se cumplan es hablar sobre ellas. Hable con su familia, amigos, vecinos,

miembros de la iglesia, médicos y otros proveedores de atención de salud. Cuénteles lo que ha decidido, cuáles son sus valores y preferencias y lo que quiere y no quiere que hagan si llega un momento en el que no puede comunicarse por sí mismo.

Si ha establecido sus instrucciones anticipadas, usted tiene el control de sus decisiones de atención de salud siempre y cuando pueda comunicar sus deseos.

Si tiene preguntas sobre las instrucciones anticipadas, llame a la Office of the Arizona Secretary of State Advance Directive, al **1-877-458-5842** o visite el sitio web en **www.azsos.gov**. Puede encontrar los formularios que necesita para completar sus instrucciones anticipadas en este sitio web.

Puede también guardar una copia de sus instrucciones anticipadas en el Arizona's Advance Health Care Directive Registry para que estén disponibles ante una emergencia. Puede obtener información sobre cómo almacenar una copia de sus instrucciones anticipadas en el Arizona's Advance Health Care Directive Registry en **www.azsos.gov** o puede llamar al **1-877-458-5842**.

1. **¿Qué son las instrucciones anticipadas?**

Las instrucciones anticipadas son un documento en el que usted deja instrucciones sobre su atención de salud, qué desea que se haga y que no se haga, si usted no puede comunicarse por sí mismo.

2. **¿Qué son las instrucciones de atención de salud?**

Las instrucciones de atención de salud son un tipo de instrucción anticipada que indica a su proveedor y sus familiares qué tipo de atención le gustaría recibir si usted no pudiera tomar sus propias decisiones médicas. Se denominan "instrucciones anticipadas" porque usted elige su atención médica antes de enfermarse de gravedad.

3. **¿Qué es un testamento vital?**

Un testamento vital es una forma de instrucción anticipada. Por lo general, solo entra en vigor si usted tiene una enfermedad terminal. Estar enfermo de manera terminal significa que usted tiene menos de seis meses de vida.

4. **¿Qué es un poder notarial (médico) para la atención de salud?**

Un poder notarial (médico) para la atención de salud le permite nombrar a alguien para que tome decisiones médicas por usted si está inconsciente o no puede tomar decisiones médicas por sí mismo por alguna razón. Un poder notarial (médico) para la atención de salud puede ser parte de otro formulario de instrucciones anticipadas, tal como un testamento vital o instrucciones de atención de salud, o puede ser un documento separado. La persona que usted designe para tomar las decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo se denomina "agente".

5. **¿Un agente designado en un poder notarial (médico) para la atención de salud debe ser residente del estado en el que usted vive?**

No, pero tiene que estar disponible si se produce una crisis médica.

6. ¿Qué capacitación necesita una persona para tener un poder notarial (médico) para la atención de salud?

Ninguna. Su agente representante con un poder notarial (médico) para la atención de salud no es una persona médicamente capacitada. La persona que usted designe como su agente representante con el poder notarial (médico) para la atención de salud es una persona cercana a usted con la que puede hablar sobre sus valores y sentimientos. Asegúrese de que la persona que designe esté dispuesta a asumir la responsabilidad de ser su representante.

7. ¿Se pueden combinar en un solo documento las instrucciones anticipadas y el poder notarial (médico) para la atención de salud?

Sí, a menudo están combinados.

8. ¿Qué autoridad tiene un agente de poder notarial duradero o financiero para tomar decisiones de atención de salud?

Ninguna.

9. ¿Cuándo entran en vigor las instrucciones anticipadas o el poder notarial (médico) para la atención de salud?

Las instrucciones anticipadas, incluido el poder notarial (médico) para la atención de salud, no tienen efecto legal a menos que y hasta que usted pierda la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud o dé su consentimiento para la atención. Un agente designado con un poder notarial (médico) para la atención de salud o con instrucciones por escrito no pueden anular su elección expresa actual.

10. ¿Los médicos deben cumplir con los testamentos vitales, las instrucciones anticipadas y las decisiones de atención de la salud de un sustituto?

Sí, los médicos y otros proveedores de atención de salud están legalmente obligados a cumplir con sus instrucciones anticipadas.

11. ¿Qué sucede si no tengo instrucciones anticipadas?

Si no tiene instrucciones anticipadas y no puede tomar decisiones de atención de salud, la ley de Arizona da el poder de toma de decisiones a responsables de tomar esas decisiones por defecto o "sustitutos". Estos sustitutos, principalmente familiares, pueden tomar la mayor parte de las decisiones de atención de salud.

El orden de personas autorizadas a tomar decisiones de atención de salud es el siguiente:

1. Tutor.
2. Poder notarial (médico) para la atención de salud.
3. Sustituto.
4. El cónyuge del paciente, a menos que estén legalmente separados.
5. Un hijo adulto del paciente, o el mayor de los hijos adultos.

6. El padre o la madre del paciente.
7. La pareja de hecho del paciente si el paciente no está casado.
8. Un hermano o una hermana del paciente.
9. Un amigo cercano del paciente.
10. Si no se puede localizar a ninguno de los anteriores, el médico tratante, luego de consultar a un comité de ética. Si este último no está disponible, el médico puede tomar esas decisiones luego de consultar a un segundo médico.

12. ¿Un sustituto que puede tomar decisiones es lo mismo que un agente representante con un poder notarial (médico) para la atención de salud?

En Arizona, si usted no designa un agente representante con un poder notarial (médico) para la atención de salud, un sustituto puede tomar la mayoría de las decisiones médicas por usted. Sin embargo, un sustituto que puede tomar decisiones no puede decidir interrumpir la alimentación artificial si ya se ha iniciado. Legalmente, solo la persona, un agente representante con un poder notarial (médico) para la atención de salud o un tutor pueden dar su autorización para detener la alimentación artificial. Un sustituto puede tomar la decisión de continuar o detener cualquier otro tratamiento.

13. ¿Qué son las instrucciones prehospitalarias (algunas veces llamadas “Formulario naranja”)?

El personal de servicio médico de emergencia (o quienes responden a llamadas de emergencia al **911**) deben generalmente resucitar y estabilizar a pacientes hasta que llegan de manera segura a un hospital. Si es necesario, usted podría recibir reanimación cardiopulmonar (CPR), el tratamiento para intentar reiniciar la respiración o el ritmo cardíaco de una persona. La CPR puede realizarse haciendo compresiones en el pecho, colocando un tubo por la garganta o aplicando una descarga eléctrica sobre el corazón en un intento por reiniciarlo. Si no desea que le realicen CPR si su corazón se detiene o si deja de respirar, debe completar un formulario de instrucciones anticipadas llamado “Instrucciones prehospitalarias”.

14. ¿Qué tienen de especial las instrucciones prehospitalarias (Formulario naranja)?

Este documento debe imprimirse en papel naranja brillante y establece que usted no desea que le hagan CPR para reiniciar el corazón o la respiración. Las instrucciones prehospitalarias deben estar firmadas por usted y también por un médico u otro proveedor de atención de salud.

15. Si ya completé las instrucciones prehospitalarias, ¿necesito tener otras instrucciones anticipadas?

Sí. Las instrucciones prehospitalarias tienen una función limitada y solo tienen vigencia fuera de una institución de atención de salud (en casa y en la comunidad). No tienen efecto en un hospital o en otro centro de atención de salud.

16. ¿Necesito un abogado para establecer instrucciones anticipadas?

No. No necesita un abogado para establecer instrucciones anticipadas.

17. ¿Tengo que utilizar un formulario especial?

No tiene que utilizar un formulario especial. Hay un formulario de muestra en el sitio web de la Arizona State Secretary, pero usted puede usar cualquier formulario, siempre y cuando cumpla con la ley y tenga los testigos que corresponden.

18. ¿Un poder notarial (médico) para la atención de salud o unas instrucciones anticipadas deben estar firmados por un notario?

En Arizona, estos documentos deben estar notarizados o contar con testigos. El testigo debe saber que usted firma libremente y que tenía la capacidad para comprender lo que estaba haciendo. El testigo podría no ser la persona que usted ha nombrado como su agente; alguien relacionado con usted por adopción, sangre o casamiento; alguien que se beneficiaría con su estado o su proveedor de atención de salud. En algunos estados es necesario que este documento esté notarizado. Si planea viajar fuera de Arizona, debe notarizar estos documentos cuando los firme.

19. ¿Las instrucciones anticipadas escritas en otros estados son válidas en Arizona?

Sí, si cumplen con la ley del estado en donde se prepararon y con la ley en Arizona. Los requisitos de testigos podrían variar de un estado a otro.

20. ¿Quién debería recibir una copia de mis instrucciones anticipadas y de mi poder notarial (médico) para la atención de salud?

Usted o su agente deben mantener los documentos originales en casa (no en una caja de seguridad). Entregue copias a sus médicos, familiares y a cualquier otra persona que usted quiera que conozca sus deseos. Entregue una copia a otro personal de atención de salud en la sala de emergencias, clínica para pacientes ambulatorios u hospital.

21. ¿Qué ocurre si cambio de idea o deseo cambiar mis instrucciones?

Puede cancelar o cambiar sus instrucciones anticipadas si informa a su agente o proveedor de atención de salud por escrito sobre su decisión de hacerlo. Lo mejor es destruir las copias viejas y crear nuevas. Asegúrese de entregar una copia de las nuevas instrucciones al médico y a cualquier otra persona que haya tenido la copia anterior. Las instrucciones más recientes son las legalmente vinculantes.

22. ¿Qué ocurre si no tengo tiempo de cambiar mis instrucciones por escrito?

Si no tiene tiempo de indicar sus cambios por escrito, puede informarlos oralmente. Indique a su proveedor y familiares o amigos presentes exactamente lo que usted desea que ocurra. Los deseos que se hacen en persona se cumplirán en lugar de los anteriores expresados por escrito. Asegúrese de que todos comprendan claramente sus instrucciones.

23. ¿Qué es un poder notarial para la atención de salud mental?

Un poder notarial para la atención de salud mental es un documento que le permite elegir a alguien para que tome decisiones relacionadas con su salud mental por usted si no puede tomar las decisiones por sí mismo.

24. ¿Qué tiene de especial un poder notarial para la atención de salud mental?

Solamente un agente con un poder notarial para la atención de salud mental o un tutor designado por un tribunal pueden autorizar su admisión a un centro de atención de salud mental para el tratamiento de una enfermedad mental (incluida demencia con problemas del comportamiento) sin su consentimiento.

Los miembros tienen el derecho de presentar un reclamo directamente al AHCCCS sobre instrucciones anticipadas. Para presentar un reclamo sobre instrucciones anticipadas, comuníquese con el AHCCCS:

AHCCCS Member Services**801 E Jefferson St****Phoenix, AZ 85034****602-417-7000 (Fuera del condado de Maricopa: 1-800-654-8713)****Correo electrónico: MemberServices@azahcccs.gov**

Recursos de defensoría

Existen grupos y organizaciones que actuarán como sus defensores. La defensoría incluye servicios directos a personas o familias, además de actividades que promueven la salud y el acceso a atención de salud en las comunidades.

Un defensor es toda persona que apoya o promueve los derechos del paciente.

A continuación, figuran ejemplos de organizaciones de defensoría de la salud:

- **Aging and Disability Resource Centers (ADRC)**

Los Aging and Disability Resource Centers (ADRC) son los principales puntos de acceso para los servicios y apoyo a largo plazo para adultos mayores y personas con discapacidades, incluidas la atención de salud en el hogar y la tecnología de asistencia. Visite www.azlinks.gov o <https://azdaars.getcare.com/consumer> para obtener más información.

- **Area Agency on Aging**

La Area Agency on Aging (Maricopa) ofrece una amplia variedad de programas y servicios para mejorar la calidad de vida para los residentes de Arizona. Defienden, planifican, coordinan, desarrollan y ofrecen servicios para adultos de más de 60 años, adultos de más de 18 años con VIH/SIDA, adultos de más de 18 años con discapacidades y necesidades de atención a largo plazo y cuidadores de familia. Consulte la Lista de recursos en la comunidad para acceder al sitio web e información telefónica en su condado de residencia.

- **Arizona Center for Disability Law (ACDL)**

El ACDL es la agencia de protección y defensoría (P&A) para personas con discapacidades en el estado de Arizona. Es un estudio de abogados de interés público sin fines de lucro que se dedica a proteger a las personas con una amplia variedad de discapacidades. Se puede comunicar con el ACDL llamando al **1-800-927-2260** o en **www.azdisabilitylaw.org**

- **Arizona Coalition To End Sexual And Domestic Violence**

La Arizona Coalition To End Sexual And Domestic Violence se formó en 1980 para que ciudadanos y profesionales interesados pudieran unirse en una organización estatal con el objetivo de eliminar la violencia doméstica. En 2013, se convirtió en una coalición doble designada a abordar tanto la violencia sexual como la doméstica y pasó a llamarse Coalición de Arizona para acabar con la Violencia Doméstica y Sexual. La línea de ayuda está disponible de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m., llamando al **602-279-2980** o en **www.acesdv.org**.

- **Mental Health America of Arizona**

Mental Health America of Arizona promueve la salud mental y el bienestar de todos los habitantes de Arizona a través de la educación, la defensoría y la formación de políticas públicas. Se puede comunicar con Salud Mental de Estados Unidos de Arizona llamando al **602-214-9507** o en **www.mhaarizona.org**.

- **National Alliance on Mental Illness (NAMI)**

La National Alliance on Mental Illness (NAMI) es la mayor organización comunitaria de salud mental del país, dedicada a mejorar la vida de millones de estadounidenses que tienen enfermedades mentales. Se puede comunicar con la NAMI al **1-800-950-6264** o en **www.nami.org**.

- **National Domestic Violence Hotline**

La línea National Domestic Violence Hotline puede ayudar a las víctimas sobrevivientes de violencia doméstica. Se puede comunicar con la línea National Domestic Violence Hotline llamando al **1-800-799-7233** o en **www.thehotline.org**.

- **Office of Human Rights**

La Office of Human Rights (OHR) sirve principalmente a las personas con una determinación de enfermedad mental grave (SMI) y una designación de ayuda especial en el sistema público de salud del comportamiento para ayudarlos a comprender, proteger y ejercer sus derechos, facilitar la autodefensa a través de la educación y obtener acceso a servicios de salud del comportamiento. La OHR presta servicios en todo el estado a través de tres oficinas:

- Phoenix (presta servicios a los condados de Gila y Maricopa, la comunidad indígena de Gila River, así como al Hospital Estatal de Arizona): **602-364-4585**
o **1-800-421-2124**.

- Flagstaff (presta servicios a los condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai, a la tribu Apache White Mountain y a la Nación Navajo): **1-928-214-8231** o **1-877-744-2250**.
- Tucson (condados de Pima, Cochise, Graham, Greenlee, Santa Cruz, La Paz y Yuma, y a la tribu Pascua Yaqui): **1-520-770-3100** o **1-877-524-6882**.

Nota: Los miembros de tribus pueden comunicarse con la localidad de la Office of Human Rights que ofrezca servicios al condado en donde viven (condado de residencia).

Información sobre ayuda especial para miembros con designación de SMI

La ayuda especial es una designación clínica única que proporciona apoyo a los miembros con una designación de SMI. Los miembros que califican deben tener una incapacidad para comunicarse o participar durante la planificación del tratamiento y tener una condición mental o física que califique. Cuando un equipo clínico del hogar de salud u otro evaluador calificado determina que un miembro cumple los criterios de ayuda especial, lo notifican a la Office of Human Rights. La Office of Human Rights asignará a una persona para satisfacer las necesidades de ayuda especial que defienda al miembro durante la planificación del tratamiento. Care1st trabaja en colaboración 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. Puede llamar a la Office of Human Rights al **1-800-421-2124** o visitar **www.azahcccs.gov/AHCCCS/healthcareadvocacy/ohr.html**.



Notificación de Prácticas de Privacidad

En esta notificación, se describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. *Léala atentamente.*

En vigor a partir del 07.01.2017 (revisado el 07.15.2022)

For help to translate or understand this, please call **1-866-560-4042** (TTY/TDD **711**).

Para obtener ayuda con la traducción o la comprensión de este contenido, llame al **1-866-560-4042** (TTY/TDD **711**).

Contamos con servicios de interpretación disponibles para usted sin costo alguno.

Obligaciones de las Entidades Cubiertas:

Care1st Health Plan Arizona, Inc. (Care1st) es una Entidad Cubierta según se define y regula en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Care1st 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.

Esta Notificación 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.

Care1st se reserva el derecho de cambiar 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. Care1st revisará y distribuirá esta Notificación con prontitud siempre que se produzca un cambio importante en lo siguiente:

- Los Usos o Divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en la notificación

Las Notificaciones revisadas estarán disponibles en el sitio web de Care1st que se encuentra a continuación.

care1staz.com

CAD_94875S Internal Approved 07202022

© 2022 Care1st Health Plan Arizona, Inc. Todos los derechos reservados.

AZ2CADINS97707S_1022

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 usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago** – Podemos usar y divulgar su PHI para hacer 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 Reglas de Privacidad federales para sus propósitos de pago. Las actividades de pago pueden incluir lo siguiente:
 - Procesar reclamaciones
 - Determinar la elegibilidad o cobertura de reclamaciones
 - Emitir facturas de primas
 - Revisar los servicios para determinar las necesidades médicas
 - Realizar una revisión de utilización de las reclamaciones
- **Operaciones de Atención Médica** – Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
 - Proporcionar servicios a los clientes
 - Responder a quejas y apelaciones
 - Brindar administración de casos y coordinación de la atención médica
 - Realizar una revisión médica de las reclamaciones y otras evaluaciones de calidad
 - Actividades de mejora

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 y coordinación de la atención médica
 - Detección o prevención de fraude y abuso en la atención médica
- **Divulgaciones del Patrocinador del Plan/Plan de Salud Grupal** – Podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, 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 para ayudar a financiar sus actividades. Si nos ponemos en contacto 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 para recordarle una cita de tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, 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 fin 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 procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
 - Una orden de un tribunal
 - Tribunal administrativo
 - Una citación
 - Órdenes de comparecencia
 - Orden judicial
 - Solicitud de presentación de pruebas
 - Solicitud legal similar
- **Aplicación de la Ley** – Podemos divulgar su PHI relevante para la aplicación de la ley cuando se nos exija hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:
 - Una orden judicial
 - Una orden de detención del tribunal
 - Una citación
 - Órdenes de comparecencia emitidas por un funcionario judicial
 - Una citación del gran jurado

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

- **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 personas que trabajan en adquisiciones, actividades bancarias o trasplantes de:
 - Órganos cadavéricos
 - Ojos
 - Tejidos

- **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 Especializadas** – Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI:
 - A funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional
 - A actividades de inteligencia
 - Al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica
 - Para los servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas
- **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 sobre quién recae la responsabilidad.
- **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 para determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si la divulgación es lo más conveniente para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su cuidado.
- **Reclusos** – Si usted es un recluso de una institución correccional o 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 bien 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.

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 revocar una autorización** – Usted puede revocar su autorización en cualquier momento. La revocación de su autorización debe ser por escrito. La revocación entrará en vigor de forma inmediata, excepto en la medida en que ya hayamos actuado en función de la autorización y antes de recibir su revocación por escrito.
- **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. Su solicitud debe indicar las restricciones que usted solicita y a quién se aplican las restricciones. 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 de atención médica a un plan de salud cuando usted 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 usted desea. 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** – Usted tiene el derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI contenidas en un conjunto de registros designado. Usted 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 proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si las razones de la denegación pueden revisarse y cómo solicitar tal revisión o si la denegación no puede revisarse.
- **Derecho a Modificar su PHI** – Usted tiene el derecho de solicitar que realicemos modificaciones o cambios de 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. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted 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** – Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos dentro del período de los últimos 6 años en los que nosotros o nuestros asociados 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 una Queja** – Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se proporciona al final de esta Notificación.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al **1-800-368-1019**, (TTY **1-800-537-7697**) o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints**.

NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA EN CONTRA DE USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

- **Derecho a Recibir una Copia de esta Notificación** – Usted 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 este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa del Aviso.

Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede ponerse en contacto con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se indica a continuación.

Care1st Health Plan Arizona
Attn: Privacy Official
1850 W Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281
1-866-560-4042 (TTY/TDD **711**)

Definiciones y terminología de la atención administrada

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

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

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

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

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 no cubre el AHCCCS. Algunos ejemplos son servicios que:

- exceden un límite,
- son experimentales,
- no son médicamente necesarios.

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

Dispositivos y servicios de habilitación: Consulte “HABILITACIÓN”.

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

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

Atención de salud en el hogar: Consulte “SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR”.

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

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

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

Hospitalización: Admisión o estancia en un hospital.

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

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

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

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

Proveedor participante: Consulte “PROVEEDOR DE LA RED”.

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

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

Plan: Consulte “PLAN DE SERVICIOS”.

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

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

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

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

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

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

- una persona con licencia, como un médico osteopático o alopático;
- un profesional definido como un asistente médico licenciado;
- un enfermero especializado 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: Consulte “REHABILITACIÓN”.

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

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

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

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

Definiciones del servicio de atención por maternidad

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

Centros de parto independientes: Instalaciones para obstetricia externas al hospital y ambulatorias, con licencia del Arizona Department of Health Services (ADHS) y con certificación de la Commission for the Accreditation of Free Standing Birthing Centers. Estas instalaciones disponen de personal de enfermería registrado y proveedores de atención de maternidad para asistir con servicios para el trabajo de parto y el parto, y están equipadas para manejar trabajos de parto y partos de bajo riesgo y sin complicaciones. En caso de presentarse dificultades, estas instalaciones se afiliarán a un hospital de atención aguda que se encuentre cerca de ellas.

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

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

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

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

Proveedor de atención por maternidad: Los siguientes son los tipos de proveedores que podrían prestar atención por maternidad cuando esté dentro del alcance de su formación y ejercicio:

1. Médicos alópatas u osteópatas licenciados en Arizona que sean obstetras o proveedores de medicina general/familiar.
 2. Asistentes médicos.
 3. Especialistas en enfermería clínica.
 4. Personal de enfermería partero certificado.
 5. Parteros licenciados.
-

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

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

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

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

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

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



Discrimination is Against the Law

Care1st Health Plan Arizona (Care1st) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Care1st does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Care1st:

- 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 and information written in other languages

If you need these services, contact Member Services at:

Care1st: **1-866-560-4042** (TTY/TDD **711**), Monday — Friday, 8 a.m. to 5 p.m.

If you believe that Care1st failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the plan. You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination.

Submit your grievance to:

Care1st Health Plan

Attn: Grievance Coordinator

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

Email via: <https://care1staz.com/az/aboutus/contact.asp>

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

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



La Discriminación es un Delito

Care1st Health Plan Arizona (Care1st) cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, origen, edad, discapacidad o sexo. Care1st no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, origen, edad, discapacidad o sexo.

Care1st:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: intérpretes calificados de lengua de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

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

Care1st: **1-866-560-4042** (TTY/TDD **711**), de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Si considera que Care1st no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el plan. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Su queja se debe realizar por escrito y se debe enviar en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja toma conocimiento de lo que se considera como discriminación.

Envíe su queja a la siguiente dirección:

Care1st Health Plan

Attn: Grievance Coordinator

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

Correo electrónico: <https://care1staz.com/az/aboutus/contact.asp>

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

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







Servicios al Miembro:
1-866-560-4042 (TTY/TDD: 711)



care1staz.com



Care1st Health Plan Arizona
1850 West Rio Salado Parkway • Suite 211
Tempe, Arizona 85281