



Manual del Afiliado

Del 1 de octubre de 2023 al 30 de septiembre de 2024

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

Servicios para Miembros: 1-866-560-4042 • TTY/TDD: 711

[care1staz.com](https://www.care1staz.com)



MANUAL DEL AFILIADO

CARE1ST HEALTH PLAN ARIZONA, INC.

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

Servicios para Miembros:

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

Sitio web:
care1staz.com

Hay una copia disponible de este manual del afiliado sin costo alguno si llama a Servicios para Miembros. También puede encontrarla en **care1staz.com**.

Revisado el 1 de octubre de 2023

Los servicios cubiertos están financiados bajo contrato con AHCCCS.



Tabla de Contenidos

Le damos la bienvenida a Care1st	5
Información de Contacto del Departamento de Care1st	5
Servicios para Miembros.....	5
Administración de Cuidado.....	6
Salud Materno Infantil.....	6
Línea de Asesoramiento de Enfermería.....	6
Programa para el Mejoramiento de la Calidad	7
Pautas de Práctica Clínica.....	7
Atención de Urgencia	7
Servicios de Crisis de Salud Conductual	8
Cómo Acceder a Servicios de Emergencia Mientras se Encuentra Fuera del Área de Servicios	8
Acceso al Tratamiento por Uso de Sustancias	10
Garantía de Atención Competente desde el Punto de Vista Cultural (en su idioma)	10
Personas con Discapacidad Auditiva	11
Servicios de Traducción	11
Qué Debe Saber antes de Visitar a un Proveedor que no Pertenece a la Red de Care1st	12
Dónde Atendemos y Cómo Utilizar Nuestros Servicios	12
Su Tarjeta de Identificación (ID)	13
Obligaciones de los Miembros	13
Cambios en el Tamaño de la Familia o en Caso de Mudanza	15
Período de Inscripción Anual: AHCCCS Complete Care (ACC) Únicamente	16
Cambios de Plan de Salud	16
Voz y Toma de Decisiones en Familia	17
Transición del Cuidado	17
Atención de Emergencia	17
Transporte de Emergencia	19
Servicios de Transporte para casos que no son de Emergencia	19
Hospitalización.....	20
Servicios Cubiertos	20
Servicios Médicos Adicionales Cubiertos para Jóvenes Menores de 21 años Inscritos en Medicaid... ..	23
Community Connections Está Aquí para Usted	24
Servicios Sin Cobertura y Beneficios de Servicios Excluidos/Limitados	24
Acceso a los Servicios que No Corresponden al Título 19/21.....	28
Servicios de Vivienda	29
Servicios de Empleo	32
¿Sabía que...?	32
Servicios de Empleo de AHCCCS	32
Cómo Conectarse con los Servicios de Empleo.....	32



Otros Recursos de Empleo.....	33
Vocational Rehabilitation (VR)	33
ARIZONA@WORK.....	33
Educación y Planificación de Beneficios	33
Planificación de Atención Avanzada/Atención para el Final de la Vida	34
Servicios de Especialistas y Derivaciones	35
Miembros Indígenas Estadunidenses	35
Servicios para Miembros	35
Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)	36
Cómo Elegir a un PCP	36
Cómo Cambiar su PCP	37
Cómo Concertar una Cita	37
Para Cancelar o Cambiar una Cita	37
Estándares de Disponibilidad de la Cita	38
Espera en el Consultorio del Proveedor	39
Consultas de Bienestar.....	39
Atención Preventiva de Bienestar de la Mujer	39
Servicios para Niños (EPSDT)	41
Cuidado Preventivo y de Bienestar	43
Atención Prenatal	43
Pruebas de HIV.....	44
Planificación Familiar	45
Terminaciones de Embarazos Médicamente Necesarias	46
Servicios para Adultos	46
Atención de la Vista	47
Servicios Dentales	48
Cómo Concertar, Cambiar o Cancelar una Cita Odontológica	49
Servicios de Farmacia	49
Servicios de Salud Conductual	53
Los 12 Principios para la Prestación de Servicios a Niños:.....	56
Nueve Principios Guía para Sistemas y Servicios de Salud Conductual Orientada a la Recuperación de Adultos.....	58
Clínicas Interdisciplinarias de Especialidades Múltiples (MSICS) y Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS).....	60
Consejo de Defensoría del Miembro	62
Solicitudes de Autorización Previa para Servicios y Medicamentos	63
Libertad de Elección de Proveedores	64
Copagos	64
Personas con Copagos Optativos (no obligatorios)	65
Personas con Copagos Requeridos (Obligatorios).....	66
Límite del 5% en Todos los Copagos.....	67



Si Recibe una Factura	67
Si Posee Algún Otro Seguro	68
Personas con Doble Elegibilidad: Miembros con Medicare	68
Plazos de Solicitud de Autorización de Servicios y Medicamentos	69
Reclamos: Cómo Presentar un Reclamo Si No Estoy Satisfecho	70
Quejas Formales (Reclamos para Miembros de AHCCCS del Título 19/21)	71
Apelaciones y Pedidos de Audiencia para Miembros de AHCCCS del Título 19/21	72
¿Un Encargado de Decidir sobre la Atención Médica Puede Presentar Inquietudes en Mi Nombre?..	73
¿Cómo Presentar un Reclamo con respecto a los Servicios para Crisis?.....	74
Quejas Formales (Reclamos) para Miembros con SMI	74
Apelaciones y Pedidos de Audiencias para Miembros con SMI	76
Quejas Formales (Reclamos) para Miembros sin SMI del Título 19/21	79
Apelaciones y Pedidos de Audiencias para Miembros sin SMI sin Título 19/21.....	79
Cancelación: Cambio del Plan de Servicios de Salud Física para Miembros con SMI.....	81
Derechos de los Miembros	82
Fraude, Dispensio y Abusos	85
Servicios para Dejar de Fumar	86
Lista de Recursos en la Comunidad	87
Alzheimer’s Association	87
American Academy of Pediatrics (AAP).....	87
American Diabetes Association	87
American Lung Association.....	87
Area Agency on Aging	88
ARIZONA@WORK	88
Arizona Center for Disability Law (ACDL)	88
Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence (ACESDV)	88
Arizona Department of Economic Security Aging and Disability Resource Center	88
Arizona Department of Health Services (ADHS).....	89
Arizona Disability Benefits 101	89
ADHS Office for Children and Youth with Special Needs (OCSHCN)	89
ADHS Pregnancy and Breastfeeding Hotline.....	89
Arizona Early Intervention Program (AZEIP).....	90
Affirm	90
Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS).....	90
Arizona Immunization Program.....	90
Arizona Smokers’ Helpline (ASHLine).....	90
Arizona Suicide Prevention Coalition.....	91
Arizona Department of Economic Security (DES), Nutrition, Cash, and Medical Assistance Benefits	91
Arizona Youth Partnership Starting Out Right Program.....	91
AZ Links.....	91
Childhelp National Child Abuse Hotline	91



Community Information and Referral..... 92

Dental — Reduced Fee and Community Dental Clinics in Arizona 92

Dump the Drugs AZ 92

Federal Health Insurance Marketplace..... 92

Fussy Baby / Birth To Five Helpline..... 93

Arizona Head Start/Early Headstart..... 93

Vaccines for Children (VCF) 93

The Arizona Immunization Program 93

Health-e-Arizona Plus..... 93

Mentally Ill Kids in Distress (MIKID) 94

National Alliance on Mental Illness (NAMI) Arizona 94

National Suicide Prevention Lifeline 94

Opioid Assistance & Referral 94

Poison Control 94

Postpartum Support International 95

Power Me A2Z..... 95

Raising Special Kids 95

Sliding Fee Schedule Clinics (no cost or low cost)..... 95

St. Vincent de Paul Dental Clinics (Maricopa County) 95

Strong Families AZ 96

Teen Life Line 96

Tobacco Free Arizona..... 96

Vocational Rehabilitation 96

Women, Infants, and Children (WIC) Arizona 96

Proveedores de Atención Médica de Tarifa Variable/Bajo Costo 97

Norma de Interoperabilidad y Acceso de Pacientes: Nuevas Formas de Gestionar sus Registros de Salud Digitales 97

Instrucciones Avanzadas: Decisiones sobre su Atención de la Salud 98

Recursos de Defensoría 102

Información de Asistencia Especial para Miembros con SMI 103

Notificación de Prácticas de Privacidad 104

 Obligaciones de las Entidades Cubiertas 104

 Usos y Divulgaciones Permitidas de su PHI 105

 Otras Divulgaciones Permitidas o Requeridas de su PHI..... 105

 Usos y Divulgaciones de su PHI que Requieren su Autorización por Escrito 107

 Derechos Individuales 108

 Información de contacto 109

Definiciones y Terminología de la Atención Administrada 110

Definiciones del Servicio de Atención Maternal 114

La Discriminación es un Delito..... 117



Le damos la bienvenida a Care1st

Gracias por elegir Care1st Health Plan Arizona (Care1st). Nos complace brindarles a usted y a su familia los servicios de atención de la salud que se merecen. Este Manual del Afiliado le ayuda a saber cómo trabajar con Care1st. Lea este manual. Lo ayudará a aprovechar al máximo su plan de atención de la salud.

Agregamos nuevos proveedores a nuestra red constantemente. Visite findaprovider.care1staz.com para consultar el Directorio de Proveedores más actualizado. El Directorio de Proveedores contiene la siguiente información sobre los proveedores de nuestra red:

- Nombres.
- Direcciones.
- Números de teléfono.
- Si aceptan nuevos pacientes.
- Cualificaciones profesionales.
- Idioma(s).
- Sexo.
- Especialidades.
- Estado de la certificación de la junta directiva.

Para obtener una copia del Directorio de Proveedores o un Manual del Afiliado nuevo, comuníquese con Servicios para Miembros. Puede comunicarse con nosotros al teléfono que aparece en la parte inferior de esta página. Puede obtener ambos sin costo alguno para usted.

En el paquete de bienvenida que recibió cuando se inscribió, había una carta que indica el Proveedor de Cuidado Primario (PCP) que elegimos para usted. Si desea elegir un PCP diferente, llame a Servicios para Miembros a los números que se indican a continuación o puede escribirnos a la dirección que aparece en el interior de la portada.

Este Manual del Afiliado es solo un resumen de los servicios que presta Care1st. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre este manual.

Información de Contacto del Departamento de Care1st

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros, también conocido como Servicio al Cliente, le ayuda con sus preguntas o dudas. Servicios para Miembros le puede ayudar a elegir o cambiar su PCP y encontrar otros proveedores. Pueden ayudarlo a encontrar una farmacia cerca de usted o a concertar una cita médica.

El equipo de Servicios para Miembros atiende de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. El número de teléfono de Servicios para Miembros es **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Puede encontrar este número en la parte inferior de cada página de este manual. Puede utilizar este número para llamar a Servicios para Miembros, quienes pueden transferirlo a cualquier departamento que proporcione servicios directamente a los miembros, como Administración de Medicamentos y Farmacia. Si tiene un problema urgente y no puede esperar hasta el horario de atención, llame a Servicios para Miembros. Nuestro servicio fuera del horario de atención lo ayudará.



Administración de Cuidado

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

Puede calificar para servicios de Administración de Cuidado si:

- Necesita ayuda con su atención y/o con los servicios médicos o conductuales que usa.
- Tiene una condición médica o una enfermedad de salud conductual grave o a largo plazo. Puede ser algo como asma, diabetes, virus de inmunodeficiencia humana (HIV)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), depresión, abuso de sustancias o embarazo de alto riesgo.

Mientras forme parte del programa, trabajará con un Administrador de Cuidado quien hará lo siguiente:

- Le hará preguntas para obtener más información sobre su afección o necesidad.
- Identificará a su sistema de apoyo (familia, tutor y/o cuidador) y cuánto usted quiere que participen en su atención.
- Les enseñará a usted y a su sistema de apoyo sobre su afección de salud y los medicamentos.
- Hablará con usted y con su sistema de apoyo sobre sus beneficios y servicio necesario.
- Trabjará con su PCP, especialista o proveedor de atención conductual para obtener los servicios que usted necesita.
- Brindará información para ayudarlos a usted y a su sistema de apoyo a entender cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios, incluidos los recursos locales.

Para obtener más información sobre este programa sin costo o para recibir ayuda relacionada con la Administración de Cuidado, el Control del comportamiento o de medicamentos, llame al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Salud Materno Infantil

Si está embarazada, un **Coordinador de Salud Materno Infantil (MCH)** puede ayudarla con las preguntas o problemas que tenga con respecto a su embarazo. Si necesita ayuda para buscar un proveedor que la atienda durante el embarazo y el parto, llame al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) y solicite hablar con un MCH.

Línea de Asesoramiento de Enfermería

Si llama a Care1st, puede hablar con un enfermero que puede darle asesoramiento si no se está sintiendo bien. Nuestros enfermeros están disponibles para ayudarlo las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. El enfermero le indicará si debe hacer lo siguiente:

- Llamar a su PCP.
- Ir a una clínica de atención de urgencia.
- Acudir a la sala de emergencias.



El enfermero, además, puede decirle cómo cuidarse en casa cuando no se sienta bien y si cree que no necesita ver a su PCP.

Para comunicarse con un enfermero, llame al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). A continuación, seleccione la **Línea de Asesoramiento de Enfermería**. También puede llamar directamente a la Línea de Asesoramiento de Enfermería.

<p>Miembros de AHCCCS Complete Care (ACC) (Aguda, Salud Mental General y/o Consumo de sustancias, Niños)</p>	<p>Miembros de Regional Behavioral Health Authority (RBHA) (Miembros con una Enfermedad Mental Grave: Designación de SMI)</p>
<p>1-877-236-0375</p>	<p>1-877-236-0375</p>

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

Programa para el Mejoramiento de la Calidad

Care1st tiene un Programa para el Mejoramiento de la Calidad integral para garantizar que usted reciba atención y servicios de calidad. Siempre nos complace compartirle información. Para obtener más información sobre el Programa para el Mejoramiento de la Calidad, llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) o visite care1staz.com.

Pautas de Práctica Clínica

Care1st Health Plan sigue pautas de práctica clínica para ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud adecuado para afecciones específicas de salud clínica y conductual. Care1st Health Plan adopta pautas de prácticas que consideran las necesidades de los miembros, que puede incluir pautas relacionadas con cualquier afección aguda o crónica aplicable, problemas relacionados con la salud conductual y pautas preventivas o no preventivas. Para obtener una copia de las Pautas de Práctica Clínica, llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) para obtener más información. O visite care1staz.com/providers/resources/practice-guidelines1.html.

Atención de Urgencia

La atención de urgencia es necesaria cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro del periodo de 24 a 72 horas, pero no es potencialmente mortal. Si no puede esperar a consultarlo con su PCP, puede acudir a una clínica de atención de urgencia. La atención de urgencia no constituye atención de emergencia.

Si tiene un problema de salud repentino que no es una emergencia, primero llame a su PCP. Su PCP le dirá qué hacer. Si el consultorio de su PCP está cerrado, es posible que lo atienda un servicio de respuesta. Escuche con cuidado. Le pueden pedir que deje un mensaje para que alguien lo llame.



Si no se puede comunicar con su PCP, puede ser atendido en una clínica de atención de urgencia. No necesita una cita para ser atendido en una clínica de atención de urgencia. Sin embargo, debe acudir a una clínica de atención de urgencia que forme parte de la red de Care1st. Para acceder a una lista de las clínicas de atención de urgencia cerca suyo, visite care1staz.com.

Servicios de Crisis de Salud Conductual

Las personas se comunican con una línea directa para momentos de crisis cuando tienen todo tipo de problemas de salud conductual, incluidos:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Pensamientos suicidas.
- Trastorno bipolar.
- Trastornos de estrés postraumático (PTSD).
- Trastornos de alimentación.

Si está teniendo un problema de salud conductual, una crisis de salud mental y/o pensamientos suicidas, no está solo. Muchas personas tienen luchas similares. Hay recursos que lo pueden ayudar. Durante una crisis, usted puede sentir que las cosas no van a cambiar nunca. Comunicarse con una línea de crisis de salud conductual es un buen modo de comenzar a obtener ayuda.

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

- Servicios telefónicos de intervención en una crisis, incluido un número gratuito, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Servicios Móviles de Intervención en una Crisis, disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Servicios de observación/estabilización de una crisis durante 23 horas, incluidos los servicios de desintoxicación y, según lo permita el financiamiento, hasta 72 horas de estabilización adicional de una crisis.
- Servicios de crisis relacionados con el abuso de sustancias, incluidos los servicios de seguimiento para la estabilización.

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

Es posible que necesite servicios de emergencia mientras está lejos de su casa o fuera del área de servicios de Care1st. Esto se denomina “atención fuera del área”. Tiene derecho a usar cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia. Si necesita atención de emergencia fuera del área:

- Acuda a un hospital o centro de crisis y pida ayuda.
- Solicite al hospital o centro de crisis que llame al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).
- En caso de emergencias potencialmente mortales, siempre llame al **911**.



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

Puede optar por cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia. Sin embargo, existen ciertos entornos de emergencia dentro de la red de Care1st que pueden ser más fáciles de acceder. Se incluye a las clínicas de atención de urgencia, nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería o los servicios de Telemedicina.

Las líneas para crisis están disponibles las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año. Son atendidas en vivo por personal capacitado. Los servicios para crisis también incluyen respuesta móvil a crisis las 24 horas, los 7 días de la semana, servicios de observación y estabilización de crisis durante 23 horas (incluida la desintoxicación), entre otros. Están disponibles para todas las personas independientemente de si disponen de AHCCCS. Si se necesita transporte para llegar a un centro de crisis, Care1st puede ayudarlo. **Pero si teme que usted o alguien que conoce se lastime a sí mismo o a otros, llame al 911 de inmediato.**

Información sobre la Línea para Crisis de Salud Conductual

- **Línea para Crisis disponible las 24 horas en todo el estado:**
 - Llame al: **1-844-534-HOPE (4673)** (TTY/TDD: **711**)
 - Envíe un mensaje de texto al: **4HOPE (44673)**
 - Chat: **crisis.solari-inc.org/start-a-chat**
- **Especialmente para Adolescentes:**
 - Línea Teen Life (llamadas o mensajes de texto): **1-602-248-TEEN (8336)**
- **Especialmente para Veteranos:**
 - Línea Veterans Crisis: llame al **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, **1-928-527-1899**
 - **West Yavapai Guidance Center:** 3343 N Windsong Dr, Prescott Valley, AZ 86314, **1-928-445-5211**
 - **Changepoint Integrated Care:** 2500 E Show Low Lake Rd, Show Low, AZ 85901, **1-928-537-2951**
 - **Mohave Mental Health Clinic:** 3505 Western Ave, Suite A, Kingman, AZ 86409, **1-928-757-8111**
 - **Southwest Behavioral Health:** 1633 S Plaza Way, Flagstaff, AZ 86001, **1-877-756-4090**

Línea National Suicide & Crisis Lifeline:

- Llame o envíe un mensaje de texto al: **988**
- Chat: **988lifeline.org/talk-to-someone-now**

Para comunicarse con un enfermero, llame al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). A continuación, seleccione la Línea de Asesoramiento de Enfermería de 24 horas.



Acceso al Tratamiento por Uso de Sustancias

Los miembros de Care1st pueden recibir servicios de tratamiento por uso de sustancias sin costo. Nuestro equipo de Servicios para Miembros de Care1st está aquí para ayudarlo a recibir servicios y/o responder preguntas sobre el uso de sustancias o el tratamiento con opioides. Puede recibir a estos servicios de diversas maneras:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).
- Hable con su PCP.
- Visite **findaprovider.care1staz.com** para obtener una lista de proveedores de salud conductual contratados.
- Use el Localizador de Servicios de Opioides de AHCCCS en **opioidservicelocator.azahcccs.gov**.

Hay financiación disponible para el tratamiento de trastornos por consumo de opioides para ciudadanos no asegurados y subasegurados de Arizona a través de subvenciones estatales y federales. Para recibir más información sobre estos programas, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Care1st tiene subvenciones para ayudar con los trastornos por el consumo de sustancias y de opioides. Estas subvenciones pueden brindar tratamiento y apoyo durante un breve período. Se incluye el programa State Substance Use Disorder Services (SUDS), State Opioid Response (SOR), Substance Abuse Block Grant (SABG) y Coronavirus Response and Relief Supplemental Appropriations Act (CRRSAA) Funding.

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

- Subvenciones para el trastorno por consumo de opioides para personas no aseguradas y subaseguradas.
- Actividades de difusión y prevención.
- Ayuda para que las personas vuelvan a la comunidad después de salir de la cárcel o la prisión.
- Capacitaciones (escuelas, planes de salud y otros lugares).

Obtenga más información sobre el trastorno por consumo de opioides y/o el tratamiento en **azahcccs.gov/Members/BehavioralHealthServices/OpioidUseDisorderAndTreatment/Locating_Treatment.html**

Garantía de Atención Competente desde el Punto de Vista Cultural (en su idioma)

Valoramos a nuestros miembros y entendemos que hay una gran diversidad de orígenes culturales y étnicos. Sabemos que su salud puede verse afectada por motivos relacionados con sus creencias, cultura y valores. Además, queremos que pueda comprender completamente la información que le damos. Las ayudas auxiliares son servicios o dispositivos que ayudan a las personas que necesitan apoyo adicional para comunicarse. Estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted.



Si necesita alguno de los materiales para miembros impresos, puede solicitarlo sin costo. Ofrecemos traducciones en más de 140 idiomas, incluido la lengua de señas estadounidense, y podemos proporcionarle servicios de interpretación para sus consultas de atención de la salud. Nuestro Directorio de Proveedores, 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 Afiliado nuevo, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al final de esta página. Puede obtener ambos sin costo alguno para usted. Los materiales para los miembros pueden encontrarse también en **care1staz.com**.

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

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

Personas con Discapacidad Auditiva

Care1st tiene contratos con **Valley Center of the Deaf (VCD)** para proporcionar intérpretes de la lengua de señas de Estados Unidos que estén autorizados. Para coordinar la prestación del servicio, llame a Servicios para Miembros de Care1st. Si necesita servicios de lengua de señas, llame al menos **siete días hábiles** antes de su cita.

Los servicios de audiología para evaluar la hipoacusia están cubiertos. Esto incluye dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) tanto para equipos que generan voz como para los que no. Para recibir ayuda para encontrar un proveedor, comuníquese con su Administrador de Cuidado o llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Servicios de Traducción

Care1st contrata a **CyraCom International** para proporcionar servicios de interpretación de idiomas en cualquiera de sus citas médicas de Care1st sin costo para usted. Los servicios son coordinados directamente por su proveedor o consultorio a partir de un PIN único que CyraCom les asigna a cada proveedor o consultorio. Pídale a su proveedor o consultorio que llame al **1-800-481-3293** para utilizar este servicio. El servicio al cliente de CyraCom también está disponible para ayudarlo al **1-800-481-3289**.

Llame a Servicios para Miembros en los siguientes casos:

- Si desea obtener información en otro idioma o formato.
- Si necesita un intérprete.
- Si necesita asistencia con las ayudas auxiliares.
- Si le gustaría ver el nivel de lectura de los materiales.



Estos servicios son sin cargo. Puede encontrar proveedores de la red que atiendan a miembros con discapacidades físicas, cuentan con equipos accesibles y ofrecen comunicación competente desde el punto de vista cultural llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) o visitando **care1staz.com**. Care1st cumple con todas las leyes federales y estatales correspondientes.

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

Si el consultorio del proveedor necesita llamar a un miembro por teléfono, puede hacerlo a través del Servicio de Retransmisión de Arizona. Los proveedores pueden marcar **711** para los usuarios de TTY/TDD o visitar **azrelay.org** para ver otras alternativas para los miembros que no usan TTY/TDD. Es un programa estatal y no hay cargos asociados con este servicio.

Qué Debe Saber antes de Visitar a un Proveedor que no Pertenece a la Red de Care1st

Care1st es un plan de atención administrada. Esto significa que necesita acudir a médicos y otros proveedores que formen parte de la red de Care1st. A menos que Care1st lo haya autorizado previamente, usted debe recibir servicios de un proveedor de atención de la salud que tenga contrato con Care1st. Los proveedores que no están contratados deben tener una aprobación de Care1st antes de brindar servicios. Asegúrese de que el proveedor sepa que usted es un miembro de Care1st.

Si no puede encontrar un proveedor contratado por Care1st que pueda satisfacer las necesidades de su tratamiento, llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) para obtener ayuda. Visite **care1staz.com** para consultar nuestro Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros y obtener una copia impresa. Se la enviaremos sin cargo.

Dónde Atendemos y Cómo Utilizar Nuestros Servicios

Care1st es un plan de salud de AHCCCS. AHCCCS, o Arizona Health Care Cost Containment System (agencia de Medicaid de Arizona), y el estado de Arizona le otorgaron a Care1st un contrato en **los condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai** para prestarle servicio a usted y ayudarlo a obtener los servicios de atención de la salud que usted merece. Care1st es un plan de atención administrada. Esto significa que necesita acudir a un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) y otros proveedores que formen parte de la red de Care1st.

Su PCP funciona como el “médico de cabecera” para su atención de salud. Esto significa que su PCP lo ayuda con la mayoría de sus necesidades de salud. Su PCP lo ayuda a obtener atención médica si usted debe:

- Ver a un especialista



- Realizarse una prueba o tratamiento especial, o
- Vaya al hospital

En ocasiones, su PCP necesita pedirle a Care1st que apruebe sus tratamientos o consultas con otro proveedor antes de que reciba los servicios. A menos que Care1st lo haya autorizado previamente, debe recibir servicios de un proveedor de atención de la salud que forme parte de la red. Asegúrese de que el proveedor sepa que usted es un miembro de Care1st. Siempre recuerde llevar su tarjeta de identificación (ID) de miembro a su(s) cita(s)

Su Tarjeta de Identificación (ID)

Care1st le enviará por correo una tarjeta de identificación. Esta tarjeta lo identifica como nuestro miembro. Es importante que lleve su tarjeta de identificación con usted en todo momento. Muéstrela cuando necesite recibir servicios. Si no recibe su tarjeta de identificación por correo, llame a Servicios para Miembros de Care1st al número que aparece al final de esta página.

Su tarjeta de identificación de Care1st les permite a las demás personas saber que usted reúne los requisitos para nuestros servicios. Muestre su tarjeta de identificación de Care1st en las siguientes situaciones:

- Cuando tenga una cita médica.
- Ir al hospital.
- Cuando retire una receta médica.
- Cuando reciba cualquier otro tipo de atención médica y de salud conductual.

Si tiene otro seguro, siempre muestre esa otra tarjeta de seguro cuando reciba servicios.

Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una tarjeta de identificación del estado, AHCCCS obtendrá su foto de la Motor Vehicle Division (MVD). Cuando los proveedores accedan a la pantalla de verificación de elegibilidad de AHCCCS, verán su fotografía (si está disponible) con los detalles de su cobertura.

Debe proteger su tarjeta de identificación. No puede prestarle, venderle o darle su tarjeta de identificación a otra persona. Es un fraude permitir que otra persona use su tarjeta de identificación. Si usted presta o da su tarjeta a alguien más, podría perder su elegibilidad de AHCCCS. Además, podríamos tomar medidas legales en su contra.

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

Obligaciones de los Miembros

Como miembro de Care1st, usted tiene ciertas responsabilidades.

Usted tiene la responsabilidad de:

- 1 Respetar a los proveedores, el personal y otras personas que le prestan servicios.



- 2 Llevar su tarjeta de identificación con usted en todo momento e identificarse como miembro de Care1st antes de recibir cualquier servicio.
- 3 Entender sus problemas de salud y participar en la elaboración de metas de tratamiento acordadas en conjunto, en la medida de lo posible. Informar a su PCP o a otros proveedores de Care1st si no comprende la afección que tiene o su plan de tratamiento.
- 4 Darle a su PCP o a otros proveedores de Care1st información completa sobre su salud y todos los cuidados que reciba. Infórmeles sobre problemas o enfermedades pasadas que ha tenido, si alguna vez ha estado en el hospital, y todos los fármacos y medicamentos que esté tomando. Hágalos saber siempre que vea a otros proveedores, cuando se le receten medicamentos o si tiene que ir a un hospital o una sala de emergencias.
- 5 Informarle a su PCP o a otros proveedores de Care1st sobre cualquier cambio en su salud o afección médica.
- 6 Informarles a Servicios para Miembros de Care1st, a su PCP y a otros proveedores de Care1st si tiene otro seguro.
- 7 Mantener su elegibilidad de AHCCCS actualizada. Respete todas sus citas de elegibilidad de AHCCCS e infórmele a su asistente de elegibilidad todo lo que pueda afectar sus cambios de elegibilidad en su hogar.
- 8 Mantener su tarjeta de identificación segura. No la tire. No puede prestarle, venderle o darle su tarjeta de identificación a otra persona. Es un fraude permitir que otra persona use su tarjeta de identificación. Si usted presta o da su tarjeta a alguien más, podría perder su elegibilidad de AHCCCS. Además, podríamos tomar medidas legales en su contra.
- 9 Informar a Care1st o a 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 encontrarlo fácilmente.
- 11 Participar activamente en la administración de su atención de la salud y encargarse de sus problemas antes de que se agraven. Realice preguntas acerca de su atención.
- 12 Seguir todas las instrucciones del proveedor atenta y completamente. Asegúrese de comprender esas instrucciones antes de irse del consultorio de su proveedor.
- 13 Tomar todos los medicamentos y participar en programas que lo ayuden a sentirse bien.
- 14 Concertar citas con su PCP dentro de los horarios del consultorio, en lugar de acudir al cuidado urgente o la sala de emergencias para cosas que no son urgentes ni emergencias.
- 15 Respetar todas las citas programadas y ser puntual. Llame al consultorio de su proveedor con antelación si necesita cancelar una cita o si va a llegar tarde.



- 16 Llevar todos los registros de vacunas de sus hijos a todas las consultas con el PCP.
- 17 Pagar su copago cuando sea necesario (consulte la información adicional en la sección *Copago* de este manual).
- 18 Llamar o escribir a Servicios para Miembros cuando tenga preguntas, problemas o quejas formales (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 para Miembros si tiene preguntas o comentarios al respecto.

Cambios en el Tamaño de la Familia o en Caso de Mudanza

Informe a su asistente de elegibilidad si su familia crece por un nacimiento o matrimonio. Concierte 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 Estados Unidos; debe comunicarse con su trabajador de elegibilidad. 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 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 importante llamar a su trabajador de elegibilidad. Puede no enterarse de avisos e informaciones importantes si AHCCCS y Care1st no tienen su dirección exacta.

Si necesita informar un cambio en su hogar, como un cambio de domicilio residencial o dirección postal, sus ingresos, el cambio de trabajo de un miembro del hogar, etc., comuníquese con la fuente de elegibilidad en la que solicitó el AHCCCS:

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

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



Período de Inscripción Anual: AHCCCS Complete Care (ACC) Únicamente

A los miembros del Título 19/21 inscritos en Care1st para servicios de salud física y conductual se los conoce como miembros de ACC. Si es miembro del ACC, tendrá la oportunidad de elegir otro plan de salud una vez al año en la fecha en que se inscribió en AHCCCS (la fecha de su aniversario). AHCCCS le enviará una carta dos meses antes de la fecha de su 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 usted tenga con Care1st para que podamos buscar una solución. Lo valoramos como miembro y queremos que permanezca en Care1st.

Cambios de Plan de Salud

Si es un miembro elegible para Medicaid, no tiene una designación de SMI y desea cambiar su plan de salud antes o después de la fecha de su aniversario; puede hacerlo a través del sistema HEAplus (healtharizonaplus.gov) o comunicándose con AHCCCS al 1-602 417-7100 o 1-800-334-5283. Las siguientes son solamente razones por las que AHCCCS le dará un cambio inmediato (fuera de la fecha de su aniversario) a los planes de salud:

- 1 No le dieron la posibilidad de elegir sus planes de salud.
- 2 No le informaron sobre su Elección de Inscripción Anual o recibió su aviso de Elección de Inscripción Anual, pero no pudo realizar la elección por motivos fuera de su control.
- 3 No pudo realizar la Elección de Inscripción Anual porque no estaba en AHCCCS durante su período de Elección de Inscripción Anual, pero el tiempo que no estuvo en AHCCCS fue menor de 90 días.
- 4 Usted tiene otros familiares que se inscribieron en otro plan de salud.
- 5 Regresó a AHCCCS dentro de los 90 días y no le dieron el mismo plan de salud que antes.
- 6 No tuvo 90 días desde la fecha de notificación de asignación del plan para elegir un nuevo plan de salud para su recién nacido.
- 7 No tuvo 90 días desde la fecha de inscripción para elegir un nuevo plan de salud para su hijo con subsidio de adopción.
- 8 Es elegible para el 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 actual de salud. Si desea cambiarse a otro plan de salud, comuníquese con Servicios para Miembros. Si usted está en otro plan de salud y desea cambiarse a Care1st, comuníquese con su plan de salud actual. Su plan de salud puede solo considerar pedidos de cambio de plan por una de las siguientes razones:



- Está embarazada y ya estaba recibiendo atención prenatal cuando se inscribió en el plan de salud.
- Debe continuar con el tratamiento con un proveedor médico que estaba viendo cuando lo inscribieron en el plan de salud. Su proveedor necesitará probar tanto al plan de salud del que usted quiere irse como al plan al que quiere unirse, que un cambio de plan es necesario.

Si hay otros miembros en su familia que también son elegibles para 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 su cambio no encuentre obstáculos.

Voz y Toma de Decisiones en Familia

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

Transición del Cuidado

Nos aseguraremos de que siga recibiendo cualquier tratamiento activo que esté recibiendo cuando se una o deje Care1st. Si deja Care1st para irse a otro plan de salud, AHCCCS Fee-For-Service (FFS) o AHCCCS American Indian Health Program (AIHP), le enviaremos toda la información importante a su nuevo plan de salud dentro de los 10 días después de su cambio. Si se cambia a Care1st desde otro plan de salud, AHCCCS FFS o AHCCCS AIHP, nuestro coordinador de transición revisará sus necesidades de atención.

Atención de Emergencia

AHCCCS cubre atención de emergencia médicamente necesaria las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Una emergencia es una enfermedad, lesión, síntoma o afección (incluido un dolor grave) por las que una persona razonable podría pensar que, si no se 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.

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



Si no está seguro de que se trate de una emergencia, llame a su PCP o a la Línea de Asesoramiento de Enfermería de Care1st disponible las 24 horas.

<p>Miembros de AHCCCS Complete Care (ACC) (Aguda, Salud Mental General y/o Consumo de sustancias, Niños)</p>	<p>Miembros de Regional Behavioral Health Authority (RBHA) (Miembros con una Enfermedad Mental Grave: Designación de SMI)</p>
<p>1-877-236-0375</p>	<p>1-877-236-0375</p>

Si tiene un problema que debe tratarse dentro de las 24 o las 72 horas, pero no es potencialmente mortal, puede acudir a una clínica de atención de urgencia o al consultorio de su PCP. A continuación, se enumeran algunos ejemplos de la diferencia entre una necesidad urgente y una emergencia.

Ejemplos de afecciones que no son emergencias y que puede tratar su PCP o pueden ser atendidas en una clínica de atención de urgencia:

- Resfriado, dolor de garganta, dolor de oídos, tos, sarpullidos.
- Cortes, abrasiones o picaduras leves que no sean potencialmente mortales.
- Dolor de cabeza, incluidas migrañas.
- Infección del tracto urinario simple, fiebre, vómitos, diarrea.
- Resurtidos o pedidos de medicamentos recetados.
- Extracción de puntos.
- Dolores de espalda u otros dolores musculares.
- Análisis de orina o exámenes requeridos para empleos.
- Dolores articulares o esguinces.
- Protuberancias o bultos nuevos.

Ejemplos de afecciones de emergencia que representan una amenaza para la vida o que pueden causar problemas importantes si no se atienden inmediatamente:

- Dificultad para respirar.
- Cortes profundos o sangrado que no pueda detener.
- Pérdida de consciencia.
- Dolor de pecho intenso.
- Sobredosis de drogas o envenenamiento.
- Quemaduras o shock eléctrico grave.
- Dolor y/o sangrado si está embarazada.



- Fracturas.
- Lesión en la cabeza.
- Lesión en los ojos.
- Fiebre alta persistente.
- Dolor de cabeza grave persistente.
- Síntomas de accidente cerebrovascular: parálisis facial, dificultad para hablar, entumecimiento repentino o pérdida de fuerza, confusión.
- Síntomas de ataque cardíaco: dolor torácico, dificultad para respirar, dolor en el brazo izquierdo.
- Ataques de asma: dificultad para respirar grave.
- Mordeduras de serpiente o insecto con inflamación, dificultad para respirar o mareo.

Luego de que llegue a casa de la sala de emergencias, llame a su PCP para concertar una cita. Cuando llame para concertar la cita con su PCP, dígame que ha estado en la sala de emergencias. Asegúrese de informar a su PCP sobre toda instrucción o medicamento que le dieron en la sala de emergencias.

Transporte de Emergencia

Si cree que necesita una ambulancia, llame al **911** inmediatamente. Si no está seguro, llame a su PCP y siga su consejo. O llame a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería de Care1st al **1-877-236-0375**.

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

Servicios de Transporte para casos que no son de Emergencia

Servicios de Transporte para casos que no son de Emergencia (Viajes en Taxi)

Care1st ofrece viajes en taxi médicamente necesarios desde y hacia el proveedor adecuado más cercano para aquellos 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 transporte público.
- Organizar un viaje con un amigo o familiar.

El transporte se provee al miembro que tiene la cita y uno de sus padres si es una persona menor de 21 años. Para solicitar un viaje 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 festivos. No podremos organizar el servicio de transporte para usted, a menos que nos llame con tres días hábiles de anticipación. Los miembros deben tener su propia silla para autos para niños menores de 8 años.



Transporte de Urgencia

Si necesita ir a una clínica de atención de urgencia o ver a su PCP de inmediato por una afección urgente, llámenos para coordinar el transporte. Para estos tipos de pedidos, no se necesita una notificación con tres días hábiles de anticipación.

Hospitalización

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

Servicios Cubiertos

A continuación, hay una lista de algunos de los servicios que tienen cobertura con 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 para Miembros, a su PCP o a su proveedor de salud conductual.

Para algunos servicios de salud física, puede necesitar una remisión de su PCP o de su proveedor de salud conductual 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 notificándolo. Asegúrese de comunicarse con su PCP o con su proveedor de atención de la salud conductual 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 desea ayudarlo debido a objeciones morales o religiosas, comuníquese con Servicios para Miembros.

Adultos con una Enfermedad Mental Grave (SMI) que están inscritos en Medicaid

Si es un adulto inscrito en Medicaid y Care1st y lo designaron con una enfermedad mental grave, puede obtener su atención tanto de salud conductual como de salud física a través de Care1st.

Adultos con una SMI que no están inscritos en Medicaid

Si está inscrito en Care1st como un adulto designado con enfermedad mental grave que no pertenece a Medicaid, solo califica para un beneficio limitado de salud conductual.

Algunas personas son elegibles para AHCCCS y para Medicare. Se los conoce como “Personas con Doble Elegibilidad”. Si usted está inscrito en Medicare, Care1st puede ayudarlo a pagar su coseguro de Medicare y los deducibles de los servicios cubiertos para Medicare Part A y Part B. Estos se denominan “Costos compartidos”. Care1st puede también ayudarlo con otros costos si usa proveedores de Care1st y su proveedor sigue todas las reglas de costos compartidos de Care1st.

- 1 Trasplantes de órganos y tejido y fármacos relacionados aprobados por AHCCCS
- 2 Servicios de salud conductual (para obtener más información, consulte Servicios de salud conductual en la página 53)



- Control del comportamiento (atención personal de salud conductual, capacitación de atención en el hogar/apoyo familiar, apoyo de pares/autoayuda)
 - Servicios de administración de casos de salud conductual
 - Servicios de enfermería de salud conductual
 - Atención de emergencia de salud conductual
 - Servicios de transporte de emergencia y de no emergencia
 - Evaluación y exámenes
 - Asesoramiento y terapia familiar, grupal e individual
 - Servicios hospitalarios para pacientes internados
 - Servicios en centros psiquiátricos no hospitalarios para pacientes internados (centros subagudos y centros de tratamiento residencial de nivel I)
 - Servicios de laboratorio y radiología para diagnóstico y reglamentación de medicamentos psicotrópicos
 - Tratamiento con agonistas opiáceos
 - Atención parcial (programa de día supervisado, programa terapéutico de día y programa médico de día)
 - Rehabilitación psicosocial (capacitación y desarrollo de habilidades y capacitación en habilidades de rehabilitación psicosocial para la vida, incluidos los servicios de apoyo para empleo)
 - Medicamentos psicotrópicos
 - Control y ajuste de medicamentos psicotrópicos
 - Cuidados de relevo: cuidado residencial temporario para pacientes que ofrece relevo para los cuidadores permanentes (con limitaciones)
 - Servicios de agencia rural de transición por abuso de sustancias
 - Pruebas de detección
 - Servicios terapéuticos de atención en el hogar para la salud conductual
- 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, incluidos 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 de 21 años de edad o más
- 9 Servicios basados en la comunidad y en el hogar (si se usan en lugar de un centro de enfermería)
- 10 Servicios de salud a domicilio (si se usa en lugar de hospitalización)
- 11 Cuidados paliativos
- 12 Ropa interior para la incontinencia para miembros de 3-20 años (que cumplen con ciertos requisitos)
- 13 Atención hospitalaria ambulatoria y para pacientes internados (consultar Servicios No Cubiertos en la página 24)
- 14 Bombas de insulina
- 15 Diálisis renal
- 16 Servicios dentales limitados para miembros de 21 años de edad o más (consultar Servicios para Adultos en la página 46)
- 17 Atención maternal para miembros embarazadas
- 18 Cuidado de los pies médicamente necesaria a cargo de un podiatra licenciado y solicitada 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 de edad se proveen si están recetados por el PCP del miembro, médico a cargo o practicante. El equipo médico puede ser arrendado o comprado solo si otras fuentes, que ofrecen elementos sin costo, no están disponibles. El costo total de los arrendamientos no debe exceder el precio de compra de los artículos. Los ajustes o las reparaciones razonables de equipos comprados tienen cobertura para todos los miembros mayores y menores de 21 años de edad para hacer que el equipo esté en condiciones y/o cuando el costo de reparación sea menor que arrendar o comprar otra unidad. El componente será reemplazado si, en el momento de la autorización, se provee documentación que establezca que el componente no funciona correctamente.
- 23 Dispositivos ortopédicos para miembros de 21 años de edad o más cuando aplican todas las siguientes condiciones:
 - El uso de ortopedia es médicamente necesario como la opción preferida de tratamiento que coincide con los lineamientos de Medicare, y
 - La ortopedia es menos costosa que todas las otras opciones de tratamiento o procedimientos quirúrgicos para tratar la misma afección diagnosticada, y
 - La ortopedia es solicitada por un proveedor de cuidado primario o médico



- 24 Farmacia/medicamentos (en la lista de medicamentos cubiertos de Care1st)
- 25 Atención dental preventiva y tratamientos dentales para miembros menores de 21 años de edad
- 26 Servicios preventivos incluidos, pero no limitados a, servicios de detección de enfermedades tales como cáncer cervical, incluidos Papanicolaou, mamografías, cáncer colorrectal, y estudios de infecciones de transmisión sexual
- 27 Servicios de rehabilitación: terapia física, ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios (consulte los Servicios Sin Cobertura)
- 28 Atención de enfermería especializada en el hogar (si se usa en lugar de hospitalización) de hasta 90 días al año
- 29 Atención de la vista, incluidos anteojos para miembros menores de 21 años de edad
- 30 Atención de la vista para miembros de 21 años de edad y más luego de una cirugía de cataratas y para afecciones oculares de emergencia
- 31 Consultas con un enfermero o asistente médico
- 32 Atención preventiva del niño sano (atención EPSDT), incluidas vacunas
- 33 Las consultas de bienestar (exámenes de bienestar) tales como, pero no limitado a, examen preventivo de la mujer sana, examen de mamas y examen de próstata tienen cobertura para miembros. La mayoría de las consultas de bienestar (también llamadas controles o exámenes físicos) incluyen antecedentes médicos, examen físico, exámenes de la salud, asesoramiento médico y vacunaciones médicamente necesarias. Las consultas de Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) para miembros menores de 21 años se consideran consultas de bienestar.
- 34 Las mujeres miembro, o miembros designadas mujeres al nacer, tienen acceso directo a servicios de atención preventiva y de bienestar de un ginecólogo u otro proveedor de atención maternal dentro de la red de Care1st sin remisión por parte de un proveedor de cuidado primario
- 35 Radiografías, estudios de laboratorio y otras pruebas

Los miembros indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención de la salud de cualquier proveedor de servicios de salud para indígenas o en un centro de propiedad de una tribu y/u operado por esta en cualquier momento.

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

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

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

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



- Pruebas de detección, evaluación y terapia nutricional.
- Control del desarrollo con orientación de prevención y exámenes de detección.
- Servicios dentales preventivos de rutina, incluidos exámenes de salud bucal, limpiezas, educación sobre higiene bucal, radiografías, empastes, extracciones y otros procedimientos terapéuticos y médicamente necesarios.
- Servicios de oftalmología, incluidos exámenes y lentes recetados (se cubre una selección limitada de lentes y marcos).
- El reemplazo y la reparación de anteojos sin restricciones a los servicios de oftalmología.
- Terapia del habla, ocupacional y física para pacientes ambulatorios.
- Sedación consciente.
- Servicios adicionales para beneficiarios calificados de Medicare (QMB).
- Servicios de relevo.
- Servicios quiroprácticos.
- Todos los servicios cubiertos por Medicare pero no por AHCCCS.

Community Connections Está Aquí para Usted

Todo el mundo merece vivir la mejor vida posible. Sin embargo, muchos factores pueden evitar que eso suceda. Una llamada telefónica a nuestra Línea de ayuda de Community Connections puede comunicarlo con los servicios que necesita. Además, está disponible para miembros, no miembros y cuidadores de Care1st. Nuestros asesores personales escuchan sus necesidades y lo derivan a los recursos existentes en todo el país o en su área local. Llame al **1-866-775-2192** para recibir la ayuda que necesita.

Conéctese con los servicios sociales correctos, que incluyen lo siguiente:

- Ayuda financiera (es decir, servicios públicos, alquiler).
- Ayuda con los medicamentos.
- Transporte.
- Ayuda con los alimentos.
- Servicios de cuidado de niños a un precio asequible.
- Ayuda para encontrar empleo o educación.
- Suministros para la familia (pañales, leche de fórmula, cunas y más).
- Grupos de apoyo.

Servicios Sin Cobertura y Beneficios de Servicios Excluidos/Limitados

Los siguientes servicios no tienen cobertura para adultos de 21 años de edad y más (si es un Beneficiario calificado de Medicare, continuaremos pagando su deducible de Medicare y su coseguro para estos servicios):



Tabla de Beneficios Excluidos/Limitados de AHCCCS		
Beneficio/Servicio	Descripción del Servicio	Servicio Excluido/Limitado del Pago
Audífonos Anclados al Hueso	Un audífono que se coloca en el hueso de una persona cerca del oído mediante cirugía. Esto sirve para transportar el sonido.	AHCCCS no 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.	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 del Miembro Inferior	Un dispositivo que reemplaza una parte faltante del cuerpo y usa una computadora para ayudar con el movimiento de la articulación.	AHCCCS no paga por prótesis del miembro inferior (pierna, rodilla o pie) que incluyan un microprocesador (chip de computadora) para controlar la articulación.
Servicios Dentales	Todos los cuidados o tratamientos de los dientes.	Consulte Servicios para Adultos para acceder a una explicación detallada de servicios dentales limitados para los miembros mayores de 21 años.
Cuidados de Relevo	Servicios continuos o a corto plazo que se ofrecen como un descanso temporario para los cuidadores y miembros, a fin de que se tomen un tiempo para ellos mismos.	El número de horas de relevo disponible para adultos y niños bajo servicios de salud conductual es de 600 horas dentro de un período de 12 meses. Los 12 meses van del 1 de octubre al 30 de septiembre del próximo año.
Trasplantes	Un trasplante es cuando un órgano o células sanguíneas se trasladan de una persona a otra.	La aprobación depende de la necesidad médica y de si el trasplante está en una lista "cubierta". Solo se pagarán los trasplantes que AHCCCS designe como cubiertos.



Tabla de Beneficios Excluidos/Limitados de AHCCCS

Beneficio/Servicio	Descripción del Servicio	Servicio Excluido/Limitado del Pago
Terapia Física (PT)	Ejercicios enseñados o brindados por un terapeuta físico para hacerlo más fuerte o para ayudar a mejorar el movimiento.	<p>Cuidado para pacientes internados: los servicios de terapia física están cubiertos para todos los miembros que reciban cuidados para pacientes internados en un hospital, centro de enfermería o centro de cuidados básicos.</p> <p>Cuidado para pacientes ambulatorios: los servicios de terapia física están cubiertos para miembros menores de 21 años. Las siguientes limitaciones se aplican a los miembros de 21 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none">• 15 consultas de PT por año de beneficios* con el propósito de restaurar una habilidad o el nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez restaurados.• 15 consultas de PT por año de beneficios* con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener ese nivel de función una vez adquirido. <p>Un miembro que tiene Medicare debe comunicarse con Care1st para recibir ayuda y determinar cuántas consultas se contarán.</p>



Tabla de Beneficios Excluidos/Limitados de AHCCCS		
Beneficio/Servicio	Descripción del Servicio	Servicio Excluido/Limitado del Pago
Terapia Ocupacional (OT)	Ejercicios enseñados o brindados por un terapeuta ocupacional para ayudarlo a adquirir, recuperar o mantener una habilidad o función.	<p>Cuidado para pacientes internados: la OT está cubierta para todos los miembros que reciban cuidados para pacientes internados en un hospital, centro de enfermería y centro de cuidados básicos cuando los servicios son solicitados por el PCP o el médico tratante del miembro. La OT para pacientes internados consiste en una evaluación y la terapia.</p> <p>Cuidado para pacientes ambulatorios: los servicios de terapia ocupacional están cubiertos para los miembros de ALTCS y para los miembros menores de 21 años. Las siguientes limitaciones se aplican a los miembros de 21 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 consultas de OT por año de beneficios* con el propósito de restaurar una habilidad o un nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez restaurados. • 15 consultas de OT por año de beneficios* con el propósito de adquirir una nueva habilidad o un nuevo nivel de función y mantener esa habilidad o nivel de función una vez adquiridos. <p>Un miembro que tiene Medicare debe comunicarse con Care1st para recibir ayuda y determinar cuántas consultas se contarán.</p>
Terapia del Habla (ST)	Servicios de diagnóstico y tratamiento que incluyen evaluación, recomendaciones de programas para el tratamiento y/o capacitación en lenguaje receptivo y expresivo, voz, articulación, fluidez, rehabilitación, y problemas médicos al tragar.	<p>Cuidado para pacientes internados: los servicios de ST están cubiertos para todos los miembros que reciban cuidados para pacientes internados en un hospital, centro de enfermería o centro de atención de custodia.</p> <p>Cuidado para pacientes ambulatorios: los servicios de ST están cubiertos para miembros menores de 21 años.</p> <p>Un miembro que tiene Medicare debe comunicarse con Care1st para recibir ayuda y determinar cuántas consultas se contarán.</p>

*El año de beneficios es del 1 de octubre al 30 de septiembre.



Para Todos los Miembros

A continuación, se enumeran más servicios que AHCCCS no cubre. Esta no es una lista completa. Si tiene preguntas sobre qué servicios tienen cobertura, llame a Servicios para Miembros o hable con su PCP.

- 1 Abortos o 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 la persona embarazada).
- 2 Circuncisión (a menos que sea médicamente necesaria).
- 3 Servicios cosméticos.
- 4 Servicios experimentales.
- 5 Histerectomía (extirpación del útero de una mujer) que no es médicamente necesaria.
- 6 Infertilidad y/o inversión de una esterilización electiva.
- 7 Medicamentos que no están en la lista aprobada de medicamentos de Care1st (formulario) a menos que antes los apruebe Care1st.
- 8 Artículos personales o de comodidad.
- 9 Exámenes físicos para la escuela, trabajo o deportes.
- 10 Servicios o artículos que se dan de forma gratuita o para los que generalmente no se realizan cambios.
- 11 Servicios o artículos que necesitan de aprobación previa de Care1st, para los que no se dio una aprobación previa.
- 12 Cirugía de reafirmación de género.
- 13 Servicios de un proveedor que NO está contratado por Care1st (a menos que tenga aprobación previa de Care1st).

Acceso a los Servicios que No Corresponden al Título 19/21

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



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

- Prevenir y tratar trastornos por consumo de sustancias y de opioides.
- Prestar servicios para el HIV y la tuberculosis.
- Proporcionarles servicios de salud mental a adultos con una enfermedad mental grave (SMI) y a niños con un trastorno emocional grave (SED).

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

Los fondos de las subvenciones se pueden utilizar para cubrir los copagos en función de los fondos y la elegibilidad disponibles. Consulte la sección *Copagos* para obtener información sobre los copagos. Estos fondos son proporcionados por las siguientes subvenciones: Use Disorder Services (SUDS), Children's Behavioral Health Services Funds (CBHSF), Arizona Emergency COVID-19 Project, Coronavirus Response and Relief Supplemental Appropriations Act (CRRSAA), Mental Health Block Grant (MHBG), State Opioid Response (SOR) y Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant (SABG).

Puede obtener más información sobre estos programas en **care1staz.com** o llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Servicios de Vivienda

Los servicios de vivienda de apoyo están disponibles para los miembros de Care1st. Estos servicios ayudan a las personas a obtener una vivienda segura y estable para vivir de forma independiente en la comunidad de su elección. El proveedor de salud conductual de un miembro puede enviarle las solicitudes para la ayuda de vivienda al Administrador de Viviendas de AHCCCS.

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

Los servicios de vivienda se ofrecen de acuerdo con la práctica de vivienda permanente con evidencia de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Las Autoridades Regionales de Salud Conductual trabajan con socios del sistema, como el U.S. Department of Housing & Urban Development (HUD), Arizona Department of Housing y las entidades locales de Continuum of Care para servicios de vivienda para personas sin vivienda. La cantidad de miembros que pueden ser asistidos con una vivienda por año depende de los niveles de financiación. Si desea recibir más información sobre los servicios y la ayuda de viviendas, llame a Servicios para Miembros de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Si necesita ayuda para encontrar un lugar para vivir o ayudar a pagar su vivienda, los Especialistas en Vivienda de Care1st pueden ayudarlo a encontrar recursos de comunidad y vivienda en su área.

Si es necesario, Care1st lo referirá al Administrador de Viviendas de AHCCCS para servicios que no pertenecen al Título 19/21 y proveedores locales de viviendas en la comunidad. Llame a la línea de Servicios para Miembros de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) y pida hablar con el Especialista en Vivienda o envíe un correo electrónico a **housing@care1staz.com**.

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

Nombre	Quién Puede Ayudarlo o Cómo Pueden Ayudar	Sitio web o Información de Contacto
Arizona Department of Housing	Información general sobre vivienda.	housing.az.gov
Balance of State Continuum of Care (CoC)	Entrada Coordinada de Northern Arizona y Balance of State.	housing.az.gov/general-public/homeless-assistance
Maricopa County Continuum of Care (CoC)	Entrada Coordinada del Condado de Maricopa.	azmag.gov/Programs/Homelessness
Pima County Continuum of Care (CoC)	Entrada Coordinada del Condado de Pima.	tpch.net
Housing Solutions of Northern Arizona	Vivienda de transición, asesoramiento crediticio y alquileres asequibles.	housingnaz.org
Housing Authority of Flagstaff Arizona	Ayuda para familias de bajos ingresos.	flagstaff.az.gov/2342/HousingAuthority
Mohave County Housing Authority	Ayuda para vivienda y cupones de elección de vivienda.	publichousing.com/details/mohavecounty
Catholic Charities Community Services	Ayuda con comida, vestimenta y refugio en los condados de Coconino y Mohave.	catholiccharitiesaz.org
Northern Arizona Council of Governments (NACOG)	Ayuda con alquileres de emergencia.	nacog.org
Navajo Nation in Flagstaff	Ayuda general para vivienda.	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.	wacog.com
ABC Housing	Brinda servicios de ayuda y alojamiento de calidad y asequible para personas con necesidades de salud conductual en Arizona.	azabc.org



Nombre	Quién Puede Ayudarlo o Cómo Pueden Ayudar	Sitio web o Información de Contacto
Housing Operations and Management (HOM) Inc.	Programas Operates Permanent Supportive Housing y Rapid Rehousing para personas y familias vulnerables que experimentan falta o inestabilidad de vivienda.	hominc.com
Changepoint Integrated Health	Condado de Navajo Show Low, Pinetop-Lakeside, Holbrook y Winslow.	mychangepoint.org
Encompass Health Services	Condado de Mohave Colorado City, Littlefield. Condado de Coconino Page, Fredonia.	encompass-az.org
Little Colorado Behavioral Health Centers Inc.	Condado de Apache Springerville, St. Johns.	lcbhc.org/index.php
Mohave Mental Health Clinic Inc.	Condado de Mohave Bullhead City, Kingman, Lake Havasu City.	mmhc-inc.org/locations
Polar Health	Condado de Yavapai Prescott Valley, Prescott, Chino Valley.	polarhealth.com
Southwest Behavioral & Health Services Inc.	Condado de Yavapai Prescott Valley. Condado de Coconino Flagstaff. Condado de Mohave Bullhead City, Kingman, Lake Havasu City.	sbhservices.org/contact-locations
Spectrum Healthcare Group Inc.	Condado de Yavapai Prescott, Cottonwood, Camp Verde.	spectrumhealthcare-group.com
The Guidance Center Inc.	Condado de Coconino Flagstaff.	tgcaz.org



Servicios de Empleo

¿Sabía que...?

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

Servicios de Empleo de AHCCCS

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

- Asesoramiento profesional/educativo.
- Educación y planificación de beneficios.
- Conexión a Vocational Rehabilitation y/o recursos comunitarios.
- Capacitación en habilidades laborales.
- Preparación del currículum y habilidades para una entrevista de trabajo.
- Ayuda para encontrar un trabajo.
- Apoyo laboral (orientación laboral).

Para obtener más información acerca de las ayudas y los servicios de empleo o para que lo conecten, consulte en su centro de salud integrada o conductual, o comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Cómo Conectarse con los Servicios de Empleo

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

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

¿Aún necesita ayuda? Llame a Servicios para Miembros de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Podemos conectarlo con el Administrador de Empleo de Care1st.



Otros Recursos de Empleo

Vocational Rehabilitation (VR)

VR es un programa dentro del Arizona Department of Economic Security (ADES) diseñado para ayudar a las personas con discapacidades que sean elegibles a prepararse para un trabajo, obtenerlo y mantenerlo.

Puede calificar para VR si cumple con los siguientes criterios:

- Tiene una discapacidad física o mental.
- Su discapacidad física o mental genera una barrera significativa para trabajar.
- Necesita servicios de VR para prepararse para un empleo, obtenerlo, mantenerlo o recuperarlo.
- Puede beneficiarse de los servicios de VR y lograr como resultado un empleo.

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

Para obtener más información y encontrar la oficina de VR más cercana, visite

des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation-vr.

ARIZONA@WORK

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

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

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

Educación y Planificación de Beneficios

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

- **Arizona Disability Benefits 101 (DB101):** esta herramienta en línea, gratuita y fácil de usar ayuda a las personas a superar los mitos y la confusión acerca de los beneficios del Seguro Social, la atención médica y el empleo. DB101 ayuda a que las personas tomen decisiones informadas sobre cómo obtener un trabajo y cómo se relacionan los beneficios y los ingresos laborales. Visite **az.db101.org** para utilizar esta herramienta.



- **ABILITY360:** dentro de ABILIT360, hay un programa llamado Benefits 2 Work Arizona's Work Incentives Planning & Assistance (B2W WIPA), que puede ayudarlo a comprender cómo los ingresos laborales afectarán sus beneficios médicos, de efectivo, entre otros. Llame a B2W WIPA al **1-602-443-0720** o al **1-866-304-WORK (9675)**, o envíe un correo electrónico a **b2w@ability360.org** para averiguar si califica para este servicio sin costo alguno.

Planificación de Atención Avanzada/Atención para el Final de la Vida

¿Qué es la planificación de atención avanzada?

La planificación de atención avanzada es un servicio que fomenta las conversaciones entre los pacientes y sus proveedores para decidir qué tipo de atención desean los pacientes en caso de que no puedan tomar sus propias decisiones médicas.

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

- Incluya los tratamientos que elige recibir.
- Describa cómo progresará su enfermedad con el tiempo, así como sus miedos y preocupaciones relacionados con su enfermedad.
- Comparta sus deseos con familiares y amigos.
- Tome decisiones de atención en caso de un evento crítico, como un accidente cerebrovascular, y qué tan agresivo desea que sea su tratamiento (por ejemplo, estado de reanimación, antibióticos, tubos de alimentación).

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

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

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

No. El beneficio de la planificación de atención avanzada está disponible para todas las personas. A menudo, el mejor momento para comenzar a hablar sobre la atención para el final de la vida puede ser antes de que a una persona se le diagnostique una afección potencialmente mortal. De esta manera, se tiene mucho tiempo para considerar las propias preferencias. Tener estas conversaciones con anticipación también puede ser útil para que los familiares y cuidadores puedan guiar la atención futura y decidir sobre el tratamiento en caso de que la persona quede incapacitada y no pueda tomar sus decisiones. La



planificación de atención avanzada no se supone que sea una conversación que se tiene una sola vez, sino que debería ser una serie de charlas durante el curso 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: ncoa.org/article/medicare-advance-care-planning

Servicios de Especialistas y Derivaciones

Los especialistas son proveedores que se encargan de problemas especiales de salud. Su PCP lo ayuda a organizar la mayoría de sus necesidades de cuidado y lo deriva a un especialista cuando es necesario. Es posible que Care1st necesite revisar y aprobar esta remisión. Si no aprobamos su remisión, le enviamos una notificación para avisarle.

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

Si intenta recibir servicios, incluidos los servicios de asesoramiento o remisión, y su proveedor no puede o no desea ayudar debido a objeciones morales o religiosas, comuníquese con Servicios para Miembros.

Los miembros con necesidades especiales de atención médica pueden recibir servicios de especialistas sin que los remita su PCP, siempre y cuando el PCP tenga un acuerdo de remisión permanente con el especialista. Puede elegir un especialista de la red de proveedores de Care1st.

Miembros Indígenas Estadunidenses

Los miembros indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención de la salud de cualquier proveedor de servicios de salud para comunidades indígenas o en un centro que sea propiedad de una tribu y/u operado por ella en cualquier momento.

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros de Care1st lo ayudará con problemas o preguntas que pueda tener. Servicios para Miembros puede ayudarlo a elegir o cambiar su PCP. Puede ayudarlo a:

- Encontrar una farmacia.
- Encontrar un proveedor de salud conductual que se encuentre cerca de usted.
- Concertar una cita.

El personal de Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. El número de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran al final de cada página de este manual. Si tiene un problema urgente y no puede esperar hasta el horario regular de atención, llame a Servicios para Miembros. Nuestro servicio fuera del horario de atención lo ayudará.



Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

El PCP es su médico de cabecera. Es quien se asegura de que reciba la atención médica que necesita. Su PCP organizará la mayor parte de sus cuidados. Su PCP lo enviará con un especialista cuando sea necesario. No necesitará una remisión de su PCP para:

- Consultas con un dentista de Care1st para miembros menores de 21 años.
- Servicios de salud conductual.
- Servicios de cuidado preventivo y de bienestar por parte de un ginecólogo que forme parte de la red de Care1st.
- Pruebas de detección de cáncer cervical o mamografías.
- Servicios especiales en caso de que tenga necesidades especiales de atención de la salud y su PCP tenga un acuerdo de derivación permanente con el especialista.

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

Si usted es miembro nuevo de Care1st, recomendamos concertar una cita para un control tan pronto como sea posible. Este control le permite a usted y a su PCP conocerse mutuamente y es bueno para su salud.

Los miembros indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención de la salud de cualquier proveedor de servicios de salud para comunidades indígenas o en un centro que sea propiedad de una tribu y/u operado por ella en cualquier momento.

Si quiere acceder a servicios, incluidos los servicios de asesoramiento o remisión, y su proveedor no puede o no desea ayudar debido a objeciones morales o religiosas, comuníquese con Servicios para Miembros.

Cómo Elegir a un PCP

Usted puede elegir un PCP del Directorio de Proveedores de Care1st. El directorio incluye los idiomas que cada proveedor habla. También puede obtener información acerca de los proveedores de la red que atienden a miembros con discapacidades.

Llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) para recibir una copia del Directorio de Proveedores por correo sin costo alguno. También puede visitar **care1staz.com** para obtener la versión más actualizada del directorio.

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 hacerlo, elija un PCP del Directorio de Proveedores de Care1st. Visite **care1staz.com** para obtener la versión más actualizada del directorio. Luego llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) e informe su decisión.

Aquí incluimos algunas razones por las que podría cambiar su PCP:

- No se siente cómodo de hablar con su PCP.
- No entiende lo que su PCP dice.
- El consultorio de su PCP está demasiado alejado.
- Su PCP no le ofrece los servicios que necesita por objeciones morales o religiosas.

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

Cómo Concertar una Cita

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

- Su nombre (o nombre del niño si la cita es para su hijo).
- Su número de identidad (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 a la oficina con anticipación si no puede asistir a su cita.



Estándares de Disponibilidad de la Cita

Usted podrá concertar una cita dentro de los siguientes tiempos 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: de manera tan rápida como lo requiera la afección de salud del miembro, pero no más de 2 días hábiles luego de la solicitud• Rutina: dentro de los 21 días corridos de la solicitud
Especialidades/ Especialidad Dental	<ul style="list-style-type: none">• *Urgente: de manera tan rápida como lo requiera la afección de salud del miembro, pero no más de 2 días hábiles luego de la solicitud• Rutina: dentro de los 45 días corridos de la solicitud
Cuidado Dental	<ul style="list-style-type: none">• *Urgente: de manera tan rápida como lo requiera la afección de salud del miembro, pero no más de 3 días hábiles luego de la solicitud• Rutina: dentro de los 45 días corridos de la solicitud
Maternidad	<ul style="list-style-type: none">• Primer Trimestre: dentro de los 14 días corridos de la solicitud• Segundo Trimestre: dentro de los 7 días corridos de la solicitud• Tercer Trimestre: dentro de los 3 días hábiles de la solicitud• Embarazos de Alto Riesgo: de manera tan rápida como lo requiera la afección de salud de la miembro y no más de 3 días hábiles de la identificación de alto riesgo por parte de un proveedor de atención maternal o por parte de Care1st, o de manera inmediata si existe una emergencia
Salud Conductual: Citas con Proveedores	<ul style="list-style-type: none">• Necesidad Urgente: de manera tan rápida como lo requiera la afección 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 corridos de la remisión• El primer servicio de salud conductual después de la evaluación inicial. Dentro del plazo indicado por la condición de salud conductual<ol style="list-style-type: none">1. Para miembros de 18 años o más, no más de 23 días corridos después de la evaluación inicial2. Para los afiliados 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 afección de salud del miembro, pero no más de 45 días corridos desde la identificación de la necesidad



**Salud Conductual:
Medicamentos
psicotrópicos**

- Evaluar la urgencia de la necesidad de manera inmediata
- Si se indica clínicamente, proveer una cita con el Profesional Médico de Salud Conductual (BHMP) dentro de un período que garantice que el miembro a) no se quede sin medicamentos o b) no precarice su afección de salud conductual antes de comenzar con los medicamentos, pero no más de 30 días corridos desde la identificación de la necesidad

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

- Respuesta rápida: no más de 72 horas después de la notificación de DCS de que un niño fue o será retirado de su hogar.
- Evaluación inicial de respuesta rápida: dentro de los siete días calendario posteriores a la remisión o la solicitud de servicios de salud conductual.
- Cita inicial de respuesta rápida: no más de 21 días calendario después de la evaluación inicial.
- Servicios posteriores de respuesta rápida: no más de 21 días calendario a partir de la identificación de la necesidad.

Llame a Servicios para Miembros si no puede acceder a una cita dentro de estos tiempos.

Espera en el Consultorio del Proveedor

En ocasiones, puede ser necesario esperar en el consultorio mientras su 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 a un proveedor que no estaba ocupado con una emergencia, llame a Servicios para Miembros.

Consultas de Bienestar

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

Atención Preventiva de Bienestar de la Mujer

Una consulta anual de bienestar de la mujer es un beneficio cubierto para los miembros que sean mujeres o que fueron asignados como mujeres al nacer. La consulta incluye los estudios que ayudan a que su proveedor encuentre y trate posibles problemas de salud. Su proveedor también le aconsejará 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 bienestar de la mujer:

- 1 Examen físico (control de bienestar) que evalúa la salud general.
- 2 Examen clínico de las mamas.
- 3 Examen pélvico y de Papanicolaou (si es necesario).
- 4 Todas las vacunas, los estudios y las pruebas según su edad y factores de riesgo.
- 5 Exámenes y asesoramiento para ayudar a la buena salud sobre temas como los siguientes:
 - Nutrición correcta.
 - Actividad física.
 - Índice de masa corporal (BMI) elevado.
 - Consumo, abuso y/o dependencia de sustancias/tabaco.
 - Examen de detección de depresión.
 - Seguridad personal y violencia doméstica.
 - Infecciones de transmisión sexual (STI).
 - Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).
 - Planificación familiar (anticoncepción).
 - Asesoramiento previo a la concepción que incluye una 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/ejercicio; cuidado de la salud bucal; manejo de enfermedades crónicas; bienestar emocional; consumo de tabaco y sustancias, como cafeína, alcohol, marihuana y otras drogas; medicamentos recetados y el tiempo de espera entre un embarazo y otro).
 - Remisión para exámenes de detección o tratamientos adicionales si fueran necesarios.

Las miembros tienen acceso directo a servicios de atención preventiva y de bienestar por parte de un ginecólogo u otro proveedor de atención maternal que forme parte de la red de Care1st sin necesidad de una remisión de un PCP. No se cobran copagos u otro cargo para las consultas de atención preventiva de bienestar de la mujer.

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

Los miembros adultos que pierden la elegibilidad de AHCCCS pueden comunicarse con el Arizona Department of Health Services, Bureau of Health Systems Development. Llame al **1-602-542-1219** o utilice el Localizador de Clínicas en

azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php para encontrar una clínica Sliding Fee Schedule que ofrezca servicios gratuitos o de bajo costo cerca de usted.



Servicios para Niños (EPSDT)

El Programa de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT) es un programa integral de salud infantil de prevención y tratamiento, corrección y mejora de afecciones de salud conductual y física para miembros de AHCCCS menores de 21 años de edad.

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

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

Monto, Duración y Alcance: la Ley de Medicaid establece que los servicios de EPSDT incluyen servicios de detección, servicios de la visión, reemplazo y reparación de anteojos, servicios dentales, servicios de audición y otros servicios de atención médica necesarios, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias descritas en la subsección 42 U.S.C. 1396d(a) a fin de corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales descubiertas por los servicios de detección, independientemente de que dichos servicios estén o no cubiertos por el plan del estado de AHCCCS. Las limitaciones y exclusiones que no sean requisitos para necesidad médica y efectividad de costos no aplican a los servicios EPSDT.

Una consulta de control de bienestar de un niño es sinónimo de una consulta EPSDT e incluye todos los estudios y servicios descritos en el EPSDT de AHCCCS y los cronogramas de periodicidad dental.

Esto significa que los servicios EPSDT cubiertos incluyen servicios que corrigen o mejoran afecciones físicas y conductuales y enfermedades descubiertas por el proceso de diagnóstico siempre y cuando estén dentro de una de las categorías optativas y obligatorias de la "asistencia médica" tal como se define en la Ley Medicaid. Los servicios cubiertos bajo EPSDT incluyen todas las categorías de servicios en la ley federal, incluso las que no están enumeradas como servicios cubiertos en el plan del estado AHCCCS, los estatutos, las reglas o las políticas de AHCCCS, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios y tengan una buena relación costo beneficio.

EPSDT incluye, pero no se limita, la cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios y para pacientes internados, servicios de laboratorio y radiografías, servicios médicos, servicios naturopáticos, servicios de enfermería profesional, medicamentos, servicios dentales, servicios de terapia, servicios de salud conductual, equipos, aparatos y suministros médicos, ortopedia, dispositivos prostéticos, anteojos, transporte, servicios y suministros de planificación familiar, servicios de cuidado preventivo de la mujer y servicios de maternidad. EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, exámenes de detección y estudios preventivos y de rehabilitación. Sin embargo, los servicios EPSDT no incluyen servicios que sean experimentales, tengan solamente un fin cosmético o no tengan una buena relación costo beneficio cuando se lo 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 encuentre problemas y comience a tratar a su hijo de inmediato.



Estos servicios son sin costo y ayudan a que su hijo esté saludable. EPSDT, también llamado consultas del niño sano, incluyen, pero no se limitan a:

- 1 Examen físico completo sin ropa.
- 2 Evaluación y antecedentes de desarrollo y salud.
- 3 Evaluación y examen nutricional.
- 4 Estudios de salud oral (dental).
- 5 Estudios de salud conductual.
- 6 Estudios de desarrollo y remisión.
- 7 Vacunas (inmunizaciones).
- 8 Exámenes del habla, audición y visión.
- 9 Prueba de tuberculosis (TB), anemia y rasgo drepanocítico.
- 10 Pruebas de laboratorio (incluidos estudios de plomo en sangre).
- 11 Educación para la salud y análisis sobre la salud, nutrición y salud conductual de su hijo.

También puede ser elegible para los servicios detallados a continuación. Consulte con su PCP o llame a Servicios para Miembros para obtener información sobre los siguientes programas y servicios:

- 1 **Women, Infants and Children (WIC) Program:** programa educativo comunitario sobre nutrición para mujeres embarazadas, que están amamantando o en postparto y niños de hasta 5 años. El programa WIC puede proveer alimentos que promueven una buena salud. Los beneficios incluyen lo siguiente:
 - a. Alimentos nutritivos sin costo.
 - b. Educación sobre nutrición.
- 2 **Head Start:** programa comunitario que ayuda a su hijo en el inicio escolar. Si tiene un hijo de entre 3 y 5 años, es posible que pueda recibir ayuda antes de ingresar al jardín de infantes. Head Start ayuda a que todos los niños sean exitosos en su inicio escolar. En algunas áreas, hay servicios disponibles para bebés y niños pequeños.
- 3 **Arizona Early Intervention Program (AzEIP):** programa comunitario que puede brindar servicios tales como terapia física y apoyo a niños de hasta 3 años con retrasos en el desarrollo o discapacidades. Los servicios que no son médicamente necesarios no tendrán cobertura de Care1st.
- 4 **Servicios de Salud Conductual:** están disponibles a través de Care1st, a menos que su tarjeta de identificación tenga un número de teléfono específico incluido para casos de salud conductual. Consulte la sección de Salud conductual de este manual para obtener más información y para acceder a los números de contacto.

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

- Recién Nacido
- 2 meses
- 9 meses
- 18 meses
- 3-5 días
- 4 meses
- 12 meses
- 24 meses
- 1 mes
- 6 meses
- 15 meses
- 30 meses

Consultas anuales a partir de los 3 hasta los 20 años**Concierte una cita con el dentista de su hijo para realizar controles en las siguientes edades:**

- **12 meses (o pregúntele a su PCP):** para comenzar con hábitos y exámenes dentales tempranos y saludables.
- **Después de los 12 meses hasta los 20 años:** dos veces al año para un control dental exhaustivo y para realizar una limpieza.

También tiene cobertura en el seguimiento de cualquier problema encontrado en estos controles. Llame a Servicios para Miembros 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 concertar una cita, comuníquese con Servicios para Miembros o el Coordinador de EPSDT.

Si pierde la elegibilidad, llame a Bureau of Health Systems Development del Arizona Department of Health Services al **1-602-542-1219**. O bien, utilice el Localizador de Clínicas en azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php para encontrar una clínica Sliding Fee Schedule que ofrezca servicios gratuitos o de bajo costo cerca de usted.

Cuidado Preventivo y de Bienestar

Las mujeres miembro, o miembros designadas mujeres al nacer, tienen acceso directo a servicios de atención preventiva y de bienestar de un PCP, un ginecólogo/obstetra u otro proveedor de atención maternal dentro de la red de Care1st sin remisión por parte de un proveedor de cuidado primario.

Atención Prenatal

Si está embarazada, es muy importante que reciba atención prenatal y respete todas sus citas médicas. Llame a su PCP de inmediato para concertar una cita si cree que está embarazada. Su PCP le realiza una prueba para saber si está embarazada.

Si lo está, puede autoderivarse a un proveedor de atención maternal. Su PCP puede ayudarla a elegir uno. Puede elegir un obstetra, un asistente médico, un enfermero profesional, un partero enfermero certificado o un partero licenciado para que se encargue de su embarazo y parto. Si recibe atención por parte de un partero enfermero certificado, también puede elegir recibir parte o toda su atención primaria de su PCP asignado. Los parteros licenciados no pueden proporcionar ningún servicio médico adicional, ya que el cuidado primario no está dentro de su ámbito de práctica.

Si la prueba confirma que está embarazada o si está embarazada cuando se une a Care1st, llame a Servicios para Miembros y pida hablar con un coordinador de Salud Materno Infantil (MCH) de Care1st. Pueden



ayudarla a encontrar un médico obstetra, un partero enfermero certificado o un partero licenciado para cuidarla durante su embarazo y parto. Su proveedor de atención maternal debe aceptar Care1st.

La atención maternal incluye identificación de embarazo, atención prenatal, servicios de parto y servicios y atención postparto. Es importante que concierte y asista a las citas con su proveedor durante el embarazo.

Su coordinador de MCH la ayudará con preguntas o problemas sobre su embarazo. Si es nueva en Care1st o se pasó recientemente a Care1st y está cursando su tercer trimestre, puede seguir recibiendo atención durante el embarazo con su proveedor registrado actualmente en AHCCCS, independientemente de si ese proveedor tiene contrato con Care1st. Si tiene problemas o preguntas sobre su embarazo, llame al Coordinador de MCH al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Su proveedor de atención maternal le realiza un chequeo completo en la primera consulta. También se hacen análisis de sangre y orina para determinar si tiene problemas médicos que podrían afectar su embarazo. Puede incluir pruebas para infecciones de transmisión sexual (STI). Le pueden realizar pruebas prenatales para HIV/AIDS. Hay asesoramiento disponible para usted si el resultado para HIV/AIDS fuera positivo. Recibir tratamiento si su resultado es positivo para HIV/AIDS puede beneficiarla a usted y a su bebé, ya que se puede evitar que el bebé se infecte con HIV. Su proveedor puede comentarle las opciones de tratamiento.

Su atención postparto es muy importante y está cubierta después del parto. Su proveedor le indica cuándo debe realizar esta consulta, que se basa en lineamientos del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Debe realizar una consulta posparto entre cuatro y seis semanas después del nacimiento del bebé. Es posible que su proveedor quiera verla en un plazo de una o dos semanas si tuvo una cesárea o si tiene ciertas afecciones, pero debe volver a ver a su proveedor dentro de las ocho semanas posteriores al parto.

Tiene a disposición servicios y suministros de planificación familiar. Su proveedor de atención maternal le brindará información sobre los servicios y suministros de planificación familiar. Estos pueden incluir asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y el tiempo de espera entre un parto y otro. Los suministros de planificación familiar incluyen las inyecciones y las píldoras anticonceptivas, los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC), los diafragmas, los IUD, los anticonceptivos reversibles de acción prolongada de posparto inmediato (IPLARC), los preservativos, las esponjas anticonceptivas y los supositorios.

Su proveedor de atención maternal se asegurará de que todo esté bien para usted y su bebé. Llame a su proveedor de atención maternal en caso de cualquier inquietud. Asegúrese de asistir a todas sus citas programadas.

Pruebas de HIV

Todos los miembros de Care1st (tanto aquellos cuyos resultados de HIV fueron y/o no fueron positivos) pueden obtener información sobre pruebas, asesoramiento y tratamiento de HIV. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.



Planificación Familiar

La planificación familiar es decidir si y/o cuándo desea tener hijos. Los servicios y suministros de planificación familiar se ofrecen 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 AHCCCS. No necesita una remisión o autorización previa de su PCP para consultar con un proveedor de planificación familiar de Care1st, ni aunque el proveedor de planificación familiar no sea un proveedor de la red de Care1st. Care1st puede ayudarlo a programar una cita con un proveedor de planificación familiar. También podemos ayudarlo con el transporte. La planificación familiar es gratuita.

Su proveedor puede ayudarlo a encontrar el tipo de anticoncepción que mejor funcione para usted. Entre los servicios y suministros de planificación familiar, se incluyen los siguientes:

- 1 Asesoramiento sobre planificación familiar (anticoncepción).
- 2 Pruebas de embarazo, exámenes médicos y pruebas de laboratorio, incluidos los estudios de ultrasonido relacionados con la planificación familiar.
- 3 Tratamiento de complicaciones que resultan del uso de anticonceptivos, incluido el tratamiento de emergencia.
- 4 Pruebas de detección y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI).
- 5 Los siguientes métodos de anticoncepción:
 - Píldoras anticonceptivas.
 - Inyecciones anticonceptivas.
 - Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) y anticonceptivos reversibles de acción prolongada de posparto inmediato (IPLARC), tales como:
 - Implantes anticonceptivos.
 - Dispositivos intrauterinos, también conocidos como IUD.
 - Preservativos.
 - Diafragmas.
 - Esponjas anticonceptivas y supositorios.
 - Anticonceptivos orales de emergencia, también conocidos como “píldora del día después”, que deben tomarse dentro las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección.
 - Esterilización (ligadura de trompas y vasectomía). Los miembros deben tener, al menos, 21 años para recibir estos servicios.
 - Educación para planificación familiar natural o remisión a un proveedor calificado de planificación familiar natural.



Terminaciones de Embarazos Medicamente Necesarias

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

- 1 La mujer embarazada sufre de un trastorno físico, lesión física o enfermedad física, lo que incluye una afección física que ponga en peligro su vida, es causada por el embarazo, o surge de él y que podría, según lo certifique un médico, poner la vida de la miembro en peligro de muerte a menos que el embarazo se termine.
- 2 El embarazo es resultado de un incesto.
- 3 El embarazo es resultado de una violación.
- 4 La terminación del embarazo es médicamente necesaria según el juicio médico de un médico certificado, que atestigua que la continuación del embarazo podría significar un problema físico o conductual grave para la mujer embarazada, ya que:
 - a. Crearía un problema de salud físico o conductual grave para la mujer embarazada,
 - b. Dificultaría gravemente una función corporal de la mujer embarazada,
 - c. Causaría la disfunción de un órgano corporal o parte del cuerpo de la mujer embarazada,
 - d. Exacerbaría un problema de salud de la mujer embarazada, o
 - e. Impediría que la mujer embarazada obtenga tratamiento por un problema de salud.

Servicios para Adultos

Los adultos (miembros de 21 años o más) necesitan ver a su PCP al menos una vez al año. Hay pruebas, exámenes y hasta vacunas que los adultos deben realizarse regularmente. Algunos de estos servicios dependen de su edad o sexo.

Para los miembros de 21 años o más, las consultas de bienestar están cubiertas. Los estudios de prevención también tienen cobertura. Consulte la tabla de beneficios excluidos/limitados en Servicios Sin Cobertura. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos. Los servicios cubiertos para adultos incluyen lo siguiente:

- Colonoscopías.
- Mamografías.
- Papanicolaou u otras pruebas de detección de cáncer cervical.
- Vacunas (inmunizaciones) para difteria, tétanos, influenza (gripe), neumococo (neumonía), COVID-19, rubeola, sarampión, hepatitis A, hepatitis B, pertussis (según lo recomendado actualmente por los CDC o el ACIP), varicela para miembros de 50 años o más y virus del papiloma humano (HPV) para miembros de todos los géneros.



- Información sobre las pruebas, el asesoramiento y el tratamiento del HIV.
- Tratamiento para enfermedades y/o afecciones crónicas, tales como diabetes, asma, colesterol alto, hipertensión, cáncer, infecciones de transmisión sexual (STI), tuberculosis y HIV/AIDS.

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

- Tabaco.
- Consumo de drogas y alcohol.
- Salud emocional y conductual.
- Buena alimentación.
- Haga ejercicio.
- Comportamiento sexual y servicios de planificación familiar.
- Prevención de enfermedades y lesiones.

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

El **Departamento de Administración Médica** tiene enfermeros que pueden ayudarlo a administrar 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/Administración de Casos de Care1st. Llame a Servicios para Miembros 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 de 21 años de edad y más tienen cobertura si están relacionados con un servicio médico o quirúrgico. Incluye dolor grave, infección o fractura de la mandíbula. Los servicios se limitan a los siguientes:

- Examen de la boca.
- Radiografías.
- Cuidado de la boca o mandíbula fracturada.
- Anestesia.
- Medicamentos o antibióticos para el dolor.

Ciertos servicios dentales previos a un 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 luego de que la evaluación de trasplante haya sido completada y de que usted haya sido aprobado para el trasplante. También cubriremos el costo de extracciones de dientes antes de que reciba tratamiento para cáncer de mandíbula, cuello o cabeza.

Los miembros adultos de más de 21 años reciben un beneficio dental de emergencia de \$1,000 para cada período de 12 meses (oct. 1-sept. 30).

Atención de la Vista

La atención de la vista tanto de rutina como de emergencia tiene cobertura para los miembros menores de 21 años. Para recibir servicios de la vista, no necesita una remisión de su PCP. La cobertura para los miembros de 21 años o más solo incluye servicios de emergencia y algunos servicios de la vista médicamente necesarios.

Los anteojos y otros servicios de la visión están cubiertos para los miembros de Care1st menores de 21 años. Los miembros de EPSDT pueden obtener anteojos para corrección visual. Estos incluyen, pero no se limitan a:



- Una nueva receta para anteojos.
- Unos anteojos nuevos si su receta cambia.
- Unos anteojos de repuesto si pierde o rompe los que tenía.

No es necesario que los miembros esperen hasta la próxima consulta de rutina para niños de EPSDT para reemplazar o reparar sus anteojos.

No es necesario que los miembros mejoren sus anteojos. Si los miembros eligen una mejora que no está cubierta por AHCCCS, el miembro es responsable del costo. El proveedor de anteojos debe asegurarse de que el miembro acepte ser responsable del costo de la mejora. El miembro deberá firmar un documento que indique que está dispuesto a pagar la mejora.

¿Necesita recibir más información? Llame a Servicios para Miembros de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) o visite **care1staz.com**.

Servicios Dentales

Envolve Dental brinda beneficios dentales a los miembros de Care1st en nombre de Care1st. Envolve Dental se encarga de lo siguiente:

- Autorizaciones previas.
- Evaluación y pago de los reclamos.
- Acreditación del proveedor.
- Servicio al cliente del proveedor.

Si tiene alguna pregunta, llame a Envolve Dental al **1-844-876-2028**.

Servicios Dentales Cubiertos por AHCCCS

Los servicios dentales están cubiertos para todos los miembros de EPSDT menores de 21 años. Incluye los servicios dentales médicamente necesarios, tales como:

- Exámenes dentales.
- Servicios preventivos.
- Servicios dentales terapéuticos.
- Dentaduras médicamente necesarias.
- Servicios dentales previos a un trasplante.

Las limitaciones del servicio dental descritas anteriormente no se aplican a los miembros indígenas estadounidenses (AI) ni nativos de Alaska (AN) cuando reciben servicios dentales en un centro IHS/638.

A todos los miembros de EPSDT menores de 21 años se les asigna un centro dental.

¿Qué es un centro dental?

Un centro dental es donde atiende el dentista al que acude regularmente para sus exámenes y limpiezas. Este dentista se hará cargo de toda su atención oral.

Asignación de Miembros

A los miembros se les asigna un centro dental según su edad y residencia. Los miembros pueden cambiar el centro dental asignado llamando a Envolve Dental al número de teléfono indicado anteriormente.



Cronograma de Exámenes

La información sobre la frecuencia con la que los miembros de AHCCCS deben consultar a su dentista para obtener atención de rutina puede encontrarse en el Cronograma de Periodicidad Dental de AHCCCS (Política 431 Anexo A de AMPM). También se encuentra disponible en nuestro sitio web en **care1staz.com**.

Care1st fomenta a nuestros miembros de EPSDT a realizarse los controles dentales cada seis meses a partir del año de edad.

Cómo Concertar, Cambiar o Cancelar una Cita Odontológica

La mayoría de los dentistas no pueden atenderlo a menos que tenga una cita. Cuando llame para concertar una cita, esté listo para brindar la siguiente información:

- Su nombre (o nombre del niño si la cita es para su hijo).
- Su número de identidad (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. Si necesita cambiar o cancelar una cita, intente llamar, como mínimo, un día antes. Es muy importante respetar sus citas. Informe al consultorio con antelación si no puede asistir a su cita.

Servicios de Farmacia

Usted debe acudir a una farmacia de Care1st para adquirir sus medicamentos. Una herramienta en el sitio web de Care1st le permite buscar farmacias por nombre o código postal. Visite **findaprovider.care1staz.com**. También puede llamar a Servicios para Miembros si desea ayuda para encontrar una farmacia cerca de usted.

Cuando su proveedor le emita una receta de medicamentos, hay preguntas que debe hacer antes de irse del consultorio. Pregúntele a su proveedor:

- 1 Si el medicamento está en la lista de medicamentos cubiertos por Care1st (esta lista se denomina formulario).
- 2 Para qué se usa el medicamento.
- 3 Cuántas veces al día debe tomar el medicamento.
- 4 Cuánto debe tomar cada vez.
- 5 Durante cuánto tiempo debe tomar el medicamento.
- 6 Cómo puede obtener un reabastecimiento si fuera necesario.
- 7 Qué debe esperar del medicamento (¿cuánto tiempo tarda en hacer efecto?, ¿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, visite care1staz.com/members/medicaid/benefits-services/pharmacy.html.

Si su proveedor emite una receta por un medicamento que no está en la lista, pídale que le emita una receta para algo que figure en la lista. Si su proveedor considera 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 debe explicar por qué tiene que tomar un medicamento que no está en la PDL.

Si la farmacia le dice que Care1st no pagará el medicamento, llame de inmediato a Servicios para Miembros. No pague ese medicamento con su dinero. Las farmacias no permitirán que los miembros de 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 recibir).
- Terapia escalonada (es posible que deba probar un determinado medicamento antes de que se pueda aprobar otro).
- Autorización previa (PA o aprobación del plan).

Usted o su proveedor pueden solicitarnos autorización previa para los medicamentos. Todas las decisiones se toman dentro de las 24 horas después de recibir la solicitud, a menos que se necesite más información. Si necesitamos más información, le daremos una decisión final dentro de los siete días hábiles a partir de la fecha de la solicitud.

Si se rechaza su solicitud de autorización previa, se le enviará por correo a usted y a su proveedor una *Notificación de Determinación Adversa de Beneficios* O una *Notificación de Decisión* (NOD). Esta notificación contiene información sobre cómo puede presentar una apelación.

AHCCCS y Care1st cubren medicamentos que son médicamente necesarios, tienen buena relación costo precio, y están permitidos por la ley estatal y federal. No se cubren ciertos medicamentos. Estos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos recetados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos clasificados como medicamentos de DESI (Implementación de Estudios de Eficacia de Medicamentos) por la FDA.
- Medicamentos que un médico, un dentista u otro proveedor dispensan personalmente (no se incluyen las áreas rurales o remotas donde no hay farmacias participantes o las farmacias accesibles están cerradas).
- Medicamentos para pacientes ambulatorios en el caso de miembros en virtud del Programa Federal de Servicios de Emergencia, excepto medicamentos relacionados con la diálisis para individuos con servicios extendidos.
- Marihuana medicinal.
- Medicamentos elegibles para la cobertura según la Part D de Medicare para miembros de AHCCCS elegibles para Medicare.



- Medicamentos experimentales.
- Medicamentos suministrados únicamente para fines cosméticos.
- Medicamentos utilizados para perder peso.

Medicamentos Especializados: algunos medicamentos califican como “medicamentos especiales”. Son para afecciones de salud crónicas y generalmente requieren un manejo, almacenamiento o administración especiales. Su farmacia local no puede administrarle estos medicamentos. En lugar de este servicio, deberá utilizar la Red de Farmacias Especializadas Limitada de Care1st. Estas farmacias cuentan con certificación de especialidad y pueden ayudarlo con el manejo de enfermedades. La Red de Farmacias Especializadas Limitadas de Care1st incluye lo siguiente:

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

A partir del 1 de enero del 2024, la Red de Farmacias Especializadas de Care1st incluirá a AcariaHealth Pharmacy (preferida) y CVS Caremark Specialty Pharmacy para los miembros que necesitan medicamentos para la hemofilia y/o medicamentos de distribución limitada que no están disponibles a través de AcariaHealth.

Si necesita surtir una receta médica después del horario de atención normal, un fin de semana o un día festivo por causa de una emergencia o después de un alta hospitalaria; puede pedirle a su farmacéutico que llame al Gerente de Beneficios de Farmacia de Care1st para obtener un suministro de cuatro días para usted. Del 1 de octubre del 2023 al 31 de diciembre del 2023, llame a Care1st PBM al **1-877-817-0474.**

Después del 1 de enero del 2024, pídale a su farmacéutico que llame al **1-833-750-4339 para hablar con un representante del equipo de PBM de Care1st.**

Si está teniendo problemas para obtener su receta durante los horarios normales de atención o si se encuentra en una farmacia durante el horario normal de atención y Care1st no está pagando por sus medicamentos, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página. Lo ayudaremos. Si usted se encuentra en una farmacia después del horario normal de atención, un fin de semana o un feriado, y está teniendo problemas para obtener su receta o Care1st no está pagando por sus medicamentos, llame al teléfono de Servicios para Miembros que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación y presione la opción para hablar con un enfermero.

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



Medicamentos Controlados: todas las recetas nuevas y para renovaciones de medicamentos de opioides 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 de opioides de larga duración están sujetos a una autorización previa. Tenga en cuenta que la Ley de Opioides de AZ tiene excepciones basadas en la edad y/o las enfermedades.

Farmacias/Proveedores Exclusivos: una farmacia o un proveedor exclusivos son farmacias o proveedores a los que debe acudir para todas sus necesidades de medicamentos controlados. No podrá obtener medicamentos controlados de otra farmacia o proveedor. Care1st tampoco pagará por medicamentos controlados que no sean administrados por su farmacia o proveedor exclusivo.

Es posible que deba acudir a una farmacia y/o proveedor exclusivo en los siguientes casos:

- Si usa cuatro farmacias o más en un período de tres meses.
- Si usa cuatro proveedores o más en un periodo de tres meses.
- Si toma cuatro medicamentos controlados y/o medicamentos con potencial de abuso o más en un periodo de tres meses.

También es posible que deba acudir a una farmacia y/o proveedor exclusivo en los siguientes casos:

- Si tomó 12 medicamentos controlados y/o medicamentos con potencial de abuso o más en los últimos tres meses.
- Si presentó una receta falsificada o alterada en su farmacia.
- Si AHCCCS solicita una farmacia y/o un proveedor exclusivos.

Se le puede asignar un proveedor y/o farmacia exclusivos a un miembro durante 12 meses. Care1st le enviará una carta 30 días antes de que esté inscrito en el programa. Esta carta le explicará el motivo por el que tiene que usar una farmacia y/o un proveedor exclusivos.

Después de los 12 meses, revisaremos la farmacia y/o el proveedor exclusivos que se le asignó. Care1st le notificará si la restricción continua durante otros 12 meses o se termina. Si la farmacia y/o el proveedor exclusivos continúan y usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar por escrito una Audiencia Imparcial del Estado.

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

- Si actualmente recibe tratamiento para el cáncer.
- Si recibe cuidados paliativos.
- Si vive en un centro de enfermería especializada.

Para los beneficiarios de AHCCCS con Medicare, AHCCCS NO paga medicamentos que paga la Part D de Medicare o los costos compartidos (coseguros, deducibles y copagos) de estos medicamentos. AHCCCS y sus planes de salud no pueden pagar los medicamentos o los costos compartidos (coseguros, deducibles y copagos) de medicamentos disponibles a través de la Part D de Medicare, incluso si elige no inscribirse en un plan de la Part D de Medicare. Esto se debe a que la ley federal exige que la Part D de Medicare pague por estos medicamentos.

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



Servicios de Salud Conductual

Como miembro de Care1st, puede obtener servicios de salud conductual y de consumo de alcohol y sustancias sin costo alguno. Estos servicios pueden ayudarlo con problemas como depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastorno por uso de sustancias (SUD). Para miembros con Medicare como seguro principal, Care1st, como su seguro secundario, paga por copagos de salud conductual, deducibles de Medicare y algunos servicios que no están cubiertos por Medicare.

Nuestro equipo de Servicios para Miembros de Care1st está para ayudarlo a acceder a los servicios y/o si tiene preguntas sobre los servicios o proveedores de salud conductual. Nuestra red de proveedores ofrece opciones de servicio individualizadas, culturalmente sensibles e integrales para personas, niños y familias con problemas generales de salud mental y de uso de sustancias. Puede acceder a los servicios de salud conductual de diversas maneras:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).
- Hable con su PCP.
- Visite **findaprovider.care1staz.com** para obtener una lista de los proveedores de salud conductual contratados.

También puede obtener servicios de una organización administrada por pares o por una familia. Las organizaciones administradas por pares son proveedores de servicios que son propiedad y están operadas y administradas por personas con experiencias vividas de trastornos mentales y/o por uso de sustancias. Las organizaciones administradas por familias son proveedores de servicios de propiedad y están operadas y administradas por padres/personas con experiencias vividas como cuidadores principales de un niño o adulto que recibe servicios de salud mental. 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 individual entre pares.
- 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.
- Oportunidades para conocer personas nuevas.
- Desarrollo personal.
- Empoderamiento.
- Horarios extendidos y/o de fines de semana.

Puede recibir 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 servicio en la organización administrada por pares o familias de su elección. Una vez que los solicite, debe recibir



los servicios dentro de los 30 días. Si tiene algún problema para recibir servicios oportunamente en la organización administrada por pares o familias de su elección, comuníquese con Servicios para Miembros de Care1st.

Como miembro del plan, también puede obtener una designación de una Enfermedad Mental Grave (SMI) si es necesario. Para recibir los servicios de SMI, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Debe tener 17.5 años de edad 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 cuidado de adultos.
- Debe tener un diagnóstico de SMI que califique (bipolaridad, psicosis, cambios de estado de ánimo, 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 diarias).

Un médico clínico calificado puede evaluar a cualquier individuo desde el nacimiento hasta los 18 años para determinar su elegibilidad para SED. Solari realiza las determinaciones de elegibilidad para SED.

Una persona puede solicitar su evaluación para los servicios de SMI o SED en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre el proceso de remisión para recibir una designación de SMI o SED, puede hacerlo de las siguientes maneras:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).
- Hable con su PCP.
- Llame a su proveedor de servicios de salud conductual establecido.

Su proveedor establecido o un proveedor de Care1st contratado completa una evaluación y un paquete de evaluación de SMI/SED. Un tutor legal/responsable de la toma de decisiones de atención médica puede solicitar que se complete una evaluación de SMI/SED para el miembro. Esa 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/SED. Solari decide si la persona es elegible. La decisión incluirá información sobre cómo apelar si no está de acuerdo con el resultado. Solari utiliza pautas y criterios estatales.

Si no tiene un proveedor de servicios de salud conductual establecido, Servicios para Miembros de Care1st puede ayudarlo a encontrar un proveedor que pueda completar una evaluación o responder preguntas sobre el proceso.

Si está hospitalizado y necesita una evaluación de SMI, los equipos de respuesta rápida del hospital están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. El equipo de respuesta rápida se asegurará de que se realice la evaluación de SMI y/o se cumplan otras necesidades de salud conductual que tenga, incluidas las siguientes:

- Asesoramiento para pacientes ambulatorios.
- Traslado a un centro para pacientes internados.
- Presentar una petición por orden judicial.



En la mayoría de los casos, los miembros con una SMI designada reciben servicios de salud conductual de la RBHA. Si necesita más ayuda, recursos o información sobre el tratamiento, puede recibir otros servicios (vivienda, asistencia especial, administración de casos) llamando a su representante de salud conductual en su clínica de SMI.

También está nuestra línea directa de crisis de salud conductual. La Línea Estatal para Crisis es 1-844-534-4673 (1-844-534-HOPE). Las personas usan una línea directa en momentos de crisis de salud conductual para diferentes tipos de problemas de salud conductual, incluidos los siguientes:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno de estrés postraumático (PTSD).
- Trastornos de alimentación.

Si está pasando por una crisis de salud mental, no está solo. Muchas personas tienen luchas similares. Hay recursos que lo pueden ayudar. Durante una crisis, usted puede sentir que las cosas no van a cambiar nunca. Comunicarse con una línea para crisis de salud conductual es un buen modo de comenzar a obtener ayuda. **Si teme que usted o alguien que conoce se lastime a sí mismo o a otros, llame al 911 de inmediato.**

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

AHCCCS cubre medicamentos que son médicamente necesarios, tienen buena relación costo beneficio y están permitidos por la ley estatal y federal. (Para recibir una explicación y lista de medicamentos que AHCCCS no paga para beneficiarios de Medicare, consulte la sección de Servicios de farmacia).

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

Visión para la prestación de servicios de salud conductual de Arizona

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

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



Los 12 Principios para la Prestación de Servicios a Niños:

1 Colaboración con el niño y la familia:

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

2 Resultados funcionales:

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

3 Colaboración con otros:

- a. Cuando los niños tienen participación de múltiples agencias y múltiples sistemas, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa de manera colaborativa un plan de servicios de salud conductual de manera colaborativa,
- b. Los equipos centrados en el paciente planifican y prestan los servicios,
- c. El equipo de cada niño incluye al niño, los padres y los padres de acogida, toda persona importante en la vida del niño que es invitada a participar por los niños o padres. El equipo también incluye a todas las otras personas necesarias para desarrollar un plan efectivo, incluidos, según corresponda, el maestro del niño, el trabajador de casos del Department of Child Safety (DCS) y/o Division of Developmental Disabilities (DDD) del niño y el oficial de libertad condicional del niño, y
- d. El equipo:
 - i. Desarrolla una evaluación común de las necesidades y fortalezas de la familia y el niño,
 - ii. Desarrolla un plan de servicio individualizado,
 - iii. Controla la implementación del plan, y
 - iv. Hace ajustes en el plan si no funciona bien.

4 Servicios accesibles:

- a. Los niños tienen acceso a una gama integral de servicios de salud conductual, suficiente para asegurarse de que reciban el tratamiento que necesitan,
- b. Se ofrece administración del caso si es necesario,



- c. Los planes de servicios de salud conductual identifican los servicios de transporte que los padres y el niño necesitan para acceder a los servicios de salud conductual y cómo se brindará la asistencia para el transporte, y
- d. Los servicios de salud conductual se adaptan o crean cuando son necesarios, pero no están disponibles.

5 Prácticas recomendadas:

- a. Los servicios de salud conductual son brindados por personas competentes que están entrenadas y supervisadas,
- b. Los servicios de salud conductual se prestan según los lineamientos que incorporan las “prácticas recomendadas” basadas en evidencia,
- c. Los planes de servicios de salud conductual identifican y abordan adecuadamente síntomas conductuales relacionados con lo siguiente: trastornos del aprendizaje, problemas por consumo de sustancias, necesidades de salud conductual especializadas para niños con discapacidad del desarrollo, antecedentes de traumas (por ejemplo, abuso o negligencia) o eventos traumáticos (por ejemplo, muerte de un familiar o desastre natural), comportamiento sexual inadecuado, conducta abusiva y comportamiento riesgoso. Los planes de servicio también abordan la necesidad de estabilidad y la necesidad de promover la permanencia en las vidas de los miembros de la clase, especialmente los miembros de la clase en cuidado de acogida, y
- d. Los servicios de salud conductual son continuamente evaluados y modificados si no son efectivos para lograr los resultados deseados.

6 El entorno más apropiado:

- a. Los niños reciben servicios de salud conductual en sus hogares y comunidad en la medida que sea posible, y
- b. Los servicios de salud conductual se brindan en el entorno más apropiado posible según las necesidades del niño. Cuando se prestan en un entorno residencial, el entorno es el más integrado y el entorno más similar al hogar que sea apropiado a las necesidades del niño.

7 Oportunidad:

- a. Cuando se identifica que un niño necesita servicios de salud conductual, se evalúa y se le presta el servicio de manera oportuna.

8 Los servicios se ofrecen a la medida del 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 conductual que se prestan, y
- b. Se alienta y se asiste a los padres y niños a articular sus propias necesidades y fortalezas, las metas que están buscando, y qué servicios piensan que son necesarios para alcanzar estas metas.

9 Estabilidad:

- a. Los planes de servicios de salud conductual minimizan las múltiples ubicaciones,



- b. Los planes de servicio identifican si el miembro de la clase tiene riesgos de experimentar una dificultad en su ubicación y, así, se identifican los pasos a tomar para minimizar o eliminar el riesgo,
- c. Los planes de servicios de salud conductual anticipan crisis que podrían presentarse e incluyen estrategias específicas y servicios que se emplearán si se presenta una crisis,
- d. Al responder a crisis, el sistema de salud conductual usa todos los servicios apropiados de salud conductual para ayudar a que el niño permanezca en su casa, minimizar las dificultades en las ubicaciones y evitar el uso inapropiado del sistema de policía y justicia criminal, y
- e. Los planes de servicios de salud conductual anticipan y planifican transiciones apropiadas en las vidas de los niños, incluidas transiciones a escuelas nuevas y nuevas ubicaciones, y transiciones a servicios para adultos.

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

- a. Los servicios de salud conductual se brindan en una manera tal que respetan la tradición y herencia cultural del niño y la familia, y
- b. Los servicios se prestan en español a niños y padres cuyo idioma principal es el español.

11 Independencia:

- a. Los servicios de salud conductual incluyen apoyo y capacitación para padres en la satisfacción de las necesidades de salud conductual del niño y apoyo y capacitación para los niños en la autogestión, y
- b. Los planes de servicios de salud conductual identifican la necesidad de los niños y los padres de capacitarse y recibir apoyo para participar como socios en el proceso de evaluación, y en la planificación, prestación y evaluación de los servicios, y obran para que esté disponible tal capacitación y apoyo, incluidos asistencia de transporte, análisis avanzados, y ayuda con la comprensión de materiales escritos.

12 Conexión con apoyos naturales:

- a. El sistema de salud conductual identifica y usa apropiadamente apoyos naturales disponibles de la propia red de asociados de los niños y padres, incluidos amigos y vecinos, y de organizaciones de la comunidad, incluidas organizaciones de servicio y religiosas.

Nueve Principios Guía para Sistemas y Servicios de Salud Conductual Orientada a la Recuperación de Adultos

1 Respeto

El respeto es la base fundamental. Implica conocer al individuo en donde esté, sin prejuicios, con gran paciencia y empatía.



2 Los individuos en recuperación eligen servicios y están incluidos en decisiones del programa y esfuerzos de desarrollo del programa

Un individuo en recuperación tiene capacidad de elección y puede dar su opinión. Su autodeterminación en la dirección de los servicios, decisiones del programa y desarrollo del programa se hacen posibles, en parte, mediante la dinámica continua en la educación, análisis y evaluación, lo que deriva en la creación de un “consumidor informado” y la paleta más amplia posible a partir de la cual se pueden tomar decisiones. Las personas en recuperación deben participar en cada nivel del sistema, desde la administración hasta la prestación del servicio.

3 Se pone énfasis en la persona como un todo, mientras se incluyen y/o se desarrollan soportes naturales

Un individuo en recuperación se considera como nada menos que un ser integral: capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. Como tal, el énfasis se pone en empoderar la mayor autonomía posible y el estilo de vida más natural y completo posible. Esto incluye acceso y participación en los apoyos naturales y sistemas sociales a medida para la comunidad social de una persona.

4 Se empodera a las personas para que avancen hacia su independencia y para permitirles tomar riesgos sin temor al fracaso

Un individuo en recuperación encuentra la independencia a través de la exploración, experimentación, evaluación, contemplación y acción. Se mantiene una atmósfera en donde las medidas hacia la independencia se alientan y se refuerzan en un entorno donde la seguridad y el riesgo se valoran como ingredientes que promueven el crecimiento.

5 Integración, colaboración y participación con la comunidad que uno elija

Un individuo en recuperación es un miembro valorado, que contribuye a la sociedad y que, como tal, merece y beneficia a la comunidad. Tal integración y participación recalca el rol de cada uno como una parte vital de la comunidad, la dinámica de la comunidad como inextricable de la experiencia humana. Se valora el servicio a la comunidad y el voluntariado.

6 Asociación entre individuos, el personal y los familiares/apoyos naturales para la toma de decisiones compartida con una base en la confianza

Un individuo en recuperación, como cualquier miembro de una sociedad, encuentra fortaleza y apoyo a través de las asociaciones. Las alianzas basadas en la comparación con énfasis en la optimización de la recuperación reafirman la autoconfianza, expanden la comprensión en todos los participantes y derivan en la creación de resultados y protocolos óptimos.

7 Los individuos en recuperación definen su propio éxito

Un individuo en recuperación, por su propia declaración, descubre el éxito, en parte, por la calidad de los resultados en su vida, que pueden incluir un sentido mejorado del bienestar, integración avanzada en la comunidad, y mayor autodeterminación. Los individuos en recuperación son expertos en ellos mismos: definen sus metas y los resultados deseados.

**8 Servicios flexibles, basados en las fortalezas y adaptables que reflejan las preferencias culturales de una persona**

Un individuo en recuperación puede esperar y se merece tener servicios flexibles, oportunos y con capacidad de respuesta que sean accesibles, estén disponibles, sean confiables, responsables y sensibles a los valores culturales y morales. Un individuo en recuperación es la fuente de su propia fortaleza y resiliencia. Aquellos que funcionan como apoyos y facilitadores identifican, exploran y funcionan para optimizar las fortalezas demostradas en la persona como herramientas para generar mayor autonomía y efectividad en la vida.

9 La esperanza es la base del trayecto hacia la recuperación

Un individuo en recuperación tiene la capacidad para la esperanza y prospera mejor en asociaciones que promueven la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidad enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para resultados inesperados y no comunes a hacerse realidad. Un individuo en recuperación no tiene límites en su potencial y posibilidades.

Clínicas Interdisciplinarias de Especialidades Múltiples (MSICS) y Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)

¿Qué son las MSIC?

Las **Clínicas Interdisciplinarias de Especialidades Múltiples (MSIC)** son clínicas donde su hijo puede ver a muchos especialistas en un solo lugar y, en ocasiones, en la misma cita.

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

Cada MSIC figura a continuación.

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



La mayoría de las veces, los proveedores no pueden atenderlo a usted o a su hijo a menos que tengan una cita. Cuando llame para concertar una cita con 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 identificación de su hijo (o su número de identificación si la cita es para usted).
- Que su hijo es miembro de Care1st (o que 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 respetar sus citas. Informe al consultorio con antelación si no puede asistir a su cita.

¿Qué es CRS?

Los **Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)** es una designación dada a ciertos miembros de AHCCCS que padecen afecciones de salud que califican para tal servicio. Los miembros con CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos que los miembros sin CRS. Los miembros con CRS también pueden recibir atención en la comunidad o en MSIC. Ayudamos a los miembros con CRS a acceder a una coordinación y un monitoreo de la atención más cercanos para garantizar que se satisfagan sus necesidades especiales de atención médica.

¿Quién Puede Obtener una Designación de CRS?

Los miembros de AHCCCS pueden obtener una designación de CRS cuando son menores de 21 años y tienen una condición médica que califica para CRS. La afección médica debe:

- Necesitar tratamiento activo.
- Ser cumplir, según la División de Servicios para Miembros y Proveedores de AHCCCS, con los criterios especificados en R9-22-1301-1305.

Cualquier persona puede completar una solicitud de CRS, incluido un miembro de la familia, un proveedor o un representante del plan de salud. La solicitud de CRS se puede encontrar en azahcccs.gov/PlansProviders/Downloads/CRSApplicationEnglish.pdf. Para solicitar una designación de CRS, envíenos:

- Una solicitud de CRS completada.
- La documentación médica que muestre que el solicitante tiene una afección que califica para CRS y necesita un tratamiento activo.

Puede enviarnos su solicitud de las siguientes maneras:

Por correo: AHCCCS-CRS Unit 801 E Jefferson St MD 3500 Phoenix, AZ 85034

Fax: 1-602-252-5286

Por correo electrónico: dmscrs@azahcccs.gov

Care1st le brinda la atención médicamente necesaria para la atención y servicios físicos y de salud conductual para la afección que requiera CRS. CRS puede ofrecer coordinación de atención para ayudar a que los niños alcancen su potencial más alto. CRS cubre varias afecciones de salud discapacitantes y crónicas. Estas son algunas afecciones elegibles, entre otras:



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

Si su hijo tiene una afección que cumple con los criterios de elegibilidad para CRS, se le entregará una solicitud a AHCCCS. Si aceptamos a su hijo en el programa de CRS, continuará recibiendo los servicios médicos y conductuales por parte de Care1st.

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

- Conocerá quién quiere usted que participe en la atención de su hijo y cuánto quiere que participen.
- Le enseñará a usted y a su sistema de apoyo sobre afección de salud y los medicamentos de su hijo.
- Hablará con usted y con su sistema de apoyo sobre sus beneficios y servicio necesario.
- Se asegurará de que usted y su sistema de apoyo estén incluidos en el análisis sobre las necesidades de salud de su hijo.

Consejo de Defensoría del Miembro

Care1st está comprometido a mejorar el servicio que brindamos a nuestros miembros y familias, ayudándolos a recibir la atención adecuada en el momento y lugar adecuados. No podemos alcanzar este objetivo sin su ayuda. Care1st tiene un Consejo de Defensoría 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 Defensoría del Miembro está abierto a los miembros de Care1st, los padres y tutores de los miembros (incluidos aquellos que cuidan a niños con necesidades especiales) y los miembros de la comunidad que están interesados en la atención de salud conductual.

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 Defensoría del Miembro trata estos temas y más:

- Satisfacción de los miembros.
- Acceso a la atención.
- Políticas y programas de Care1st.
- Recursos de la comunidad.

Las reuniones del Consejo de Defensoría del Miembro se realizan una vez cada tres meses. Si desea conocer más sobre el Consejo de Defensoría del Miembro o le interesa participar, visite care1staz.com/members/medicaid/resources/oifa.html o escríbanos por correo electrónico a OIFA@care1staz.com.



Solicitudes de Autorización Previa para Servicios y Medicamentos

Algunos servicios deben ser revisados y aprobados (autorización previa) por Care1st. Algunos ejemplos son las resonancias magnéticas (MRI), la administración del dolor y las cirugías o procedimientos para pacientes internados. Las Pautas de Autorización Previa de Care1st se encuentran disponibles en **care1staz.com**. Su proveedor envía un pedido de autorización previa a Care1st para el servicio que se solicita. Care1st, según los estándares de AHCCCS, tiene hasta 72 horas para procesar una solicitud expedita (urgente) y hasta 14 días corridos 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 niega un servicio de rutina solicitado por su proveedor, Care1st le envía una notificación tan pronto como sea posible, pero no tarda más de 14 días corridos 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 para tomar una decisión hasta 14 días corridos, sin exceder el día 28 desde la fecha de solicitud del servicio. La notificación también incluye sus derechos sobre lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.

Si Care1st niega un servicio urgente que solicitó su proveedor, Care1st le enviará una notificación dentro de las 72 horas después de nuestra decisión que le informa por qué se rechazó la solicitud. 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 para tomar una decisión hasta 14 días corridos, sin exceder el día 17 desde la fecha de solicitud del servicio.

Recibirá una notificación si se solicita una extensión. La notificación también incluye 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 Notificación de Determinación Adversa como mínimo 10 días corridos antes de que sus servicios se reduzcan, suspendan o terminen. Las excepciones a esto son casos de fraude, si se ha mudado fuera del estado o ha solicitado 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.

Si la carta no está clara para usted, o las palabras son difíciles de comprender o las letras son muy pequeñas, llame a Servicios para Miembros y solicite ayuda. Puede solicitar que el aviso sea escrito nuevamente. Si Care1st no explica la carta con claridad suficiente para que usted comprenda lo que significa, puede llamar a AHCCCS, División de Administración de Cuidado de la Salud, Unidad de Administración Médica:

- Fuera de Maricopa County: **1-800-867-5808**

Si no está de acuerdo con la decisión de Care1st de negar, reducir, suspender o terminar el servicio, puede presentar una apelación. Si desea presentar una apelación, el proceso se describe dentro de la notificación de negación que recibió.

Las decisiones de autorización previa se basan solamente en cuán apropiado es el cuidado o el servicio y la existencia de cobertura. Care1st no recompensa específicamente a médicos u otras personas por



rechazar la cobertura. Los incentivos financieros para los responsables de la toma de decisiones de la Administración de la 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 PA, a menos que se necesite más información. Si se necesita más información, tomaremos una decisión final dentro de los siete días hábiles a partir de la fecha de la solicitud.

Libertad de Elección de Proveedores

Care1st les 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 está en nuestro plan.

Debe acudir a proveedores y especialistas que forman parte de la red de Care1st. Puede encontrar a los proveedores dentro de la red de Care1st en **care1staz.com** o llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Si necesita los servicios de un proveedor que no pertenece a la red, debe tener autorización previa para recibirlos. Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros.

Copagos

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

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

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO DEBEN PAGAR COPAGOS:

- Personas menores de 19 años,
- Personas con diagnóstico de Enfermedad Mental Grave (SMI),
- Un individuo designado como elegible para recibir Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS) según el A.A.C, Título 9, Capítulo 22, Artículo 13,
- Los miembros de ACC, ACC-RBHA y CHP que residen en centros de enfermería o centros residenciales tales como una residencia de vida asistida y solamente cuando la afección médica del miembro de otra manera requeriría de hospitalización. La exención de copagos para estos miembros se limita a 90 días en un año de contrato,
- Personas inscritas en el Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS),
- Beneficiarios Calificados de Medicare,
- Personas que reciben cuidados paliativos,
- Los miembros aborígenes estadounidenses que son usuarios activos o previos del Servicio de Salud para 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 Cervical y de Mamas (BCCTP),
- Personas que reciben servicios de atención para el bienestar de los niños bajo el Título IV-B por ser un niño en cuidado de acogida o recibido en adopción o en asistencia de cuidado de acogida bajo el Título IV-E independientemente de la edad,
- Personas que están embarazadas o en el período postparto luego de un embarazo, y
- Personas en el Grupo de adultos (durante un tiempo limitado**).

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

ADEMÁS, LOS COPAGOS NO SE COBRAN PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

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

Personas con Copagos Optativos (no obligatorios)

Los individuos elegibles para AHCCCS a través de alguno de los programas mencionados a continuación pueden tener copagos no obligatorios, a menos que:

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

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

- AHCCCS para familias con niños (1931),



- Seguro de Transición para el Adulto Joven (YATI) para adultos jóvenes en el sistema de acogida,
- Asistencia de Adopción del Estado para Niños con Necesidades Especiales que están en proceso de adopción,
- Personas con Supplemental Security Income (SSI) que los reciben a través de la Administración de Seguridad Social para personas que tienen 65 años de edad o más, que están ciegas o son discapacitadas,
- Asistencia Médica Solamente SSI (SSI MAO) para personas que tienen 65 años de edad o más, que están ciegas o son discapacitadas, y
- Libertad para Trabajar (FTW).

Solicite a su proveedor que consulte su elegibilidad para averiguar qué copagos puede tener. También puede averiguarlo llamando a Servicios para Miembros de Care1st. También puede consultar el sitio web de Care1st para acceder a más información.

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

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

Servicio	Copago
Recetas	\$2.30
Servicios ambulatorios para terapia física, ocupacional y del habla	\$2.30
Consultas ambulatorias al consultorio del 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 de AHCCCS tienen copagos requeridos (obligatorios), a menos que estén recibiendo uno de los servicios antes mencionados por los que no se puede cobrar un copago o a menos que estén en uno de los grupos antes mencionados que no pueden pagar los copagos. Los miembros que tienen copagos requeridos deberán pagar los copagos para poder recibir los servicios. Los proveedores pueden negarse a prestar servicios a estos miembros si no pagan los copagos obligatorios. Los copagos obligatorios se les cobran a las personas en familias con hijos que ya no son elegibles por sus ingresos, también conocido como Asistencia Médica de Transición (TMA).

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



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

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

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

Límite del 5% en Todos los Copagos

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

AHCCCS registrará los niveles de copago específicos de cada miembro para identificar a los miembros que hayan alcanzado el límite de copago del 5%. Si usted cree que los copagos totales que ha pagado corresponden a más del 5 por ciento del total de los ingresos trimestrales de su familia y AHCCCS no se lo ha hecho saber, 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 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 están exentos de los copagos de Medicaid, según corresponda.

Si Recibe una Factura

Usted no debe ser facturado por un servicio que tiene cobertura de AHCCCS. Si recibe una factura por un servicio cubierto, no tiene que pagarla. Llame al proveedor que le envió la factura. Dígalos que es miembro de AHCCCS y pídale que envíen la factura a Care1st. Deles su número de identificación y la dirección y número de teléfono de Care1st. Si recibe una factura más adelante luego de que ha hablado con el proveedor, llame a Servicios para Miembros para recibir ayuda.



Le pueden facturar si usted solicita un servicio sin cobertura y acepta por escrito pagarlo antes de recibirlo. Recuerde siempre mostrar su tarjeta de identificación y diga a los proveedores que usted es miembro de Care1st antes de recibir los servicios.

Si Posee Algún Otro Seguro

Por ley, AHCCCS es el pagador de último recurso. Esto significa que, si tiene otro seguro de salud o Medicare, ese seguro debe ser facturado antes y deben pagar su parte del costo de los servicios recibidos antes de que AHCCCS pague su parte.

Siempre debe informar los cambios en su seguro a AHCCCS y a Servicios para Miembros de Care1st. Care1st puede ayudarlo a pagar los copagos, coseguros o deducibles que le cobre su otro seguro. Generalmente, Care1st no pagará por servicios si su otro seguro pagará por ese servicio.

Cuando recibe servicios en la farmacia, su proveedor, el hospital o cualquier otro especialista de atención médica, siempre entrégueles la información sobre Care1st y cualquier otro seguro de salud que pueda tener.

Los miembros con CRS menores de 21 años con seguro privado o con Medicare pueden usar su seguro privado o redes de proveedores de Medicare para recibir servicios, incluidos aquellos para la condición de CRS. Care1st es responsable de todos los deducibles y copagos que 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 AHCCCS y para Medicare. Se las conoce como “Personas con Doble Elegibilidad”. Si usted está inscrito en Medicare, Care1st puede ayudarlo a pagar los deducibles y el coseguro de Medicare. Care1st puede 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 conductual, deducibles de Medicare y algunos servicios no cubiertos por Medicare. Nuestro equipo de Servicios para Miembros de Care1st está para ayudarlo si tiene preguntas sobre los proveedores o servicios de salud conductual. Consulte la sección de Servicios de salud conductual.

Sin embargo, AHCCCS o Care1st NO pagan medicamentos que paga Medicare Part D o los costos compartidos (coseguros, deducibles, y copagos) de estos medicamentos. Consulte la sección de Servicios de farmacia.

Si está inscrito en un Medicare Managed Care Plan (HMO), debe encontrar un PCP que sea parte de la red de proveedores de su HMO de Medicare y de Care1st. También debe acudir a un proveedor de Care1st para otros servicios que reciba. Care1st puede ayudar a pagar por servicios que tengan cobertura de AHCCCS y que sean prestados por 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 con Doble Elegibilidad que se llaman Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB). Los QMB pueden recibir ayuda adicional con los coseguros y deducibles para los servicios que generalmente no tienen cobertura de AHCCCS y/o no son prestados por un proveedor de Care1st.

En la mayoría de los casos, AHCCCS y Care1st no cubren medicamentos recetados para miembros con Doble Elegibilidad. Esto se debe a que estos medicamentos están cubiertos por Medicare Part D. Medicare Part D les ofrece cobertura a medicamentos recetados para todas las personas con 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 de Part D de Medicare, que agrega cobertura de medicamentos a Original Medicare. Si tiene preguntas o necesita más información sobre la cobertura para medicamentos recetados, llame a Servicios para Miembros. Si tiene preguntas sobre si Care1st puede ayudarlo a pagar un servicio, llame y solicite ayuda a Servicios para Miembros.

Medicaid no cubre medicamentos que sean elegibles para la cobertura de los planes de Medicare Part D. Medicaid no paga los copagos, deducibles o costos compartidos de Medicare para los medicamentos de Medicare Part D, excepto para las personas que tienen una designación de SMI. AHCCCS cubre los medicamentos que están excluidos de la cobertura por Medicare Part D cuando sea médicamente necesario. Un medicamento excluido es un medicamento que no es elegible para la cobertura de Medicare Part D. AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos de venta libre (OTC). Consulte la Lista de Medicamentos OTC de Care1st para conocer la lista de productos disponible en nuestro sitio web en **care1staz.com** o llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) para solicitar una copia impresa.

Para los miembros con una designación de SMI, AHCCCS también cubre los copagos de los medicamentos utilizados para un diagnóstico de salud conductual cuando sean médicamente necesarios y rentables.

Plazos de Solicitud de Autorización de Servicios y Medicamentos

Algunos servicios deben ser revisados y aprobados (autorización previa) por Care1st. Algunos ejemplos son las resonancias magnéticas (MRI), la administración del dolor y las cirugías o procedimientos para pacientes internados. Las Pautas de Autorización Previa de Care1st se encuentran disponibles en **care1staz.com**.

Su proveedor envía un pedido de autorización previa a Care1st para el servicio que se solicita. Care1st, según los estándares de AHCCCS, tiene hasta 72 horas para procesar una solicitud expedita (urgente) y hasta 14 días corridos 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 niega un servicio de rutina solicitado por su proveedor, Care1st le enviará una notificación tan pronto como sea posible, pero no tardará más de 14 días corridos 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 para tomar una decisión hasta 14 días corridos, sin exceder el día 28 desde la fecha de solicitud del servicio. La notificación también incluye sus derechos sobre lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión.



Si Care1st niega un servicio urgente que solicitó su proveedor, Care1st le enviará una notificación dentro de las 72 horas después de nuestra decisión que le informa por qué se rechazó la solicitud. 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 para tomar una decisión hasta 14 días corridos, sin exceder el día 17 desde la fecha de solicitud del servicio.

Recibirá una notificación si necesitamos una extensión. La notificación también incluye 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 Notificación de Determinación Adversa como mínimo 10 días corridos antes de que sus servicios se reduzcan, suspendan o terminen. Las excepciones a esto son casos de fraude, si se ha mudado fuera del estado o ha solicitado 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 PA, a menos que se necesite más información. Si se necesita más información, tomaremos una decisión final dentro de los siete días hábiles a partir de la fecha de la solicitud.

Si la carta no está clara para usted, o las palabras son difíciles de comprender o las letras son muy pequeñas, llame a Servicios para Miembros y solicite ayuda. Puede solicitar que el aviso sea escrito nuevamente. Si Care1st no explica la carta con claridad suficiente para que usted comprenda lo que significa, puede llamar a AHCCCS, División de Administración de Cuidado de la Salud, Unidad de Administración Médica:

- Fuera de Maricopa County: **1-800-867-5808**

Si no está de acuerdo con la decisión de Care1st de negar, reducir, suspender o terminar el servicio, puede presentar una apelación. Si desea presentar una apelación, el proceso se describe dentro de la notificación de negación que recibió.

Reclamos: Cómo Presentar un Reclamo Si No Estoy Satisfecho

Si no está satisfecho con los servicios o no está de acuerdo con una decisión tomada sobre sus servicios, siempre tiene derecho a presentar un reclamo (queja formal) con respecto a cualquier servicio cubierto prestado por Care1st. Los miembros elegibles de AHCCCS del Título 19/21, los miembros que se determina que tienen una Enfermedad Mental Grave y los miembros que no están inscritos como personas con una Enfermedad Mental Grave y no reúnen los requisitos del Título 19/21 tienen derecho a presentar un reclamo (queja formal), y estamos aquí para apoyarlos.

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



Es muy importante que conozcamos sus preocupaciones para que podamos mejorar el servicio para usted. Si tuvo un problema o cree que no lo trataron del modo que deberían haberlo hecho, puede presentar una queja formal llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). También puede presentar su queja por escrito y enviarla por correo postal a:

Care1st Health Plan Arizona
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 formal dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción. Todas las quejas formales se resolverán en el plazo de 90 días. Tiene derecho a llamar a AHCCCS al **1-800-867-5808** si Care1st no resuelve su problema. Tiene derecho a comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS a través de **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve su duda en la carta con la Notificación de Determinación de Beneficios Adversa que recibió. Es posible que deba pagar el costo de los servicios prestados mientras la apelación o la Audiencia Imparcial del Estado estén pendientes.

Quejas Formales (Reclamos para Miembros de AHCCCS del Título 19/21)

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

Es muy importante que conozcamos sus preocupaciones para que podamos mejorar el servicio para usted. Si tuvo un problema o cree que no lo trataron del modo que deberían haberlo hecho, puede presentar una queja formal llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). También puede presentar su queja por escrito y enviarla por correo postal a:

Care1st Health Plan Arizona
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 formal dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción. Todas las quejas se resolverán dentro de 90 días. Tiene derecho a comunicarse con AHCCCS al **1-800-867-5808** si Care1st no resuelve la situación. Tiene derecho a comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS a través de **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve su duda en la carta con la Notificación de Determinación Adversa que recibió. Es posible que deba pagar el costo de los servicios prestados mientras la apelación o la Audiencia Imparcial del Estado estén pendientes.



Apelaciones y Pedidos de Audiencia para Miembros de AHCCCS del Título 19/21

Una apelación es un pedido de revisión de una acción. Tiene derecho a 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 presentan 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 seguir recibiendo sus servicios durante el proceso de apelación. Sin embargo, si AHCCCS concuerda con la decisión de Care1st sobre el cambio en sus servicios, 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 su 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 Arizona
Attn: Appeals Department
1850 W Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281**

O puede llamar a Servicios para Miembros al número incluido al final de esta página para presentar una apelación.

Se pueden presentar dos tipos de apelaciones:

Las **apelaciones estándar** pueden demorar hasta 30 días en resolverse. Se puede demorar catorce días extra (una extensión) si es necesario o si es por su bien. Una vez que recibimos su apelación estándar, le enviaremos una carta dentro de los cinco días para confirmar la recepción. Conserve esa carta y consulte el número de apelación si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación.

Las **apelaciones aceleradas** 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 expeditas deben ser resueltas dentro de 72 horas. Su afección médica dicta si se puede o no presentar una apelación expedita. Una vez que recibimos su apelación acelerada, le enviaremos una carta dentro del día para confirmar la recepción. Conserve esa carta y consulte el número de apelación expedita si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación. Si presenta una apelación acelerada, pero su afección de salud no califica para ser considerada como tal, le notificaremos que no se aceptó su apelación como acelerada y que la misma será tratada como una apelación estándar.



Un proveedor en su nombre puede presentar apelaciones estándar y aceleradas. Debe darle a su proveedor su permiso por escrito para que presente una apelación en su nombre. Si un proveedor no le 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. Trabajaremos en su apelación una vez que recibamos la AOR. Si no firma o devuelve el formulario AOR, la apelación será rechazada por falta del permiso por escrito.

Puede pedir que revisemos la información que tenemos en su archivo de apelaciones en cualquier momento. Si desea hacerlo, llame a Servicios para Miembros de Care1st y pida hablar con el Departamento de Apelaciones para programar una reunión. Participe activamente en su apelación y asegúrese de que tengamos todos los datos sobre su caso, como una declaración adicional o la historia clínica.

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

Si desea presentar una solicitud para una audiencia, debe escribir su pedido y enviárnoslo dentro de los 90 días de haber recibido nuestra carta de decisión. Las instrucciones para solicitar una audiencia se incluyen en nuestra carta con la decisión. Si solicita una audiencia, AHCCCS establecerá una fecha y le informará la fecha, el horario y el lugar para la audiencia. Care1st puede ayudarlo a presentar una apelación o solicitar una audiencia. La asistencia incluye el uso de un número gratuito: **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Los miembros también pueden recibir servicios de traducción sin costo.

Tiene derecho a comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS a

MedicalManagement@azahcccs.gov si Care1st no resuelve su inquietud con la carta de Notificación de Determinación Adversa que recibió.

¿Un Encargado de Decidir sobre la Atención Médica Puede Presentar Inquietudes en Mi Nombre?

Tiene derecho a designar a un Encargado de Decidir sobre la Atención Médica (HCDM), quien puede presentar inquietudes en su nombre. Estas inquietudes incluyen, entre otros, a los siguientes:

- Incapacidad de recibir servicios de atención médica,
- Inquietudes sobre la Calidad de la Atención (QOC) recibida,
- Problemas con los proveedores de atención médica,
- Problemas con los planes de salud, o
- Acceso oportuno a los servicios.



¿Cómo Presentar un Reclamo con respecto a los Servicios para Crisis?

Si no está satisfecho con la atención de los servicios para crisis, un proveedor o el plan de Autoridad Regional de Salud Conductual (RBHA), puede llamar a Care1st para presentar un reclamo o una queja formal. Si se rechaza un servicio para crisis total o parcialmente, también puede presentar una apelación ante Care1st. Si la decisión de Care1st sobre la apelación no cambia, puede presentar una solicitud de Audiencia Imparcial del Estado con Care1st. Para obtener más información sobre las quejas formales, las apelaciones o las Audiencias Imparciales del Estado acerca de los servicios para crisis, llame a Servicios para Miembros de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

Quejas Formales (Reclamos) para Miembros con SMI

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

Es muy importante que conozcamos sus preocupaciones para que podamos mejorar el servicio. Si tuvo un problema o cree que no lo trataron del modo que deberían haberlo hecho, puede presentar una queja formal llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). También puede presentar su queja por escrito y enviarla por correo postal a:

Care1st Health Plan Arizona
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 formales dentro de los 10 días hábiles después de la recepción. Todas las quejas formales se resolverán dentro de 90 días. Tiene derecho a comunicarse con AHCCCS al **1-800-867-5808** si Care1st no resuelve la situación. Tiene derecho a comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS a **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve su inquietud con la carta de Notificación de Determinación Adversa que recibió. No se les cobrará a los miembros con SMI por los servicios de salud conductual que reciban cuando su apelación esté pendiente, independientemente de los resultados de la apelación.

QUEJA FORMAL DE SMI

Como miembro designado con SMI, tiene derecho a presentar una queja formal de SMI si considera que un proveedor de salud mental violó sus derechos. Tiene un año a partir de la fecha de la supuesta violación de derechos para presentar una queja formal de SMI. También puede solicitarnos que analicemos todo lo que parezca peligroso, ilegal o inhumano.

AHCCCS abordará las denuncias de violaciones de derechos de la Tribal Regional Behavioral



Health Authority (TRBHA) o sus proveedores, o las solicitudes/quejas formales de SMI para una investigación relacionada con abuso físico o sexual o muerte. Sus derechos legales incluyen (entre otros) los siguientes:

- Derecho a no sufrir discriminación.
- Derecho a la igualdad de acceso a los servicios de salud conductual.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho a la información.
- Derecho a obtener ayuda de un abogado o representante de su elección.

Consulte el Artículo 2 del Capítulo 21 del Título 9 del Código Administrativo de Arizona para obtener una lista más completa de sus derechos.

AHCCCS investiga las quejas formales sobre abuso físico, abuso sexual o muerte de una persona. Para presentar una queja formal oral o escrita sobre abuso físico, abuso sexual o muerte de una persona, escriba o llame a:

AHCCCS Office of Grievance and Appeals
801 E. Jefferson Street, Mail Drop 6200
Phoenix, AZ 85034
1-602-364-4575

Si cree que se violaron sus derechos o desea que revisemos una situación, llame a Servicios para Miembros de Care1st al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Nos complacerá ayudarlo.

RECLAMO DE SMI

Como miembro designado con 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 nuestro servicio. Si tuvo un problema o cree que no lo trataron del modo que deberían haberlo hecho, puede presentar un reclamo de SMI llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). También puede presentar su reclamo por escrito y enviarlo por correo postal a:

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

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

Haremos todo lo posible por ayudarlo.



Apelaciones y Pedidos de Audiencias para Miembros con 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 una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, tiene derecho a presentar una apelación. Una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios es una carta escrita que explica una decisión sobre sus servicios. Incluso si no recibió una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, puede tener derecho a presentar una apelación.

Care1st debe recibir su 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 Arizona
Attn: Appeals Department
1850 W Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

También puede llamar a Servicios para Miembros al número incluido al final de esta 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 extra (una extensión) si es necesario o si es por su bien. Una vez que recibimos su apelación estándar, le enviaremos una carta dentro de los cinco días para confirmar la recepción. Conserve esa carta y consulte el número de apelación si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación.

Las **apelaciones aceleradas** 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 expeditas deben ser resueltas dentro de 72 horas. Su afección médica dicta si se puede o no presentar una apelación expedita. Una vez que recibimos su apelación acelerada, le enviaremos una carta dentro del día para confirmar la recepción. Conserve esa carta y consulte el número de apelación expedita si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación. Si presenta una apelación acelerada, pero su afección de salud no califica para ser considerada como tal, le notificaremos que no se aceptó su apelación como acelerada y que la misma será tratada como una apelación estándar.

Un proveedor en su nombre puede presentar apelaciones estándar y aceleradas. Debe dar a su proveedor un permiso por escrito para que presente una apelación en su nombre. Si un proveedor no le 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. Trabajaremos en su apelación una vez que recibamos la AOR. Si no firma y devuelve el formulario AOR, la apelación será rechazada por la falta del permiso por escrito.

Puede pedir que revisemos la información que tenemos en su archivo de apelaciones en cualquier momento. Si desea hacerlo, llame a Servicios para Miembros de Care1st y pida hablar con el Departamento de Apelaciones para programar una reunión. Participe activamente en su apelación y asegúrese de que tengamos todos los datos sobre su caso, como una declaración adicional o la historia clínica.



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

Si desea presentar una solicitud para una audiencia, debe escribir su pedido y enviárnoslo dentro de los 90 días de haber recibido nuestra carta de decisión. Las instrucciones para solicitar una audiencia se incluyen en nuestra carta con la decisión. Si solicita una audiencia, AHCCCS establecerá una fecha y le informará la fecha, el horario y el lugar para la audiencia. Care1st puede ayudarlo a presentar una apelación o solicitar una audiencia. La asistencia incluye el uso de un número gratuito: **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Los miembros también pueden recibir servicios de traducción sin costo.

Tiene derecho a comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS a través de **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve su duda en la carta con la Notificación de Determinación Adversa que recibió.

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

- Una decisión con respecto a las tarifas o exenciones.
- La negación, reducción, suspensión o 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 servicios de SMI***.
- Una determinación de Evaluación Previa a la Admisión y Revisión del Residente (PASRR) que afecte negativamente a la persona.
- Las decisiones sobre la elegibilidad del individuo para los servicios de salud conductual.
- La suficiencia o pertinencia de una evaluación.
- La visión a largo plazo, los objetivos del servicio, las metas o los plazos establecidos en el Individual Service Plan (ISP) o el Inpatient Treatment and Discharge Plan (ITDP).
- Los servicios recomendados que se identifican en el informe de la evaluación, el ISP o el ITDP.
- Los servicios reales que se proporcionarán, según se describe en el ISP, el plan de servicios provisionales o el ITDP.
- El acceso o el suministro rápido de servicios.
- Los hallazgos del equipo clínico con respecto a la competencia de la persona, la capacidad de tomar decisiones, la necesidad de tutela u otros servicios de protección, o la necesidad de Asistencia Especial.
- La negación de una solicitud de revisión, el resultado, la modificación, la no modificación o la finalización de un ISP, ITDP o parte de un ISP o ITDP.
- La aplicación de los procedimientos y los plazos para desarrollar el ISP o el ITDP.



- La implementación del ISP o del ITDP.
- La decisión de brindarle la planificación de servicios, incluida la prestación de servicios de administración de casos o evaluaciones, a una persona que se niega a recibir dichos servicios, o la decisión de no prestárselos.
- Las decisiones sobre la evaluación de tarifas de una persona o la negación de una solicitud de exención de tarifas.
- La negación del pago de una reclamación.
- La incapacidad de la RBHA o AHCCCS para actuar dentro de los plazos establecidos en relación con una apelación.

Solari es el proveedor estatal que realiza las determinaciones de SMI. Si desea apelar el estado de su determinación de SMI, puede hacerlo llamando a Solari al **1-800-203-CARE (2273). Solari le dirá cómo apelar la determinación de SMI. También puede comunicarse con Solari escribiendo a la siguiente dirección:

Solari, Inc.
1275 W Washington St
Suite 210
Tempe, AZ 85281

Si presenta una apelación, recibirá una notificación por escrito dentro de los cinco días hábiles de que Care1st haya recibido la apelación. Para una apelación acelerada, recibirá una notificación por escrito que confirma la recepción dentro del mismo día hábil.

Tenga en cuenta lo siguiente: si presenta una apelación, seguirá recibiendo cualquier servicio de salud conductual que ya estaba recibiendo, a menos que un médico calificado decida que la reducción o terminación de los servicios es lo mejor para usted o si acepta por escrito reducir o cancelar los servicios. Care1st no le hará pagar por los servicios que reciba durante el proceso de apelación, independientemente del resultado de la apelación.

Care1st reconocerá y tomará una decisión sobre su apelación al igual que nosotros con otros tipos de apelaciones. Sin embargo, también tendrá derecho a reunirse personalmente con nosotros para analizar su apelación. Esto se denomina una conferencia informal. Para apelaciones normales, tendrá una conferencia informal con Care1st dentro de los siete días hábiles posteriores a la presentación de la apelación. En el caso de las apelaciones aceleradas, la conferencia informal debe realizarse dentro de los dos días hábiles posteriores a la presentación de la apelación. La conferencia informal debe realizarse en un momento y lugar que sea conveniente para usted. Tiene derecho a ir con un representante de su elección a la conferencia. Se les informará a usted y a cualquier otro participante la hora y la ubicación de la conferencia por escrito al menos dos días hábiles antes de la conferencia. Si no puede asistir a la conferencia en persona, puede participar por teléfono.

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



Si no se llega a una resolución de la apelación durante la segunda conferencia informal o si solicitó omitir la segunda conferencia informal, se le dará información que le indicará cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.

Si presenta una apelación, continuará recibiendo los servicios que ya estaba recibiendo, a menos que un médico calificado decida que la reducción o terminación de los servicios es lo mejor para usted o si acepta por escrito reducir o cancelar los servicios. Si la apelación no se decide a su favor, posiblemente tenga que pagarle a Care1st por los servicios que recibió durante el proceso de la apelación.

Quejas Formales (Reclamos) para Miembros sin SMI del Título 19/21

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

Es muy importante que conozcamos sus preocupaciones para que podamos mejorar el servicio. Si tuvo un problema o cree que no lo trataron del modo que deberían haberlo hecho, puede presentar una queja formal llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). También puede presentar su queja por escrito y enviarla por correo postal a:

Care1st Health Plan Arizona
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 10 días hábiles desde que la reciba, si no hay circunstancias extraordinarias. Todas las quejas se resolverán dentro de 90 días. Tiene derecho a comunicarse con AHCCCS al **1-800-867-5808** si Care1st no resuelve la situación. Tiene derecho a comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS a través de **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve su duda en la carta con la Notificación de Determinación Adversa que recibió. Es posible que deba pagar el costo de los servicios prestados mientras la apelación o la Audiencia Imparcial del Estado estén pendientes.

Apelaciones y Pedidos de Audiencias para Miembros sin SMI sin Título 19/21

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 presentan 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 seguir recibiendo sus servicios durante el proceso de apelación. Sin embargo, si AHCCCS concuerda con la decisión de Care1st sobre el cambio en sus servicios, 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 su 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 Arizona
Attn: Appeals Department
1850 W Rio Salado Parkway
Suite 211
Tempe, AZ 85281

También puede llamar a Servicios para Miembros al número incluido al final de esta 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 extra (una extensión) si es necesario o si es por su bien. Una vez que recibimos su apelación estándar, le enviaremos una carta dentro de los cinco días para confirmar la recepción. Conserve esa carta y consulte el número de apelación si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación.

Las **apelaciones aceleradas** 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 expeditas deben ser resueltas dentro de 72 horas. Su afección médica dicta si se puede o no presentar una apelación expedita. Una vez que recibimos su apelación acelerada, le enviaremos una carta dentro del día para confirmar la recepción. Conserve esa carta y consulte el número de apelación expedita si necesita comunicarse con nosotros sobre su apelación. Si presenta una apelación acelerada, pero su afección de salud no califica para ser considerada como tal, le notificaremos que no se aceptó su apelación como acelerada y que la misma será tratada como una apelación estándar.

Un proveedor en su nombre puede presentar apelaciones estándar y aceleradas. Debe dar a su proveedor un permiso por escrito para que presente una apelación en su nombre. Si un proveedor no le 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. Trabajaremos en su apelación una vez que recibamos la AOR. Si no firma y devuelve el formulario AOR, la apelación será rechazada por la falta del 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 para Miembros de Care1st y pida hablar con el Departamento de Apelaciones para programar una reunión. Participe activamente en su apelación y asegúrese de que tengamos todos los datos sobre su caso, como una declaración adicional o la historia clínica.



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

Si desea presentar una solicitud para una audiencia, debe escribir su pedido y enviárnoslo dentro de los 90 días de haber recibido nuestra carta de decisión. Las instrucciones para solicitar una audiencia se incluyen en nuestra carta con la decisión. Si solicita una audiencia, AHCCCS establecerá una fecha y le informará la fecha, el horario y el lugar para la audiencia. Care1st puede ayudarlo a presentar una apelación o solicitar una audiencia. La asistencia incluye el uso de un número gratuito: **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**). Los miembros también pueden recibir servicios de traducción sin costo.

Tiene derecho a comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS a **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve su inquietud con la carta de Notificación de Determinación Adversa que recibió.

Cancelación: Cambio del Plan de Servicios de Salud Física para Miembros con SMI

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

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

Si quisiera solicitar una cancelación, llame a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042**, TTY/TDD: **711**.

Antes de que cambie a otro plan de atención médica de AHCCCS, Care1st intentará resolver sus inquietudes. Si Care1st no puede resolverlas, usted o su representante pueden solicitar un cambio en su plan de salud llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).

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

El proceso de revisión de Care1st seguirá estos pasos:

- Care1st confirmará que usted está inscrito en el plan integrado.
- Servicios para Miembros de Care1st registrará sus reclamaciones de daño real, posible discriminación o trato injusto causados por la inscripción en el plan de salud integrada.
- Servicios para miembros de Care1st completará el formulario “Transferencia de un miembro con SMI inscrito en un RBHA a un Contratista de Cuidados Intensivos de AHCCCS” e incluirá toda la evidencia que usted o su representante proporcionen.



Recibirá la aprobación o el rechazo por escrito dentro de los 10 días posteriores a su solicitud. Si se aprueba su solicitud, Care1st trabajará con su nuevo plan de atención médica de AHCCCS para asegurarse de que no se interrumpa su atención. Si se rechaza su solicitud, recibirá los motivos del rechazo y se le informará sobre su derecho a presentar una apelación.

Care1st cumple con todas las leyes federales y estatales, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según lo implementado por las regulaciones del 45 CFR, parte 80; la Ley de Discriminación por Edad de 1975, según lo implementado por las regulaciones del 45 CFR, parte 91; la Ley de Rehabilitación de 1973; el Título IX de las Enmiendas a la Educación de 1972 (sobre programas y actividades educativas); los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades; y la sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible de la Salud.

Care1st cumple con todas las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye ni trata a las personas de manera diferente por raza, color, credo, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Derechos de los Miembros

Como miembro de Care1st usted tiene ciertos derechos.

Cuenta con los siguientes derechos:

- 1 Recibir un trato justo independientemente de la raza, etnia, nacionalidad, religión, sexo, edad, credo, condición de salud conductual (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética o capacidad de pago.
- 2 Obtener información sobre las opciones de tratamiento disponibles y alternativas, según corresponda y sean apropiadas para su(s) afección(es), y la capacidad de comprender la información.
- 3 Presentar un reclamo o una apelación sobre la organización de la atención administrada o los proveedores de la red. Los reclamos y las apelaciones se pueden presentar ante Care1st o AHCCCS.
- 4 Recibir información sobre la estructura y las operaciones de Care1st o sus subcontratistas.
- 5 Recibir información sobre si Care1st tiene Physician Incentive Plans (PIP) que afecten el uso de servicios de remisiones, el derecho a conocer los tipos de acuerdos de compensación que usa el contratista, el derecho a conocer si se necesita un seguro por lucro cesante y el derecho a un resumen de los resultados de encuestas de los miembros, según la reglamentación del PIP.
- 6 Recibir un trato cortés y amable. Será tratado de manera justa y respetuosa independientemente de su raza, etnia, nacionalidad, género, edad, religión, afección de la salud conductual (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética, capacidad de pago o capacidad de hablar inglés.
- 7 Confidencialidad y limitaciones de la confidencialidad. Consulte la Notificación de Prácticas de Privacidad para obtener más detalles.



- 8 Para ayudar a organizar y pagar su atención, hay ocasiones en que su información se comparte sin pedir primero su permiso por escrito. Estos tiempos podrían incluir el intercambio de información con las siguientes partes:
 - Médicos y otras agencias que brindan servicios de salud, sociales o de bienestar.
 - Su proveedor de cuidado primario.
 - Ciertas agencias estatales y escuelas que cumplen la ley y participan en su atención y tratamiento según sea necesario.
 - Miembros del equipo clínico de su cuidado.
- 9 A veces, puede ser útil compartir su información de salud personal con otras agencias, como escuelas. Es posible que se necesite su permiso por escrito antes de compartir su información.
 - Puede haber ocasiones en las que desee compartir su información de salud con otras agencias o ciertas personas que puedan ayudarlo. En estos casos, puede firmar un Formulario de Autorización para Divulgar Información, que establece que su historia clínica o ciertas partes limitadas de su historia clínica pueden ser divulgadas a las personas o agencias que usted designe en el formulario. Para obtener más información sobre el Formulario de Autorización para Divulgar Información, llame a Care1st Health Plan al **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**) o visite **care1staz.com**. Consulte la Notificación de Prácticas de Privacidad para obtener más detalles.
- 10 Tener una segunda opinión sin costo para usted de otro profesional de atención de la salud de Care1st o de alguien fuera de la red si la red de Care1st no fuese suficiente.
- 11 Debatar sobre las opciones de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, presentadas de manera adecuada para su afección y la capacidad de comprender la información.
- 12 Recibir información sobre cómo formular Instrucciones Avanzadas.
- 13 Solicitar anualmente una copia de su historia clínica sin costo para usted*.
- 14 Revisar su historia clínica sin costo para usted.
- 15 Recibir, dentro de los 30 días, una respuesta al pedido de una copia de sus registros**.
- 16 Pedir que su historia clínica se actualice y corrija.
- 17 Ser libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- 18 Obtener información sobre la información del beneficiario y del plan, la organización, los servicios, los profesionales y los proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- 19 Ser tratado con respeto y con consideración por su dignidad y privacidad.
- 20 Participar en decisiones sobre su atención de la salud, rechazar tratamientos médicos, y ser informado sobre qué le sucederá si no recibe el tratamiento.



- 21 Recibir información sobre Care1st, incluidos sus calificaciones y los idiomas que hablan aparte del inglés.
- 22 Usar cualquier hospital u otro entorno para la atención de emergencia.
- 23 Tener su historia clínica y toda información sobre su atención de la salud de manera privada y confidencial.
- 24 Elegir su PCP de la lista de PCP de Care1st. También tiene derecho a cambiar de PCP si lo desea.
- 25 Obtener servicios en un idioma que usted comprenda sin costo para usted. Usted tiene derecho a un intérprete si usted habla un inglés limitado o si tiene problemas de audición.
- 26 Conocer y comprender sus problemas médicos y afecciones de salud para que pueda tomar decisiones fundamentadas sobre la atención de su salud. Preguntar y ser informado sobre lo que debería pagar si decidiera pagar por un servicio que Care1st no cubre.
- 27 Recibir un resumen de los resultados de las encuestas al miembro de Care1st.
- 28 Ser informado por escrito de todo cambio en sus servicios.
- 29 Ser informado por escrito cuando Care1st reduzca, suspenda, finalice o niegue cualquier servicio solicitado por un proveedor. Ser informado sobre qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de Care1st.
- 30 Recibir una copia de los derechos y las responsabilidades de los miembros y el derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de Care1st.
- 31 Presentar un reclamo ante Care1st sobre la adecuación de la carta de Notificación de Determinación Adversa que recibió. Tiene derecho a comunicarse con la Administración Médica de AHCCCS a través de **MedicalManagement@azahcccs.gov** si Care1st no resuelve sus dudas con la carta de Notificación de Determinación Adversa que recibió. (Fuera de Maricopa County, llame al **1-800-962-6690**).
- 32 Decidir quién quiere que esté en sus tratamientos y exámenes.
- 33 Informar a Care1st sobre todo problema, reclamo o queja formal que tenga con respecto a sus servicios de atención de la salud, sus proveedores o Care1st.
- 34 Tener a disposición los criterios en los que se basan las decisiones. Hacer que su historia clínica se transfieran desde su proveedor anterior a su proveedor actual dentro de los 10 días de su pedido.
- 35 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 una historia clínica puede ser negado si la información corresponde a notas de psicoterapia compiladas para o en anticipación razonable de una acción civil, penal o administrativa; o es información de salud protegida por las Enmiendas Federales de Mejora de Laboratorio Clínico de 1988 o exenta de acuerdo con 42 CFR 493.3(a)(2).



** La respuesta puede ser la copia de la historia clínica o una negación escrita que incluye la base para la negación e información sobre cómo buscar que se revise la negación de acuerdo con 45 CFR Parte 164. (AMPM 410-B9e).

Fraude, Dispendio y Abusos

El fraude, el dispendio y el abuso son problemas graves. La mayoría de los proveedores son honestos y buenas personas. Pero hay algunos que abusan de los programas de atención de la salud, como Medicaid y Medicare. Es muy importante que los miembros de Care1st informen sobre todo caso de sospecha de fraude y abuso.

Abuso (por parte 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 todos los actos que constituyan 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 AHCCCS, o un reembolso de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con estándares profesionalmente reconocidos para la atención de la salud. También incluye prácticas del beneficiario que conllevan un costo innecesario para el programa de 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 todos los actos que constituyan fraude bajo la ley estatal o federal.

Dispendio: 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 dispendios sean causados por acciones imprudentes, sino por el uso indebido de recursos.

Un ejemplo de fraude de un proveedor es cuando un proveedor factura por servicios que no fueron prestados a usted o factura por el mismo servicio dos veces.

El abuso ocurre cuando las acciones de un proveedor (planificadas o no) provocan costos innecesarios a un programa de atención médica.

Un ejemplo de dispendio y abuso es cuando un proveedor factura servicios que no son médicamente necesarios. Un abuso también sucede cuando un proveedor lo toca o le habla de una manera inapropiada.

Si conoce algún fraude que se haya cometido, llame a nuestra línea directa de fraude 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 hacerlo de manera anónima. Si nos brinda un número de teléfono, lo llamaremos para asegurarnos de que la información que tenemos está completa y es exacta.

También puede denunciar un fraude directamente a AHCCCS llamando al **1-888-487-6686** o en **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 la salud como AHCCCS o Medicare a fin de recibir servicios o beneficios a expensas del gobierno. Los miembros cometen abuso cuando sus acciones causan pérdidas de dinero a un programa de atención de la salud. Hay multas de acuerdo con la ley por cometer fraudes y abuso, tales como cargos civiles y/o penales.

Un ejemplo de fraude de un miembro es cuando este comparte una tarjeta de identificación de AHCCCS con otros. Otro ejemplo es un miembro de AHCCCS que no informa que tiene otro seguro.

Si cree saber de un caso de fraude de un miembro, llame o escriba al Departamento de Cumplimiento al número o la dirección anterior.

AHCCCS adjunta fotos de los miembros en la herramienta de la web que los proveedores usan para verificar si un miembro reúne los requisitos. Las fotos son uno de los numerosos esfuerzos de AHCCCS para ayudar a proteger a los miembros y detener fraudes. AHCCCS obtiene las fotos de la Motor Vehicle Division (MVD) si tiene una licencia de conducir de Arizona o una tarjeta de identificación del estado. Cuando los proveedores accedan a la pantalla de verificación de elegibilidad de AHCCCS, verán su fotografía (si está disponible), junto con sus detalles de cobertura.

Servicios para Dejar de Fumar

¿Está pensando en dejar de fumar? ASHLine es la línea de ayuda para fumadores de Arizona que brinda ayuda de forma gratuita o económica a las personas que desean dejar de fumar tabaco y otros productos con nicotina.

ASHLine ofrece servicios para ayudar a las personas en todas las etapas del proceso para dejar de fumar. Incluye a quienes están listos para dejar de fumar, quienes están pensando en dejar de fumar o quienes dejaron de fumar y desean ayuda para seguir así. También les proporciona información sobre el proceso para dejar de fumar a los familiares y amigos que deseen recibirla.

Los kits para dejar de fumar y el asesoramiento para dejar de fumar de ASHLine están disponibles para los miembros de AHCCCS y los residentes de Arizona que tengan un seguro insuficiente, no tengan seguro o estén embarazadas.

Formas para obtener ayuda:

- Llame al **1-800-556-6222**.
- Visite **azdhs.gov/ashline/** o **azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php**
- Busque grupos de apoyo en la comunidad en **nicotine-anonymous.org**.

Care1st ofrece cobertura para muchos productos que lo ayudarán a dejar de fumar. Incluye medicamentos recetados y artículos de venta libre (OTC). Debe llamar a su PCP para obtener cualquiera de estos productos, incluidos los artículos OTC. Su PCP decidirá cuál podría ser mejor para usted.

Si es menor de 18 años, su médico necesitará obtener una autorización previa (PA) para el medicamento que necesite. Su médico se encargará por usted. Su plan cubre un suministro de hasta 12 semanas en un periodo de seis meses. El periodo de seis meses comienza el día en que usted obtiene su medicamento por primera vez en la farmacia.

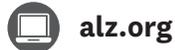


Lista de Recursos en la Comunidad

Hay organizaciones locales y nacionales que brindan servicios y programas que pueden ayudarlo. Para obtener más información, visite **care1staz.com**.

Alzheimer's Association

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



alz.org



1-800-272-3900

American Academy of Pediatrics (AAP)

La American Academy of Pediatrics (AAP) es una asociación profesional compuesta por pediatras y especialistas médicos y quirúrgicos pediátricos. La AAP promueve la salud física, mental y social óptima para bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes.



aap.org



1-800-433-9016

American Diabetes Association

La misión de la American Diabetes Association es tanto prevenir y curar la diabetes como mejorar la vida de todas las personas afectadas por la diabetes.



diabetes.org



1-800-342-2383

American Lung Association

La misión de la American Lung Association es salvar vidas al mejorar la salud pulmonar y prevenir las enfermedades pulmonares a través de la educación, la defensa y la investigación.



lung.org



1-800-586-4872



Area Agency on Aging

La Area Agency on Aging defiende, planifica, coordina, desarrolla y entrega servicios basados en la comunidad y el hogar a adultos mayores y proporciona asistencia, información precisa y conexiones de recursos locales para cuidadores familiares.



aaaphx.org
nacog.org
wacog.com/area-agency-on-aging
pgcsc.org



Maricopa: **1-602-264-4357** o **1-888-783-7500**
Apache, Coconino, Navajo y Yavapai: **1-877-521-3500**
Mohave: **1-800-782-1886** | Gila y Pinal: **1-800-293-9393**

ARIZONA@WORK

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



arizonaatwork.com

Arizona Center for Disability Law (ACDL)

El Arizona Center for Disability Law (ACDL) es una firma legal de interés público, sin fines de lucro, dedicada a proteger los derechos de las personas con discapacidades físicas, mentales, psiquiátricas, sensoriales y cognitivas.



azdisabilitylaw.org



1-800-927-2260

Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence (ACESDV)

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



acesdv.org



1-800-782-6400

Arizona Department of Economic Security Aging and Disability Resource Center

AzLinks.gov ofrece asistencia e información sobre el envejecimiento y la discapacidad. Utilice AzLinks.gov para planificar a futuro o manejar una necesidad inmediata. Nuestras agencias asociadas de AZ Links en su comunidad están para ayudarlo.



azlinks.gov



Arizona Department of Health Services (ADHS)

El ADHS se estableció con el fin de proteger la salud física y mental de los ciudadanos de Arizona y promover los más altos estándares para las instituciones de atención médica autorizadas, los servicios de emergencia y las instalaciones de atención para adultos y niños.

 azdhs.gov

 **1-602-542-1025**

Arizona Disability Benefits 101

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

 az.db101.org

 **1-866-304-WORK (9675)**

ADHS Office for Children and Youth with Special Needs (OCSHCN)

Los recursos y programas de ADHS para niños y jóvenes con necesidades de atención médica especiales se centran en los siguientes objetivos:

- Mejorar los sistemas de atención.
- Proporcionar información y derivaciones a las familias.
- Proporcionar capacitación a las familias y los profesionales sobre las mejores prácticas relacionadas con el centro médico, la competencia cultural, la transición a la edad adulta y la participación familiar y juvenil.
- Proporcionar servicios en áreas remotas del estado a través de la telemedicina.

 azdhs.gov/prevention/womens-childrens-health/cyshcn/index.php

 **1-602-542-1860**

ADHS Pregnancy and Breastfeeding Hotline

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

 azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/index.php

 **1-800-833-4642**



Arizona Early Intervention Program (AzEIP)

El Arizona Early Intervention Program (AzEIP, que se pronuncia Ay-zip en inglés) ayuda a las familias de los niños con discapacidades o retrasos del desarrollo desde el nacimiento hasta los 3 años. El AzEIP proporciona apoyo y puede trabajar con la capacidad natural de los niños para aprender.



des.az.gov/azeip



1-602-532-9960

Affirm

Affirm atiende a personas en Arizona, especialmente jóvenes, personas con seguro insuficiente y sin seguro, personas con ingresos bajos, comunidades indígenas y otros grupos que han sido sistemáticamente excluidos de recibir atención. Afirmar la dignidad de las personas a las que prestamos servicios es crucial para el enfoque de Affirm. Affirm coordina servicios de salud sexual y reproductiva, conecta a los clientes con los proveedores de atención médica y ofrece educación de salud inclusiva.



affirmaz.org



1-602-258-5777

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) es la agencia de Medicaid de Arizona que ofrece programas de cuidado médico a los residentes de Arizona. Las personas deben cumplir ciertos requisitos de ingresos y de otros tipos para obtener los servicios.



azahcccs.gov



1-602-417-7000 o 1-800-962-6690

Arizona Immunization Program

Información y recursos para adultos, adolescentes y niños, incluidas las ubicaciones de las clínicas y los cronogramas de vacunación recomendados.



azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/immunization/index.php



1-602-542-1025

Arizona Smokers' Helpline (ASHLine)

Un número de teléfono gratuito y un recurso en línea disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para ayudarlo a dejar de fumar.



**azdhs.gov/ashline
azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php**



1-800-556-6222



Arizona Suicide Prevention Coalition

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

 azspc.org

Arizona Department of Economic Security (DES), Nutrition, Cash, and Medical Assistance Benefits

El DES es una agencia estatal que ayuda a las personas de Arizona que lo necesitan a alcanzar su potencial a través de la asistencia temporal y la atención a los vulnerables.

 des.az.gov/services/basic-needs/food-assistance/contact-us

 **1-855-777-8590**

Arizona Youth Partnership Starting Out Right Program

Starting Out Right ofrece educación gratuita sobre embarazo y crianza para personas de 21 años o menos.

 azyp.org/program/starting-out-right

 **1-877-882-2881**

AZ Links

 azdaars.getcare.com/consumer

Childhelp National Child Abuse Hotline

Childhelp existe para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, educativas y espirituales de los niños abusados, descuidados y en riesgo.

 childhelp.org

 **1-800-4-A-CHILD o 1-800-422-4453**



Community Information and Referral

Community Information and Referral es un centro de llamadas que puede ayudarlo a encontrar muchos servicios comunitarios, como bancos de alimentos, ropa, refugios, ayuda para pagar el alquiler y los servicios públicos, atención médica, atención médica durante el embarazo, ayuda cuando usted o alguien más está en problemas, grupos de apoyo, asesoramiento, ayuda con problemas de drogas o alcohol, ayuda financiera, capacitación laboral, transporte, programas educativos, guardería para adultos, comidas sobre ruedas, cuidado de relevo, cuidado de la salud en el hogar, transporte, servicios domésticos, cuidado de niños, programas después de la escuela, ayuda familiar, campamentos de verano y programas de juego, asesoramiento, ayuda con el aprendizaje y servicios de protección.



211arizona.org



211

Dental — Reduced Fee and Community Dental Clinics in Arizona

Una lista de clínicas que proporcionan servicios de salud dental a bajo costo o sin costo para las personas sin seguro médico. Consulte la lista en el sitio a continuación para conocer las ubicaciones y los números de teléfono:



[azdhs.com/documents/prevention/womens-childrens-health/oral-health/reduced-fee-dental-clinics.pdf](https://www.azdhs.com/documents/prevention/womens-childrens-health/oral-health/reduced-fee-dental-clinics.pdf)

Dump the Drugs AZ

Una aplicación que proporciona información sobre dónde desechar los medicamentos no utilizados o no deseados y los medicamentos recetados. Localice y obtenga instrucciones para llegar al sitio de eliminación segura más cercano.



[azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az](https://www.azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az)

Federal Health Insurance Marketplace

HealthCare.gov es un sitio web dirigido por el gobierno de los Estados Unidos. A veces, se le llama “intercambio de seguros de salud” o “mercado de seguros de salud”. Puede comparar los planes de seguro de salud para obtener cobertura y asequibilidad, inscribirse o cambiar de plan de seguro de salud, averiguar sobre los créditos fiscales para el seguro privado de programas de salud como Medicaid o el Children’s Health Insurance Program y obtener respuestas a preguntas sobre el seguro de salud.



[healthcare.gov](https://www.healthcare.gov)



1-800-318-2596



Fussy Baby / Birth To Five Helpline

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



[swhd.org/programs/health-and-development/fussy-baby](https://www.swhd.org/programs/health-and-development/fussy-baby)



1-877-705-KIDS o **1-877-705 5437**

Arizona Head Start/Early Headstart

HEAD START ofrece educación temprana para niños de 3 a 5 años, con participación de los padres y apoyo familiar, y educación integral sobre salud y nutrición para niños.

EARLY HEAD START ayuda a mujeres embarazadas y niños desde el nacimiento hasta los 3 años.



[azheadstart.org](https://www.azheadstart.org)



Maricopa: **1-602-338-0449**

Apache, Coconino, Navajo y Yavapai: **1-928-774-9504**

Gila y Pinal: **1-888-723-7321**

Mohave: **1-928-782-1886**

Vaccines for Children (VCF)

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



1-602-364-3630



[azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/immunization/index.php#vaccines-children-home](https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/immunization/index.php#vaccines-children-home)

The Arizona Immunization Program

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



1-602-364-3630



[azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/immunization/index.php#get-vaccinated](https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/immunization/index.php#get-vaccinated)

Health-e-Arizona Plus

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



[healtharizonaplus.gov](https://www.healtharizonaplus.gov)



1-855-432-7587



Mentally Ill Kids in Distress (MIKID)

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



mikid.org



Gila, Maricopa y Pinal: **1-602-253-1240**

Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai: **1-928-775-4448**

National Alliance on Mental Illness (NAMI) Arizona

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



namiarizona.org



1-800-950-6264

National Suicide Prevention Lifeline

La National Suicide Prevention Hotline está comprometida a mejorar los servicios para crisis y la prevención del suicidio mediante el empoderamiento de las personas, el uso de las mejores prácticas profesionales y la creación de conciencia.



988lifeline.org



988

Opioid Assistance & Referral

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



azdhs.gov/oarline



1-888-688-4222

Poison Control

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



azpoison.com



1-800-222-1222



Postpartum Support International

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



postpartum.net



1-800-944-4773. Mensajes de texto:

English: **1-800-944-4773**

Español: **971-203-7773**

Power Me A2Z

Power Me A2Z les brinda vitaminas a las personas de Arizona.



powermea2z.org

Raising Special Kids

El objetivo de Raising Special Kids es mejorar la vida de los niños que padecen todo tipo de discapacidades desde el nacimiento hasta los 26 años. Raising Special Kids proporciona apoyo, capacitación, información y asistencia para que las familias puedan cuidar eficazmente de sus hijos.



raisingspecialkids.org



1-602-242-4366 o **1-800-237-3007**

Sliding Fee Schedule Clinics (no cost or low cost)

Son clínicas en Arizona que ofrecen servicios gratuitos o de bajo costo a personas que no tienen seguro médico.



azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php



1-602-542-1219

St. Vincent de Paul Dental Clinics (Maricopa County)

La clínica dental de caridad de St. Vincent de Paul ofrece tratamiento y atención preventiva a niños y adultos sin seguro e inspira a miles de personas a tener una higiene más saludable.



stvincentdepaul.net



1-602-261-6868



Strong Families AZ

Strong Families AZ es una red de programas de visitas a domicilio que ayudan a las familias a criar niños que estén listos para ser exitosos en la escuela y la vida. Para encontrar un programa cerca de usted, visite el siguiente sitio web e ingrese su código postal.



strongfamiliesaz.com

Teen Life Line

La Línea Teen Life es un servicio para crisis seguro y confidencial en el que adolescentes ayudan a otros adolescentes a tomar decisiones saludables a través de servicios de asesoramiento por pares y prevención del suicidio las 24 horas.



teenlifeline.org



1-602-248-8336 (TEEN) o **1-800-248-8336** (TEEN)

Tobacco Free Arizona

Tobacco Free Arizona es un programa que ayuda a las personas de Arizona a conocer los riesgos del consumo de tabaco y a proporcionar recursos para dejar de fumar.



azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php



1-800-556-6222

Vocational Rehabilitation

El programa Vocational Rehabilitation ofrece servicios de empleo a personas con discapacidades para demostrar que la rehabilitación vocacional es un programa de empleo. Su objetivo es ayudar a los participantes a ingresar al mercado laboral o a mantener su trabajo.



des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation



1-800-563-1221

Women, Infants, and Children (WIC) Arizona

Women, Infants, and Children (WIC) Arizona provee educación nutricional y servicios de apoyo para la lactancia materna, alimentos nutritivos suplementarios y derivaciones a servicios sociales y de salud. WIC atiende a personas embarazadas, en período de lactancia y posparto; bebés y niños menores de 5 años con riesgo nutricional. El Programa WIC está financiado por el United States Department of Agriculture.



azdhs.gov/prevention/azwic



1-800-252-5942



Proveedores de Atención Médica de Tarifa Variable/Bajo Costo

Si ya no cumple con los requisitos de Medicaid y no puede obtener otro seguro de salud, puede buscar clínicas que proporcionen servicios de cuidados primarios, mentales y dentales a bajo costo o sin costo para personas sin seguro médico. Para encontrar la clínica más cercana, visite azdhs.gov/prevention/health-systems-development/sliding-fee-schedule/index.php.

Norma de Interoperabilidad y Acceso de Pacientes: Nuevas Formas de Gestionar sus Registros de Salud Digitales

Nuevas Formas de Gestionar sus Registros de Salud Digitales

El 1 de julio de 2021, una nueva norma federal llamada la Norma de Interoperabilidad y Acceso a Pacientes (CMS 9115 F) entró en vigencia. Esta norma les facilita a los miembros la obtención de sus registros de salud cuando más los necesitan.

Ahora dispone de acceso completo a sus registros de salud en su dispositivo móvil, como su teléfono inteligente, lo que le permite gestionar mejor su salud y saber qué recursos tiene a su disposición.

Imagínese...

- Ir a un nuevo proveedor porque usted no se siente bien y que ese proveedor sea capaz de obtener la historia clínica de los últimos cinco años.
- Utilizar un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista.
- Tener acceso a su historia clínica para que un proveedor o especialista pueda diagnosticarlo rápidamente y asegurarse de que recibe la mejor atención.
- Ver si su reclamación se ha pagado, denegado o se está procesando desde su computadora.
- Poder disponer de su historia clínica cuando cambie de plan de salud.*

Además, la nueva norma facilita la búsqueda de información** sobre:

- Reclamaciones (pagadas y denegadas).
- Partes específicas de su información clínica.
- Cobertura de medicamentos de farmacia.
- Proveedores de atención médica.

* En 2022, los miembros pueden comenzar a solicitar llevarse sus registros de salud si cambian de plan de salud.



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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Instrucciones Avanzadas: Decisiones sobre su Atención de la Salud

Referencia: Arizona Secretary of State — azsos.gov

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

Menos del 25% de los estadounidenses han escrito cómo les gustaría que los cuidaran cuando se acerque el final de sus vidas. La mayoría de las personas evitan hablar de esos temas. Planificar a futuro con una directiva avanzada ayuda a hacer saber sus deseos sobre lo que desea hacer y no desea 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 asegurarse de que sus decisiones anticipadas de atención de la salud se cumplan es hablar sobre ellas. Hable con su familia, amigos, vecinos, miembros de la iglesia, médicos y otros proveedores de atención de la salud. Hágalos saber 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 pueda comunicarse por sí mismo.

Si ha completado una directiva avanzada, usted tiene el control de sus decisiones de atención de la salud, siempre y cuando pueda comunicar sus deseos.

Si tiene preguntas sobre las instrucciones avanzadas llame a la Oficina de la Arizona Secretary of State, sección Advance Directive al **1-800-458-5842** o visite el sitio web en azsos.gov. Puede encontrar los formularios que necesita para completar su directiva avanzada en el sitio web.

Puede también guardar una copia de su directiva avanzada en el Registro de Instrucciones Avanzadas de Atención de la Salud de Arizona para que esté disponible ante una emergencia. Puede obtener información sobre cómo almacenar una copia de su directiva avanzada en el Advance Health Care Directive Registry de Arizona azsos.gov o puede llamar al **1-800-458-5842**.

1 ¿Qué es una directiva avanzada?

Una directiva avanzada es un documento en el que usted deja instrucciones sobre su atención de la salud, qué desea que se haga y que no se haga si usted no puede comunicarse por sí mismo.

2 ¿Qué es una directiva de atención de la salud?

Una directiva de atención de la salud es un tipo de directiva avanzada que les indica a su proveedor y sus familiares qué tipo de atención le gustaría recibir si usted no puede tomar sus propias decisiones médicas. Se llama una “directiva avanzada” porque usted elige su atención médica antes de enfermarse gravemente.

3 ¿Qué es un testamento vital?

Un testamento vital es una forma de directiva avanzada. Por lo general, solo entra en vigencia si tiene una enfermedad terminal. Tener una enfermedad terminal generalmente significa que tiene menos de seis meses de vida.

**4 ¿Qué es un poder legal de atención de la salud (médico)?**

En un poder legal de atención de la salud (médico), usted nombre a alguien para que tome decisiones médicas por usted si está inconsciente o no puede tomar decisiones médicas por usted mismo por alguna razón. Un poder legal de atención de la salud (médico) puede ser parte de otro formulario de directiva avanzada, como un testamento vital o una directiva de atención de la salud, o puede ser un documento separado. La persona que designe para tomar las decisiones cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo se llama “agente”.

5 ¿Un agente designado por un poder legal de atención de la salud (médico) debe residir en el mismo estado que usted?

No, pero debe estar disponible en caso de una crisis médica.

6 ¿Qué capacitación necesita una persona para recibir un poder legal de atención de la salud (médico)?

Ninguno. Su agente representante con poder legal de atención de la salud (médico) no es una persona médicamente capacitada. La persona que designe como su agente con poder legal de atención de la salud (médico) 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 una directiva avanzada y un poder legal de atención de la salud (médico)?

Sí, a menudo están combinados.

8 ¿Qué autoridad tiene un agente con poder legal duradero o financiero para tomar decisiones médicas?

Ninguno.

9 ¿Cuándo entran en vigencia las instrucciones avanzadas y los poderes legales de atención de la salud (médicos)?

Una directiva avanzada, incluido un poder legal de atención de la salud (médico), no tiene efecto legal a menos que, y hasta que, usted pierda la capacidad de decidir o dar consentimiento para su atención médica. Ni un agente designado con poder legal de atención de la salud (médico) ni una instrucción escrita puede anular su elección expresada actualmente.

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

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

11 ¿Qué sucede si no tengo una directiva avanzada?

Si no tiene una directiva avanzada y no puede tomar decisiones de atención de la 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 la salud.

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

- a. Un tutor.



- b. Un agente con poder legal de atención de la salud (médico).
- c. Un sustituto.
- d. El cónyuge del paciente, a menos que estén legalmente separados.
- e. Un hijo adulto del paciente o a una mayoría de los hijos adultos.
- f. Un padre del paciente.
- g. La pareja de hecho del paciente si el paciente no está casado.
- h. El hermano del paciente.
- i. Un amigo cercano al paciente.
- j. Si no se puede localizar a ninguno de los anteriores, el médico a cargo, 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 con poder legal de atención de la salud (médico)?

En Arizona, si no designa a un agente con poder legal de atención de la salud (médico), el sustituto puede tomar la mayoría de las decisiones relacionadas con la atención de su salud. Sin embargo, un sustituto que puede tomar decisiones no puede decidir quitar la alimentación artificial si ya se ha iniciado. Legalmente, solamente la persona, un agente con poder legal de atención de la salud (médico) o un tutor puede autorizar a detener la alimentación artificial. Un sustituto puede tomar la decisión de continuar o quitar cualquier otro tratamiento.

13 ¿Qué es una directiva prehospitalaria (algunas veces, llamada “formulario naranja”)?

El personal de servicio médico de emergencia (o quienes responden al “911”) generalmente resucitarán y estabilizarán a los pacientes hasta que lleguen de manera segura a un hospital. Si es necesario, puede recibir resucitación cardiopulmonar (CPR), que es el tratamiento para intentar reiniciar la respiración o ritmo cardíaco de una persona. El 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 directiva avanzada llamado “directiva prehospitalaria” o “formulario naranja”.

14 ¿Qué tiene de especial una directiva prehospitalaria (formulario naranja)?

Es un documento que debe imprimirse en papel naranja brillante y establece que usted no desea CPR para reiniciar su corazón o respiración. La directiva prehospitalaria debe estar firmada por usted y también por un médico u otro proveedor de atención de la salud.

15 Si completo una directiva prehospitalaria, ¿necesito tener otra directiva avanzada?

Sí. La directiva prehospitalaria tiene un rol limitado. La directiva prehospitalaria solo entra en vigencia fuera de una institución de atención médica (en el hogar y en la comunidad). No tiene validez en el hospital ni en ninguna institución de atención médica.

16 ¿Necesito un abogado para completar una directiva avanzada?

No. No necesita un abogado para completar una directiva avanzada.

**17 ¿Necesito un formulario especial?**

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

18 ¿Un poder legal de atención de la salud (médico) o una directiva avanzada deben estar firmados por un notario?

En Arizona, estos documentos deben tener un notario o testigos. El testigo debe saber que usted firma libremente y que tenía la capacidad para comprender lo que estaba haciendo. El testigo puede no ser la persona que 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 la salud. Algunos estados necesitan que este documento esté firmado por un notario. Si tiene planeado viajar fuera de Arizona, se recomienda que un notario firme estos documentos cuando usted lo haga.

19 ¿Las instrucciones avanzadas 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 pueden variar de un estado a otro.

20 ¿Quién debería tener una copia de mi directiva avanzada y de mi poder legal de atención de la salud (médico)?

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

21 ¿Qué ocurre si cambio de idea o deseo cambiar mi directiva?

Puede cancelar o cambiar su directiva avanzada si informa a su agente o proveedor de atención de la salud por escrito sobre su decisión. Lo mejor es destruir las copias viejas y crear nuevas. Asegúrese de entregar una copia de la nueva directiva al médico y a cualquier otra persona que haya recibido copia de la anterior. La directiva más reciente es la que posee el vínculo legal.

22 ¿Qué ocurre si no tengo tiempo de cambiar mi directiva 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 legal de atención de la salud mental?

Un poder legal de atención de la 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 tomarlas usted mismo.

24 ¿Qué tiene de especial un poder legal de atención de la salud mental?

Solamente un agente con poder legal de atención de la salud mental o un tutor designado por la corte puede autorizar su ingreso a un centro de atención de la salud mental para tratamiento de una enfermedad mental (incluida la demencia con problemas conductuales) sin su consentimiento.



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

AHCCCS Member Services

801 E Jefferson St

Phoenix, AZ 85034

Teléfono: 1-602-417-7000 (Fuera de Maricopa County: 1-800-962-6690)

Correo electrónico: MedicalManagement@azahcccs.gov

Recursos de Defensoría

Existen grupos y organizaciones que actuarán como defensa para usted. La defensoría incluye servicio directo a personas o familias además de actividades que promueven la salud y el acceso a atención de la 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 son los principales puntos de acceso para los servicios y apoyo a largo plazo para adultos mayores y personas con discapacidades, incluidos el cuidado de la salud en el hogar y la tecnología de asistencia. Para obtener más información, visite azlinks.gov o azdaars.getcare.com/consumer.

Area Agency on Aging

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 mayores de 60 años, adultos mayores de 18 años con HIV/AIDS, adultos mayores de 18 años con alguna discapacidad y necesidad 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)

La ACDL es la agencia de protección y defensoría (P&A) para personas discapacitadas en el estado de Arizona. Es una firma de derecho de interés público sin fines de lucro dedicada a proteger a las personas con una amplia variedad de discapacidades. Se puede comunicar con el ACDL al **1-800-927-2260** o en 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 los ciudadanos preocupados y los profesionales pudiesen unirse en una organización en todo el estado para finalizar la violencia doméstica. En el 2013, se convirtió en una coalición doble designada a abordar tanto la violencia sexual como la doméstica, convirtiéndose así en la Arizona Coalition to End Sexual and Domestic Violence. Puede comunicarse con la línea de ayuda al **1-602-279-2980**, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. o en acesdv.org.



Arizona Peer and Family Coalition, Northern Arizona Peer and Family Coalition

La misión de la Arizona Peer and Family Coalition es promover la atención de la salud conductual a través de la conexión, promoción y desarrollo del liderazgo por parte de pares, miembros de la familia y aliados en todo el estado. Puede obtener más información en azpeerandfamily.online.

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 Mental Health America of Arizona al **1-602-576-4828** o en mhaarizona.org.

National Alliance on Mental Illness (NAMI)

La National Alliance on Mental Illness (NAMI) es la organización nacional de esfuerzos comunitarios más grande de salud mental dedicada a crear mejores vidas para millones de estadounidenses afectados por enfermedades mentales. Se puede comunicar con la NAMI al **1-800-950-6264** o en nami.org.

National Domestic Violence Hotline

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

Office of Human Rights

La Office of Human Rights (OHR) atiende principalmente a las personas con una determinación de Enfermedad Mental Grave (SMI) y una designación de Asistencia Especial en el sistema público de salud conductual para ayudarlos a comprender, proteger y ejercer sus derechos, facilitar la autodefensa a través de la educación y obtener acceso a servicios de salud conductual. La OHR funciona en todo el estado y se puede acceder a ella llamando al **1-800-421-2124**.

Información de Asistencia Especial para Miembros con SMI

La Asistencia Especial es una designación clínica única que brinda apoyo a los miembros con una determinación de SMI que no pueden comunicarse y/o participar durante la planificación del tratamiento, la planificación del alta o el proceso de quejas formales y apelaciones.

Cuando un equipo clínico en el centro de salud u otro evaluador calificado determina que un miembro cumple con los criterios para la Asistencia Especial, se lo notifican a la Office of Human Rights. La Office of Human Rights asignará a una persona para satisfacer las necesidades de Asistencia Especial del miembro y para abogar en nombre del miembro durante la planificación del tratamiento y/o del alta y durante el proceso de quejas formales y apelaciones. Care1st trabaja en colaboración con la Office of Human Rights de AHCCCS para garantizar que los miembros que cumplen con los criterios para la Asistencia Especial sean debidamente identificados. Puede comunicarse con el equipo de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA) de Care1st llamando a Servicios para Miembros al **1-866-560-4042**, (TTY/TDD: **711**) y pidiendo hablar sobre Asistencia Especial con alguien del equipo de OIFA.

Puede comunicarse con la Office of Human Rights al **1-800-421-2124**.



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

Palabras/Frases

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

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

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

Afección Médica de Emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o afección (incluido dolor grave), la cual 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, o
- causar daño grave a cualquier órgano del cuerpo o parte del cuerpo.

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

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

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

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

Servicios Excluidos: consulte EXCLUIDOS.



Palabras/Frases

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

- están por encima de un límite,
- son experimentales, o
- 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 negar o limitar un pedido de servicios.

Dispositivos y Servicios de Recuperación de las Habilidades: consulte RECUPERACIÓN DE LAS HABILIDADES.

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

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

Atención Médica a Domicilio: consulte SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO.

Servicios de Atención Médica a Domicilio: servicios de enfermería, asistente de salud a domicilio, y servicios de terapia; y suministros médicos, equipo y artículos que un miembro recibe en su domicilio de acuerdo con la indicación de un médico.

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

Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios: atención brindada en un hospital en el que, generalmente, no necesita quedarse a pasar la noche.

Hospitalización: ingresar o quedarse en un hospital.

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



Palabras/Frases

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

Proveedor No Participante: consulte PROVEEDOR FUERA DE LA RED.

Proveedor Fuera de la Red: un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de proveedor con AHCCCS pero no tiene contrato con su plan de salud. Usted puede 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 la salud que tiene un contrato con su plan de salud.

Servicios Médicos: servicios de atención médica brindados por un médico autorizado.

Plan: consulte PLAN DE SERVICIOS.

Plan de Servicios: una descripción escrita de los servicios de salud cubiertos y otras ayudas, pueden incluir:

- metas individuales,
- servicios de apoyo familiar,
- coordinación de la atención, y
- planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida.

Preautorización: consulte AUTORIZACIÓN PREVIA.

Autorización Previa: una aprobación de un plan de salud que puede ser obligatoria antes de recibir un servicio. Esto no es una promesa de que el plan de salud cubrirá el costo del servicio.

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



Palabras/Frases

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

Medicamentos con Receta: medicamentos que receta un profesional de la salud y que entrega un farmacéutico.

Médico de Cuidado Primario: un médico que es responsable de administrar y tratar la salud del miembro.

Proveedor de Cuidado Primario (PCP): una persona que es responsable de administrar la atención médica del miembro. Un PCP puede ser:

- una persona con licencia, como un médico osteopático o alopático,
- un profesional definido como un asistente médico licenciado, o
- Un profesional de enfermería certificado.

Proveedor: una persona o grupo que tiene un acuerdo con AHCCCS para proveer servicios a los miembros de AHCCCS.

Dispositivos y Servicios de Rehabilitación: consulte REHABILITACIÓN.

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

Atención de Enfermería Especializada: atención especializada que se brinda en su domicilio o en un hogar de enfermería a cargo de enfermeros licenciados o terapeutas.

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

Atención de Urgencia: atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para buscar atención inmediata, pero no lo suficientemente grave como para solicitar atención en una sala de emergencias.



Definiciones del Servicio de Atención Maternal

Palabras/Frases

Enfermero Obstetra Certificado (CNM): un proveedor certificado por el American College of Nursing Midwives (ACNM). Lo realiza el proveedor que pasa un examen nacional y tiene una licencia para ejercer en Arizona. La licencia es otorgada por la Arizona Board of Nursing. Los CNM proporcionan atención médica a mujeres embarazadas y recién nacidos. La atención médica incluye la atención antes, durante y después del embarazo; la atención ginecológica y la atención del recién nacido. Proporcionan esta atención médica junto con otros proveedores.

Centros de Maternidad Independientes: los centros de maternidad independientes son centros de partos autorizados por el Arizona Department of Health Services (ADHS) y certificados por la Commission for the Accreditation of Free Standing Birthing Centers. Estos lugares médicos cuentan con proveedores que ofrecen servicios de parto. Se ocupan de la atención maternal y partos de bajo riesgo. Estos centros están contratados y se ubican cerca de hospitales de cuidados intensivos en caso de que se necesite ayuda con un problema en el parto.

Embarazo de Alto Riesgo: cuando una mujer embarazada, un feto o un recién nacido tiene un mayor riesgo de tener problemas de salud durante el embarazo o después del parto. Se utilizan herramientas especiales de evaluación de riesgos médicos para determinar si existe una posible situación de alto riesgo.

Partero Licenciado (LM): un proveedor que ha recibido una licencia del Arizona Department of Health Services (ADHS) para ofrecer atención maternal, como se describe en A.R.S. Título 36, Capítulo 6, Artículo 7 y A.A.C. R916. Estos proveedores son diferentes de los CNM.

Atención Maternal: incluye la atención médica para el embarazo, el trabajo de parto y el parto, y servicios de posparto.

Coordinación de la Atención Maternal: incluye todos los servicios para coordinar la atención maternal. Entre ellos: evaluar las necesidades médicas y sociales, diseñar un plan para ayudar con las necesidades, ayudar a los miembros a conectarse con los recursos de la comunidad y asegurarse de que los miembros reciban la ayuda médica y social que necesitan.



Palabras/Frases

Proveedor de Atención Maternal:

Estos son tipos de proveedores que brindan atención maternal:

1. Médicos licenciados de Arizona que son obstetras o proveedores de medicina general/medicina familiar
2. Profesionales de enfermería
3. Asistentes médicos
4. Enfermeros parteros certificados
5. Parteros autorizados

Profesional: son los CNM, los asistentes médicos y otros enfermeros profesionales que realizan servicios de partería.

Posparto: es el período que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en el que finaliza el período de 60 días después del término del embarazo.

Atención Posparto: es la atención médica que se brinda durante el periodo que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en el que finaliza el periodo de 60 días después del término del embarazo. Se incluyen los servicios y suministros de Planificación Familiar.

Asesoramiento Previo a la Concepción: ayuda a los miembros a identificar y reducir los riesgos médicos y sociales que ayudarán a una mujer a estar saludable antes del embarazo. Se realiza mediante asesoramiento que se centra en brindar atención médica en forma temprana a fin de reducir los problemas y comportamientos médicos para ayudar a quedar embarazada y durante el embarazo. Es para todas las mujeres que pueden quedar embarazadas, ya sea que quieran quedar embarazadas o no. Forma parte de la atención médica preventiva de rutina para mujeres. No incluye pruebas genéticas.

Atención Prenatal: es la atención proporcionada durante el embarazo, que incluye lo siguiente:

1. Evaluar el riesgo médico y social
2. Proporcionar educación médica
3. Tratamiento y atención médica en curso



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

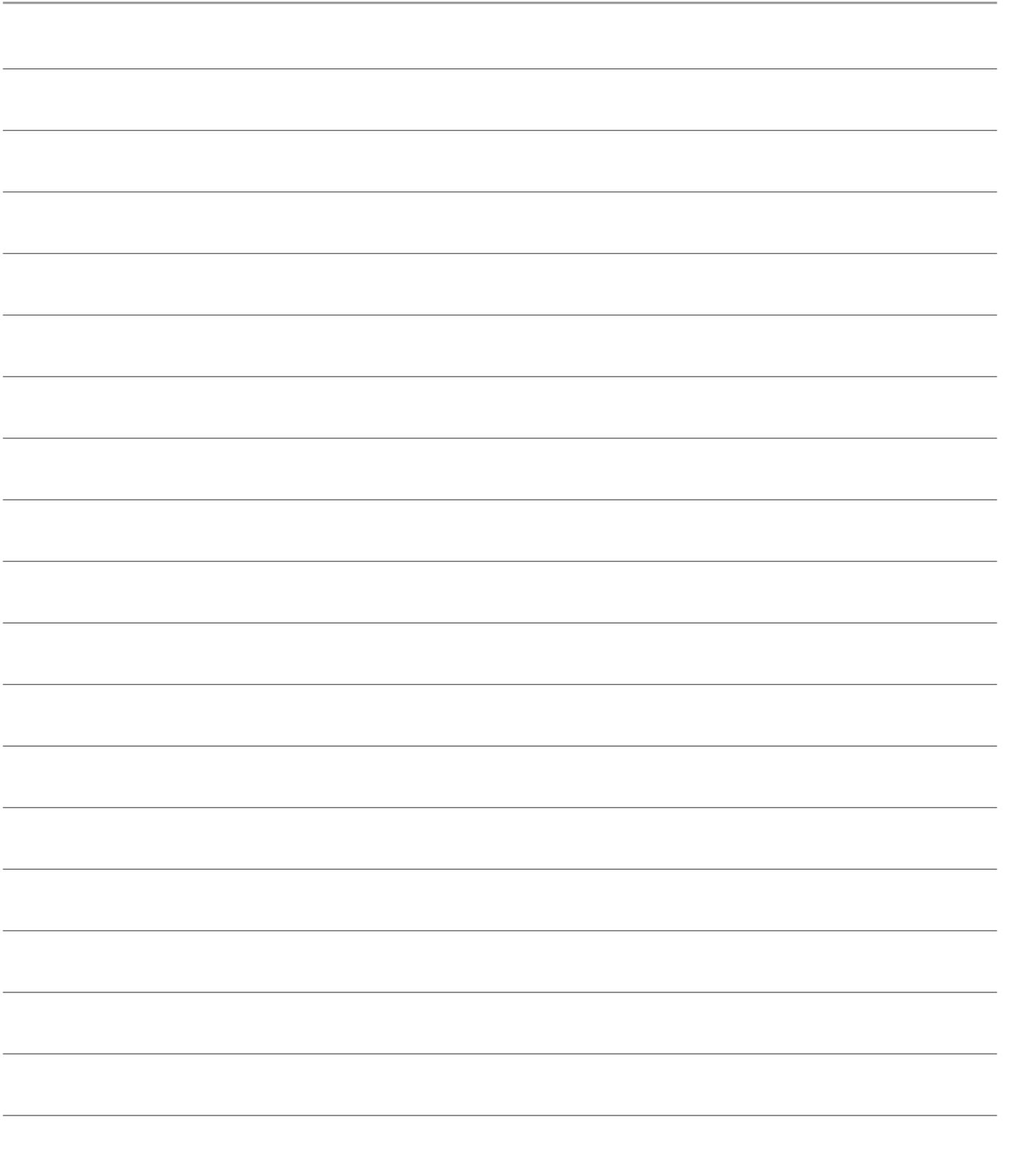
Attn: Grievance Coordinator

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 para Miembros:
1-866-560-4042 (TTY/TDD: 711)



care1staz.com



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