

2020-2021 Member Handbook
Manual de Miembro

Regional Behavioral Health Authority
Autoridad Regional de Salud Conductal

Health CHOICE

BlueCross BlueShield Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

INTRODUCTION TO

HEALTH CHOICE ARIZONA

Welcome to Health Choice Arizona! We are happy to offer you and your family the quality health care services you need.

Health Choice Arizona is a Regional Behavioral Health Authority health plan.

We provide health care services for persons who live in Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo, and Yavapai counties.

This Member Handbook helps you understand your Health Choice Arizona health plan. You can learn about our services, how to get care and who to talk to if you have questions.

If you would like a copy of this Member Handbook mailed to you, please call us. We will send you a copy at no cost to you.

You can reach us toll-free at 1-800-322-8670, TTY: 711. Our Member Services team is always happy to help. This phone number is at the bottom of every page in this handbook so you can find it easily.

¿Necesitas este manual en español? Vea el reverso de este libro para la traducción en español. Si necesita ayuda con traducciones de interpretación, llame a Servicios para Miembros al 1-800-322-8670.

Want to Learn more about Us?

Visit www.HealthChoiceAZ.com to learn more and to view resources for you.

Health Choice Arizona is an affiliate of Blue Cross Blue Shield Arizona.

Covered Services are funded under contract with AHCCCS.

Revised 9/2020

WHAT WILL YOU FIND INSIDE THIS MEMBER HANDBOOK

Content	Page
Getting Services • Member Services • Abbreviations • Important **Plan Related** Phone Numbers • Urgent Care and After-Hours Care • 24/7 Nurse Advice Line • Behavioral Health Crisis Hotline • How to access Addiction Treatment, Substance Use Disorder services and Opioid Information • Language Interpretation and Translation Services • Health Choice Arizona and Your Care • Member ID Cards	5
Member Responsibilities • Changes to Your Personal Information • Transition to New Health Plan • Family Members and Treatment Planning Process • What is an Emergency? • Transportation	13
Covered Services • Benefits • Adult Preventative Care • Additional Services with Specific Limitations • Services Not Covered • AHCCCS Excluded Benefits Table (Adults Age 21 and Older) • Prior Authorization • Grant Funded Support Services • Housing Services • End of Life Care and Advance Directives •	18
Providers • Primary Care Provider (PCP) • Appointments • Referral and Self-Referral to Specialists and Other Doctors • American Indian Members • Freedom of Choice	27
Services for Young Adults • EPSDT Program • Vision Services for Young Adults	32

• Immunizations	
Pregnancy/Maternity Services • Prenatal Doctor Visits • Postpartum Doctor Visits	35
Family Planning Services · Family planning · Medically Necessary Pregnancy Terminations · Sterilizations	37
Dental • Adult Dental Care • Dental Services for Young Adults (18,19,20) • Dental Appointments _____ **Other Services** • Care Manager Services • Disease Management Services	40 43
Prescription Drugs • Health Choice Arizona Formulary • Trouble Filling your Prescriptions? • Reimbursement for Prescription Drugs	44
Covered Behavioral Health Services • Behavioral Health Services • Referral Process for Serious Mental Illness • Arizona's Vision for Delivery of Behavioral Health Services • The Twelve Principles for the Delivery of Services to Children • Nine Guiding Principles for Recovery-Oriented Adult Behavioral Health Services and Systems • Multi-Specialty Interdisciplinary Clinic (MSIC) • Children's Rehabilitative Service (CRS) – What is CRS? • Member Advocacy Council	48
Appeals • Appeals for Members Determined to have a Serious Mental Illness • Appeals for Members Who are not Determined to have a Serious Mental Illness & are not Tile XIX/XXI Eligible • Requesting an Appeal • Expedited Appeal • Notice of Extension • Using a Representative	58

Payment for Services • Copayments • People with Optional (Non-Mandatory) Copayments • People with Required (Mandatory) Copayments • Optional (Non-Mandatory) Copayment Amounts for Some Medical Services • Required (Mandatory) Copayment Amounts for Person Receiving TMA Benefits • 5% Limit on All Copayments • Paying for Covered Services by Health Choice Arizona • Paying for Services Not Covered by Health Choice Arizona • Other Insurance • Medicare Beneficiaries • Qualified Medicare Beneficiaries (QMB) • Pharmacy and Medical Services Prior Authorization Timeframes	64
Grievances (Complaints) • Filing a Grievance • SMI Grievance/Request for Investigation for Members Determined to have a Serious Mental Illness	71
State Fair Hearing • Member's Right to Request a State Fair Hearing • What to Expect at the State Fair Hearing • Receiving Continued Benefits • Transferring Your Physical Health Services to an AHCCCS Plan (Opt-Out)	74
Member Rights • Your Privacy • Member Rights	77
Fraud, Waste and Abuse	81
Resources Want to Quit Smoking or Kick the Tobacco Habit? • Community Programs • Community Resources • Access to Low or No Cost Services • Special Needs Assistance • Advocacy Resources • Legal Assistance	83
Glossary • Managed Care Terminology • Maternity Care Definitions	90

GETTING SERVICES

MEMBER SERVICES

We always want to help you. Our Member Services team can answer all types of questions. We are open Monday – Friday, 6 a.m. – 6 p.m. (except holidays). Please see our contact information at the bottom of every even page of this handbook.

We can help you with many questions like these:

- How do I change my provider?
- What is a covered service?
- What pharmacies can I use?
- Do I currently have coverage?
- What do I do if I move from my service area?
- Can I change to a different plan?

You can also get help on our website at HealthChoiceAZ.com.

ABBREVIATIONS

Below are some abbreviations that you will see in this handbook and what they mean:

AHCCCS .....Arizona Health Care Cost Containment System
ACC .....AHCCCS Complete Care
ALTCS .....Arizona Long Term Care System
AzEIP.....Arizona Early Intervention Program
CRS .....Children Rehabilitative Services
DDD .....Division of Developmental Disabilities
DES .....Department of Economic Security
EPSDT .....Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment
HIPAA .....Health Insurance Portability and Accountability Act
PCP .....Primary Care Provider
PPC .....Prior Period Coverage – member was or is in transitional period with regard to coverage while AHCCCS completes the enrollment process
QMB .....Qualified Medicare Beneficiary
RBHA .....Regional Behavioral Health Authority
SOBRA .....Sixth Omnibus Budget Reconciliation Act
RBHA .....Regional Behavioral Health Authority
TRBHA .....Tribal Regional Behavioral Health Authority
WIC.....Women, Infant and Children (nutritional program)

IMPORTANT PLAN RELATED PHONE NUMBERS

Health Choice Arizona Member Services	Call us if you need help finding a PCP in your area, changing your PCP, benefit information, or to request a Member Handbook.	1-800-322-8670 TTY: 711
24/7 Nurse Advice Line	Speak to a nurse to answer health questions and provide advice on next steps. A nurse is available to talk to you 24 hours a day, 7 days a week.	1-855-458-0622 TTY: 711
Behavioral Health Crisis Hotlines	Speak to a specialist who can help you or a family member with a behavioral health crisis.	1-877-756-4090 TTY: 711
Transportation	Call us to schedule a ride to a medical appointment.	602-386-3447 TTY:711
Pharmacy/Prescription Drugs	Call us if you need help filling your medications.	1-800-322-8670 TTY:711
Medical Management (Such as Inpatient or Outpatient services and Prior Authorization)	Call us if you need help with submitting a request for services or medications.	1-800-322-8670 TTY:711

URGENT CARE AND AFTER-HOURS CARE

If you have questions about your health, call your provider first. Your provider can answer many of your questions. Even if your provider's office is closed, you can call their office. An answering service will make sure your provider gets your message. This means weekends and holidays, too.

It may take a little while for your provider to get back to you, but your provider will call you back. Your provider will speak with you about next steps. The provider's office may tell you to go to an urgent care center as a next step. You can call us to find an urgent care center or after-hours care center near you. You can also find a care center by checking our Provider Directory. Provider Directories are available to you at no cost. Call us to have one mailed to you, or you can visit our website to use our Find a Doctor tool.

When to go to an urgent care

Common reasons to go to an urgent care or after-hours care include:

- Common cold, flu symptoms or a sore throat
- Earache or toothache
- Back strain
- Migraine headaches
- Prescription refills or requests
- Stomach ache
- Deep cut or scrape

24/7 NURSE ADVICE LINE

Questions about your health or your family's health can come up any time. Our Nurse Advice Line is here for you 24 hours a day, 7 days a week – at no cost.

When you call, a registered nurse will answer health questions and provide health information or advise you where to get health services. Nurses can also tell you how to take care of yourself at home when you do not feel well, but do not need to see a PCP.

You can call our Nurse Advice Line anytime, including weekends and holidays. Call the Nurse Advice Line at 855-458-0622. This number is at the bottom of every page in this Member Handbook so you can find it easily.

When calling the Nurse Advice Line, be ready to give your name, Member ID number and symptoms. The 24- hour Nurse Advice Line is open when you need health advice.

BEHAVIORAL HEALTH CRISIS HOTLINE

If you are having an emotional crisis or know someone who is at risk of physical harm, hurting themselves or someone else, call our Behavioral Health Crisis Hotline at 1-877-756-4090 immediately. Here are some warning signs:

- Hopelessness; feeling like there's no way out
- Anxiety, agitation, sleeplessness, mood swings
- Feeling like there is no reason to live
- Rage or anger
- Engaging in risky activities without thinking
- Increasing alcohol or drug use
- Withdrawing from family and friends

Call 911 if:

- You are concerned about harming or hurting yourself or someone else
- Thinking about killing yourself, or looking for ways to take your life
- Talking about death, dying or suicide
- You or someone else has overdosed

You are able to get crisis services, even if you are not Title 19/21 eligible (i.e., not eligible for AHCCCS) or determined to have a Serious Mental Illness. The Crisis Line connects people in crisis and their families and friends with information and qualified caring health care professionals. The Crisis Line is completely confidential and is open to anyone who needs help regardless of insurance. Crisis Services include:

- Crisis Intervention Phone services, including a toll free number, available 24 hours per day, 7 days a week
- Mobile Crisis Intervention services, available 24 hours per day, 7 days a week
- 24-hour Crisis Observation/Stabilization services, including detoxification services; and as funding allows, up to 72 hours of additional crisis stabilization; and substance use-related crisis services, including follow-up services for stabilization.

Health Choice Arizona Behavioral Health Crisis Hotline: 1-877-756-4090

CRISIS HOTLINES	**PHONE NUMBER**
Health Choice Arizona Behavioral Health Crisis Hotline	1-877-756-4090
NAZCARE Warm Line (Peer Support)	(888)-404-5530, 5:00 p.m. – 10:30 p.m.
Veterans Crisis	1-800-273-8255 (press 1) or Text 838255
Teen Lifeline	800-248-8336 (TEEN) OR Text 602-248-8336 (TEEN), 3:00 p.m. – 9:00 p.m.

HOW TO ACCESS ADDICTION TREATMENT, SUBSTANCE USE DISORDER SERVICES AND OPIOID INFORMATION

Services to help you stop the use of alcohol, drugs or gambling are available to you at no cost. Getting treatment can help you change your thoughts, feelings and actions.

We also have services available for individuals who are struggling with opioid use. Treatment is available through multiple venues, including induction sites, outpatient facilities, inpatient, and residential facilities. Opioid treatment is available at no cost to you. Health Choice has partnered with axialHealthcare to provide peer support as well as care management support to assist you to stay well.

If you need help, a Health Choice Behavioral Health Specialist can assist you with referrals and appointments. Call our member services team and ask for a behavioral health care manager.

LANGUAGE INTERPERTATION AND TRANSLATION SERVICES

We know it may be hard to understand your care if English is not your first language, or if you have trouble hearing. We provide these services at no cost to you. We want to help you. Call us if you need:

- Language services. Please let us know when you call if you need an interpreter, we will connect to one with you.
- Hard of hearing services. You can call Arizona Relay Services at 711. Telephone relay, or TTY/TDD, is a free public service.
- For in-person sign language services or in-person interpreter services, please contact your provider and let them know what you need before your appointment. Please call 800-322-8670 at least four (4) days before your appointment.
- Any of our printed information in another language or a different format, such as large print or audio. We will send you what you need at no cost.

Finding a Provider Who Speaks Your Language and Accommodates Physical Disabilities

Our Provider Directory shows other languages our providers speak. It has an index of providers by language. Our Provider Directory is on our website. You can search the online Provider Directory by language. If you would like a printed copy of the directory, call us and we will send you a copy at no cost.

If you need a provider that accommodates physical disabilities, you can call us at 800-322-8670 and we will help you find a provider who meets your needs.

If you need an interpreter at your appointment, you may ask your provider to offer an interpreter to meet your needs. Your provider has to offer these services.

Sign Language Interpreters and Auxiliary Aids

If you are deaf or hard of hearing, you may ask your provider to offer auxiliary aids or schedule an American Sign Language Interpreter to meet your needs. Your provider has to offer these services.

Auxiliary aids include computer-aided transcriptions, large print materials, written materials, assistive listening devices, or systems, closed and open captioning, and other effective methods of making delivered materials available to individuals with hearing loss.

American Sign Language Interpreters are liscenses professionals who provide interpretation, usually in American Sign Language, to the deaf. To find a listing of sign language interpreters and for the laws regarding the profession of interpreters in the State of Arizona, please visit the Arizona Commission for the Deaf and the Hard of Hearing at www.acdhh.org or call (602) 542-3323 (V); (602) 364-0990 (TTY); 800-352-8161 (V/TTY); (480) 559-9441 (Video Phone).

Seeing an Out of Network Provider

Health Choice Arizona has a large network of providers to meet your needs. Those providers can be identified by calling member services or searching for providers on our website. In the event you must seek care from a non-contracted provider please call us directly or work with your PCP to find a contracted alternative. In an emergency please seek medical care immediately regardless of whether the provider is within the contracted network or not.

HEALTH CHOICE ARIZONA AND YOUR CARE

Health Choice Arizona provides health care to people in the Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS). This is Arizona's Medicaid program. This means we have a contract with the State of Arizona to provide Medicaid covered services.

Health Choice Arizona provides health care and behavioral health services to eligible members who live in the following counties:

Central Arizona	Northern Arizona	
• Maricopa	• Coconino	• Mohave
• Gila	• Apache	• Yavapai
• Pinal	• Navajo	

Health Choice is the Regional Behavioral Health Authority (RBHA) in northern Arizona only and does not provide RBHA services in central Arizona.

Health Choice Arizona is a managed care plan. This means we provide health care to our members through a selected group of providers, hospitals, and drug stores. You and your provider play an important role in your managed care plan. Your PCP will act as

"gatekeeper" for your health care. This means you will work together with your PCP to address your health care needs. Your PCP will talk to you about your health care needs. They will help determine if you need to see a specialist or need additional care. Your PCP and integrated health home will work with Health Choice to find the best provider available to you.

All Health Choice members are assigned to an "integrated health home" where you can get behavioral health services.

Some integrated health homes also have primary care providers so that you can receive all of your physical and behavioral health in one location. You can change to a new integrated health home at any time.

Your PCP and integrated health home will:

- Be the first person you go to for care.
- Authorize your non-emergency physical and behavioral health services, if needed.
- Send you to a specialist when needed.

Being a Heath Choice Arizona member means you:

1. Qualify for Medicaid services (and are eligible to choose Health Choice Arizona as your Medicaid Health Plan)
2. Live in our service area (one of the counties where we provide services)

Our mission is to improve the health of our members. We provide exceptional customer service and culturally competent care through:

- Our compassionate Member Services team
- Working with providers who help you get the care you need
- Cultural awareness, language and special services
- Programs to help you and your family stay healthy

If you have any questions, please call us. We always want to help you.

MEMBER ID CARDS

Look in your mail for your Member ID card. Each family member enrolled in Health Choice Arizona will get a card. The cards are unique to you and will have your member ID number. Check your ID card. Make sure all of your information is correct. If the information is not correct, please call us.

You need to show your Member ID Card to get physical and behavioral health services. You must also show your ID card to get prescription drugs. Bring your card with you when you go to the provider or pharmacy.



This is a sample of the front of a Health Choice Arizona ID card.

Protect your Member ID card:

- You are responsible for your Member ID Card.
- Keep your card with you at all times. Do not throw your card away.
- Never let someone else use your card.
- Misuse of your card by selling, loaning or giving your card to someone else could cause you to lose your AHCCCS benefits. It may also result in legal action.
- If you lose your card, call us. We will help you get a new one.

It is important for you to keep your ID card and not discard it.

NOTE: If you have an Arizona driver's license or a state-issued ID, AHCCCS will get your picture from the Arizona Department of Transportation Motor Vehicle Division (MVD). When providers look at the AHCCCS information, they will see your picture (if available) with your coverage details.

MEMBER RESPONSIBILITIES

As a Health Choice Arizona Member, you have the responsibility to:

- Protect your Member ID card at all times. Show your ID card before you get services. Do not throw your ID card away.
- Know the name of your primary care provider (PCP). This is your assigned provider. Tell him or her about your health history. Be sure to include any medical problems or concerns. This will help you get the best possible care.
- Follow your provider's instructions and treatment plan. This includes:
  - Taking all of your medicines as directed by your provider
  - Talking with your provider about your medical care
- Use the hospital emergency room for true emergencies only. Go to your provider or urgent care centers for all other care.
- Make your health care appointments during office hours whenever possible. Try to see your doctor for routine care.
- Get to your appointments on time. Call your provider ahead of time if you cannot make your appointment. Arrive at the office early if you are seeing the provider for the first time.
- If you need a ride to your appointment, call 602-386-2447 at least three (3) days before your appointment.
- Bring records of your children's shots to every appointment. This includes all members who are 18 years of age or younger.
- Call the office at least one (1) day in advance, if you cannot make your provider appointment. Remember to cancel your transportation.
- Tell AHCCCS if you have any changes to your personal information, such as address or family size.
- Tell Health Choice or the AHCCCS Office of Inspector General (OIG) if you suspect fraud, waste, or abuse by a provider, member or other person. To report fraud to OIG, call 602-417-4193.
- Tell AHCCCS if you get a new health insurance plan (primary insurance) or if you cancel a health insurance plan you were covered under when you enrolled in AHCCCS.
- Treat Health Choice staff and providers with respect. Examples of appropriate and inappropriate behaviors include:
  - Appropriate behaviors:
    - Arriving to your scheduled appointment as directed by the providers staff
    - Following the recommended steps to improve your health and wellness
    - Providing your provider with all of the relevant facts and not leaving out items that may impact your treatment plan i.e.: drug and alcohol use, other medications, living arrangements, etc.
  - Inappropriate behaviors:
    - Not treating Health Plan or Provider staff with respect and dignity
    - Not showing to scheduled appointments
    - Using the Emergency Department for non-life-threatening care.

CHANGES TO YOUR PERSONAL INFORMATION

Did you recently have a change? Tell us and AHCCCS so we have your correct information. Call our Member Services team about any of these changes:

- Address
- Adoption
- Birth or a death in the family
- Guardianship
- Marriage or divorce
- Move out of the state or country
- Phone number

What if I move?

If you move to another county in Arizona, out of state or out of the country, you must call AHCCCS to notify them of the change.

If you need to update your residence or mailing address, you can make this change online. Visit www.healthearizonaplus.gov, then log-in or sign up for an account to change your address.

How to tell AHCCS about Your Changes

To tell AHCCCS about changes in your household, contact the office where you first applied for AHCCCS:

- DES (602-542-9935 or 800-352-8401 outside Maricopa County) or visit, www.azlinks.gov
- KidsCare (602-417-5437 or 877-764-5437 outside Maricopa County)
- SSI MAO (602-417-5010 or 800-528-0142 outside Maricopa County)
- Social Security Administration (800-772-1213)

TRANSITION TO NEW HEALTH PLAN

If you change your health plan, we will make sure that your new health plan has information about what services you need and your past treatment. We will also help your new health plan get you the services you need so you don't have a gap in care or medications. A Health Choice Transition Coordinator will coordinate transition activities to ensure continuity of care, continued access to services and that all of your needs are met with your new health plan.

Examples of Health Plans transition can include:

- Changing from another AHCCCS Health Plan to Health Choice Arizona
- Changing from Health Choice Health Plan to another AHCCCS Health Plan
- Changing from a Fee for Service (FFS) status to Health Choice Arizona

If you have questions about which Health Plan you are assigned to, please call Member Services

for help.

FAMILY MEMBERS AND TREATMENT PLANNING PROCESS

Health Choice Arizona recognizes and respects that families are important. We want to provide family-centered care. This means that you can include your family in the decisions that you make. This can include:

- Helping you make decisions about your physical and behavioral health care
- Giving you and your family support services
- Being a part of your clinical team
- Involving your family during the final stages of illness

We will only discuss your care with your family if you give us permission. This can be done by contacting Member Services.

WHAT IS AN EMERGENCY?

This is when you have a serious medical condition and are in danger of lasting harm or the loss of your life if you do not get help right away.

If you are having an emergency, call 911 right away.

Emergencies can include:

- Poisoning
- Overdose
- Life threatening injuries
- Severe burns
- Severe chest pains
- Pregnant with bleeding and/or pain
- Very bad bleeding
- Loss of consciousness
- Suddenly not being able to move or speak
- Not being able to breathe

Most illnesses are not emergencies and can be treated at your provider's office. You can also get treatment at an urgent care site.

You should go to an urgent care if you have the following symptoms:

- Common cold, flu symptoms or a sore throat
- Earache or toothache
- Back strain
- Migraine headaches
- Prescription refills or requests
- Stomach ache
- Cut or scrape

Tips about Emergencies

- Go to the emergency room only when you have an emergency.
- If you are sick, but it is not an emergency, call your provider.
- If you are not sure if your problem is a true emergency, call your provider for advice.
- You can also call the Health Choice Arizona Nurse Advice Line at 855-458-0622, 24 hours a day, 7 days a week.

What to do in an Emergency

When you have a true emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. You can use any hospital or emergency provider for these services.

You do not need prior approval or a referral. The hospital or emergency provider does not have to be in our network. You will receive emergency services until you are stabilized and released from the emergency room, or you are admitted to a hospital.

TRANSPORTATION

Emergency Transportation

If you are having a true emergency, call 911 right away. We cover emergency transportation for you.

Non-Emergency Transportation

If you need help getting to an appointment, we can help get to your covered health care visits. Before you call for help, see if a family member, friend or neighbor can give you a ride. If not, call us as soon as you make your appointment to set up a ride. We cover rides to appointments that are medically necessary and covered by us. Be sure to call us to see if your appointment qualifies. You must call three (3) days before your appointment. **If you call the same day, we may not be able to arrange a ride for you in time - unless it is urgent. You may have to reschedule your appointment.**

Here is how to get a ride:

- Call: 602-386-3447

Have the following information ready when you call:

- Your appointment time and date (if you have more than one provider visit in a week, please try to schedule them for the same day).
- Your pick-up address and correct phone number
- The name, address and phone number of the office where you need to go

- Tell us if you have special needs such as help with a wheelchair, stretcher or oxygen tank.

Please be ready for your ride:

- Your ride may pick you up at least one hour before your appointment.
- If traveling a long distance, you may be picked up more than an hour before your appointment. This is to make sure you arrive on time.
- If you need a ride home after your appointment, you may have to wait up to an hour for pick-up.
- If you need to cancel your appointment, please call us.

More Transportation Tips

- You can only get transportation for medically necessary services. The services must be covered by your health plan. These include behavioral health services.
- You cannot get transportation for personal business such as shopping, hair appointments, or food.
- Transportation must be to a Health Choice Arizona provider such as your provider, drug store or lab.
- We can provide transportation to local community-based support groups such as Alcoholics Anonymous (AA), Narcotics Anonymous (NA) and National Alliance for the Mentally Ill (NAMI).
- If you want transportation to a provider who is not in our network, you must get prior approval. This is also called "prior authorization." Call us if you need prior approval.
- If a friend or family member who does not live with you drives you in their car to an appointment, we may reimburse them. The appointment must be for a covered service. Please call us for more information.
- Members or riders under 5 years must have their own appropriate car seat. Members or riders must comply with Arizona car seat laws and must provide their own car seat.
- Members under the age of 16 must be accompanied by an adult for all transports.
- Sometimes you may ride with other members to your appointment. Only one other passenger or caregiver can go with the member to their appointment.
- For non-narcotic routine drugs, a driver may pick-up and deliver the drugs to the member's address on file.
- You can only get non-emergency transportation to the Emergency Room if your doctor calls us to arrange it.

COVERED SERVICES

We want to help you get the care you need. Health Choice Arizona provides all AHCCCS covered services. We will only pay for covered services. All services must be medically necessary. A provider who is part of the Health Choice Arizona network must offer covered services if they are available. Your PCP and your integrated health home can help you get the covered services you need in your area. If you have any questions about covered services, please see your PCP, your integrated health home, or call Member Services. If you are unable to locate a Health Choice Arizona provider who can provide a covered service in your area, Member Services will help you find a provider. To follow is a list of covered services:

BENEFITS

As a Health Choice member, you may receive the following health care benefits:

- Behavioral health services, including inpatient, outpatient, counseling and detoxification. (For more covered behavioral health services see page 48)
- Breast reconstruction after mastectomy
- Chemotherapy and radiation
- Emergency dental services (see page 40)
- Diabetes testing and testing supplies
- Dialysis
- Doctors office visits and services (your PCP and specialists)
- Durable Medical Equipment (DME) and supplies
- Emergency services for life-threatening medical problems
- End of Life Care (including Advance Directives)
- Family planning services (birth control, contraceptives and family planning counseling)
- Hearing loss evaluation
- HIV/AIDS therapy and counseling services
- Home health services
- Hospice services
- Hospital services (inpatient, outpatient and observation)
- Immunizations
- Incontinence briefs can be provided to members over the age of 21
- Inpatient speech therapy, occupational therapy and physical therapy
- Outpatient physical therapy and occupational therapy (when medically necessary)
- Insulin pumps
- Laboratory and Radiology services
- Podiatry
- Pregnancy care
- Transportation to medically necessary services
- Nutritional assessments, medical foods
- Outpatient surgery services
- Prescription drugs (not covered if you have Medicare)
- Preventive screenings and tests (Pap tests, mammograms, colonoscopies)
- Respiratory services
- Smoking cessation
- Transplants (organ and tissue) that are approved by AHCCCS
- Urgent care services

- Well woman services

This list does not include all possible services. . You can view a larger list at https://www.azahcccs.gov/Members/ProgramsAndCoveredServices/. If you have any questions, please call us. We always want to help you.

ADULT PREVENTIVE CARE

In addition to well visits, Health Choice Arizona provides routine health screenings for men and women.

Screenings for women include:

- Yearly mammogram
- Pap test (also called Pap smear)
- Colonoscopy
- Chlamydia screening
- Bone density test
- Interpersonal and domestic violence screening

Screenings for men include:

- Prostate cancer screening
- Colonoscopy

Well visits (well exams) such as, but not limited to, well woman exams, breast exams, and prostate exams are covered for members 21 years of age and older. Most well visits (also called checkup or physical) include a medical history, physical exam, health screenings, health counseling and medically necessary immunizations. EPSDT visits for members under 21 years of age are considered the same as a well visit.

We want to help you get the screenings you need. For more information, see your provider, or Member Services

COVERED SERVICES FOR MEMBERS UNDER AGE 21

Members under age 21 may receive the following benefits:

- Chiropractic
- Dental care (preventive, routine and emergency)
- EPSDT / well child visits and screenings
- Immunizations for children under age 21
- Hearing exams and hearing aids
- Incontinence briefs (used for bladder problems)
- Physical, occupational and speech therapy
- Orthotic devices when prescribed by the member's Primary Care Provider,

attending physician, or practitioner.
- Vision exams and glasses
- Nutrition/Dietician referrals when provided by a physician
- Children's Rehabilitative Services with qualified condition

ADDITIONAL SERVICES WITH SPECIFIC LIMITATIONS

Home- and community-based services	Instead of a nursing home
Nursing home	Up to 90 days per contract year (Oct. 1 to Sept. 30)
Personal care items	To treat a medical condition
Vision care	Medical conditions of the eye Eye exams and glasses for children under age 21 Eyeglasses for adults after cataract surgery
Orthotic Devices	For Members who are 21 years of age and older: Health Choice Arizona covers orthotic devices for members who are 21 year of age and older when: • The orthotic is medically necessary as the preferred treatment based on Medicare Guidelines AND • The orthotic costs less than all other treatments and surgery procedures to treat the same condition AND • The orthotic is ordered by a Physician (doctor) or Primary Care Practitioner (nurse practitioner or physician assistant).

SERVICES NOT COVERED

Health Choice Arizona does not cover the following medical services:
- Pregnancy termination and counseling (unless the provider tells us that the mother's life is in danger or the pregnancy is due to a rape, incest, or if termination is medically necessary)
- Cosmetic surgery (such as breast enlargement or reduction)

- Experimental procedures or treatments for research purposes
- Infertility services (to help someone have children)
- Reversal of any permanent birth control method
- Routine circumcisions
- Services that need prior authorization that were not authorized, including certain medicines
- Gender reassignment (sex change) operations
- TMJ disorders except when due to a recent trauma
- Treatment to straighten teeth (orthodontic oral health care)
- Immunotherapy for adults
- Medical marijuana
- Penile implants and vacuum devices
- Services that are not medically necessary
- Services that you agreed to pay for yourself
- Services from a provider that is not in the Health Choice Arizona network, unless approved by us
- Services provided in a facility for the treatment of tuberculosis

In addition, AHCCCS does not pay for certain medical care for members age 21 or older.

If you are a Qualified Medicare Beneficiary (QMB), we will pay your Medicare deductible and coinsurance for these services.

AHCCCS EXCLUDED BENEFITS TABLE (ADULTS AGE 21 AND OLDER)

BENEFIT/ SERVICE	SERVICE DESCRIPTION	SERVICE EXCLUSIONS OR LIMITATIONS
Bone-Anchored Hearing Aid	A hearing aid put on a person's bone near the ear by surgery to carry sound	AHCCCS will not pay for Bone-Anchored Hearing Aid (BAHA). AHCCCS will pay for supplies, care of the hearing aid, and repair of any parts.
Cochlear Implant	A small device put in a person's ear by surgery to help them hear better	AHCCCS will not pay for cochlear implants. AHCCCS will pay for supplies, care of the implant and repair of any parts.
Lower Limb Microprocessor controlled joint/ Prosthetic	A device that replaces a missing part of the body and uses a computer to help move the joint	AHCCCS will not pay for a lower limb (leg, knee, or foot) prosthetic that includes a microprocessor (computer chip) that controls the joint.
BENEFIT/ SERVICE	**SERVICE DESCRIPTION**	**SERVICE EXCLUSIONS OR LIMITATIONS**

Respite Care	Short-term or continuous services as a temporary break for caregivers	The number of respite hours available to adults and children under ALTCS benefits or behavioral health services is 600 within a 12-month period. The 12 months will run from October 1 to September 30 of the next year.
Physical and Occupational Therapy	Exercises taught or provided by a physical therapist to make you stronger or help improve movement.	Outpatient physical & occupational therapy visits are limited to 15 rehabilitative visits and 15 habilitative visits per contract year (Oct. 1 – Sept. 30). If you have Medicare, call us to find out how the visits will be counted.

PRIOR AUTHORIZATION

Some services need approval before AHCCCS or Health Choice Arizona can pay for them. This is called prior authorization.

The following list shows some of the services that need prior approval:

- Hospital inpatient and outpatient stays (non-emergency)
- Surgery
- Some office procedures
- Some x-rays and lab tests
- Home health care
- Medical equipment and supplies
- Long-term care (such as nursing homes or rehab hospitals)
- Physical, occupational and speech therapy
- Certain prescription drugs
- Pregnancy terminations in which the mother's life is in danger or the pregnancy is due to a rape, incest, or if termination is medically necessary. (Prior authorization is not required if services are determined to be emergent in nature).
- AzEIP (Arizona Early Intervention Program) when criteria is met

For a list of all services that need prior approval visit our website at HealthChoiceAZ.com.

Before you get any of these services, your provider must get approval from Health Choice Arizona. You can call your provider to find out if they have received prior approval. Most of the time, we can make a decision within 14 calendar days after we receive the request. If you have a serious, life threatening health issue, your provider may ask for a faster decision. In this case,

your provider can send us a request for approval within 72 hours. For prescriptions, we make the decision within 72 hours.

We will tell your provider about our decision as soon as it is made. If we do not approve the request, you will get a letter. The letter is called a Notice of Adverse Benefit Determination. The letter will explain why we did not approve the request. The letter will explain how you can file an appeal. If you do not agree with the decision, you can file an appeal. Please see page 58 for information about filing an appeal. If you want to know how we made a decision, you can contact us. We can also give you information about the criteria for a prior approval decision. Call us, we are always here for you.

GRANT FUNDED SUPPORT SERVICES

Special populations include groups of individuals who are eligible to receive services funded by federal block grants. These federal block grants include the Substance Abuse Block Grant (SABG) and Mental Health Block Grant (MHBG). SABG Block Grant funds are used for treatment and long-term recovery support services for the following persons, in order of priority:

- Pregnant women/teenagers who use drugs by injection
- Pregnant women/teenagers who use substances
- Other persons who use drugs by injection
- Substance using women and teenagers with dependent children and their families, including women who are attempting to regain custody of their children; and
- *As Funding Is Available* - all other persons with a substance use disorder, regardless of gender or route of use.

The Mental Health Block Grant (MHBG) provides funds to establish or expand community-based services for Non-Title 19/21 reimbursable mental health services to children with Serious Emotional Disturbances (SED) and adults with Serious Mental Illness (SMI).

HOUSING SERVICES

Through our network of integrated health homes and other providers, Health Choice Arizona provides supported housing services to you so you can find and stay in independent, safe housing. Supported Housing services may include help with rent, gas, and electric payments. It can also help in avoiding eviction. Title 19/21 eligible and Non-Title 19/21 persons determined to have SMI receiving housing services in residential facilities may be asked to help pay for the cost of housing.

If you are able to live independently (by yourself or with little help), we have a number of programs to support you. These programs may include rent subsidy programs, supported housing programs, bridge subsidy housing assistance while obtaining federal funding. Other options might include provider owned or leased homes and apartment complexes that combine housing services with other covered behavioral health services. We also have housing programs which include rent subsidy programs, owner occupied home repairs, move-in assistance, and eviction prevention programs coupled with needed supported housing services to maintain independent living.

Contact your clinical team or our Member Services for more information about assistance and services to supported housing.

END OF LIFE CARE AND ADVANCE DIRECTIVES

Planning for what kind of care you might want if you are currently or are expected to experience declining health due to age or to a chronic, complex or terminal illness is important. This kind of planning is called Advance Care Planning. You can work with your provider or family members to develop a written plan called an "advance directive." You have the right to make an advance directive.

You have the right to make decisions about your health. There may be a time when you are so sick that you cannot make a decision about your own health care. It is best to have your wishes planned in advance. These are called Advance Directives.

An advance directive tells a person's wishes about what kind of care he or she does or does not want to get when the person cannot make decisions because of his or her illness.

- A medical advance directive tells the provider a person's wishes if the person cannot state his/her wishes because of a medical problem.
- A mental health advance directive tells the behavioral health provider a person's wishes if the person cannot state his/her wishes because of a mental illness.

Your providers can help you make an advance directive. Advance Directives Forms are available on the AZ Attorney General's website (https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning) under Life Care Planning.

The term Advance Directives refers to legal papers that protect your right to refuse health care you do not want. It may also tell people about health care you do want. You can ask someone to help you make these decisions. This person is your agent. You or your agent have

the right to make decisions to give or withhold life-sustaining care. You also have the right not to have life-sustaining care within the requirements of Federal and State law.

There are four types of Advance Directives:

1. Living Will
2. Medical Power of Attorney
3. Mental Healthcare Power of Attorney
4. Pre-Hospital Medical Directive, also called "Do Not Resuscitate" (DNR)

Health Choice Arizona respects your right to make decisions about your health care. We think that it is important for you to have one or more of these directives. This helps protect your rights and your wishes for how you want to be treated.

Below is a detailed description of each paper:

- **A Living Will** tells doctors what types of services you do or do not want if you become very sick and near death, and cannot make decisions yourself. For example, it might tell doctors you do not want machines or feeding tubes.
- **A Medical Power of Attorney** lets you choose a person to make decisions about your health care if you cannot do it yourself.
- **A Mental Health Care Power of Attorney** names a person to make decisions about your mental health care if you cannot make decisions on your own.
- **A Pre-Hospital Medical Care Directive or Do Not Resuscitate (DNR)** tells providers if you do not want certain lifesaving emergency care that you would get outside a hospital or in a hospital emergency room. This might include CPR. It might also include care provided by other emergency response providers, such as firefighter or police officers. To have a DNR, you must complete a special orange form. You should keep the completed orange form where it can be seen. You can get a free copy of this form by calling the Bureau of Emergency Medical Services at 602-364-3150.

We suggest you get help writing your Living Will and Medical Power of Attorney. Ask your provider for help if you are not sure who to call.

Making Your Advance Directives Legal

For both a Living Will and a Medical Power of Attorney, you must choose someone who will make decisions about your health care if you cannot. This should be someone you know and trust. This person might be a family member or a close friend.

The person you choose is your agent. This person will act on your behalf if you cannot. To make an Advance Directive legal, you must:

1. Sign and date it in front of another person, who also signs it. This person cannot:
   - Be related to you by blood, marriage or adoption
   - Have a right to receive any of your personal and private property upon death
   - Be your agent
   - Be your health care provider

Sign and date it in front of a Public Notary. The Public Notary cannot be your agent or any person involved with the paying of your health care.

If you are too sick to sign your Medical Power of Attorney, you may have another person sign for you.

After you complete your Advance Directives:

- Keep your original signed papers in a safe place.
- Give copies of the signed papers to your provider(s) and your hospital. Include anyone else who might become involved in your health care like a family member, neighbor or close friend. Talk to these people about your wishes. This will help them act on your behalf if you become too ill to make decisions for yourself.
- Be aware that your directives may not be effective in a medical emergency.

Changing Your Advance Directives

You can change your advance directives any time. If you want to change your advance directives, you must complete new papers.

Once you complete your papers, make sure you give a copy of them to all the people who need to know about your wishes. This may include the people who had a copy before you updated them.

PROVIDERS

REFERRAL AND SELF-REFERRAL TO SPECIALISTS AND OTHER DOCTORS

Your PCP may refer you to other providers to get special services. A referral is when your PCP or integrated health home sends you to a specialist for a specific problem. A referral can also be to a lab or hospital, etc. Health Choice Arizona may need to review and approve certain referrals and special services first before you can go get the services. Your PCP and integrated health home will know when to get Health Choice Arizona's approval. If your referral needs to be approved by us, your PCP will let you know what is happening.

You do not need a referral from your PCP for the following services:

- Dental Services
- OB/GYN covered services
- Behavioral health services

What Is a Specialist?

A specialist is a doctor who has advanced training in certain medical care. Specialists are able to give advanced care if a condition needs more than general treatment from your PCP. If you need to see a specialist, your PCP can help you find one. Your provider's office will call the specialist and help you get an appointment. Some examples of specialists include pulmonologists (lung), orthopedics (bone), and nephrologists (kidney).

Some services offered by specialists may need prior approval by us. Your PCP will submit the request for you.

Female members, or members assigned female at birth have direct access to preventive and well care services from a gynecologist within the Contractor's network without a referral from a primary care provider

Health Choice members have direct access to behavioral health services. You do not need a referral from a primary care provider. Ask your PCP if you have any questions about a prior approval.

Health Choice Arizona does not have any providers in our network who refuse to provide services due to moral or religious objections. If you have questions about services that are a covered benefit, you can also call Member Services for help.

AMERICAN INDIAN MEMBERS

American Indian members are able to receive health care services from any Indian Health Service provider or tribally owned and/or operated facility at any time.

PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)

Your PCP will help you get medical care. This may include finding a specialist. Your PCP can help you get prior approval for services. Your PCP can also refer to other providers. You can choose your PCP from our list of contracted primary care providers. We can help you find a PCP. Reasons to have a PCP:

- To manage your medical needs
- A PCP knows you and your medical history
- A PCP will help you get the care you need
- A PCP can help you find a specialist when needed
- A PCP will get your medical information to those who need it to provide you with the best care

Having a PCP is important for people with special health care needs. Other benefits of having a PCP include:

- Better care for chronic health problems
- Better access to needed medical care
- Better coordination of care
- Better disease prevention

You will be assigned to a PCP who is in your area. We will send you a letter telling you the name of your PCP. If you want to change your PCP, please call us as soon as possible. If you would like help choosing a PCP, please call Member Services. You can find a PCP on our website: HealthChoiceAZ.com. Click on "Find a Doctor." If you would like a printed Provider Directory, please call us and we will send one to you at no cost.

How to Change Your PCP

It is important to stay with one PCP so he or she can get to know you and your health care needs. You may change providers if you are unhappy with your provider. To change your PCP, choose a PCP from the Health Choice Arizona Provider Directory or our website at HealthChoiceAZ.com. Call us and we will change your PCP for you.

If you change your PCP, it is important for you to have your medical records sent to your new PCP. This way your new provider can give you the best care possible. You can request one copy of your medical records from each of your providers. Call your provider's office to find out how to send your records to your new provider. There is no cost for these records. Please call us if you need help.

Seeking Second Opinions

As a member, you have the right to get a second opinion. You can get a second opinion from a provider in our network, at no cost to you. If there is not a provider in our network, then you may be able to get a second opinion from an out-of- network provider. Call us if you have questions. For help finding a specialist or hospital, ask your PCP. You can also go to our website

or call us.

APPOINTMENTS

Please schedule all appointments before you go to the provider's office. Even if you feel you need to be seen right away, call your provider first. All appointments must be set up during your provider's business hours. Let your provider know you are a Health Choice Arizona member. Tell your provider about any problems you are having.

There are three types of appointments you may need to make with your doctor:

- **Same Day** – You or a family member need to see a provider today for a problem like an earache or a high fever.
- **Urgent** – You or a family member has a problem like a cough, mild upset stomach or a rash. You need to see a provider in the next one to two days.
- **Routine** – You or a family member need to see a provider within three (3) weeks for a well-baby, well child or immunization visit.

Tips about appointments:

- If you have not seen the provider before, get there 15 minutes early.
- Take your member ID card with you to every appointment.
- If you need transportation, call us at least three (3) days before your appointment. We will help you get a ride to your appointment.

Cancelling or Changing Appointments

It is important that you go to your appointments, but we know things come up. Please tell your provider if you cannot go to your appointment. Try to tell them at least one day before the appointment. Note that you may not get another appointment right away. If you asked Health Choice Arizona for a ride or an interpreter for you, please call us right away to cancel.

If you have an appointment with a Multi-Specialty Interdisciplinary Clinic (MISC) and would like to cancel or change your appointment, please contact the clinic directly.

Waiting at the Provider's Office

Sometimes you may have to wait at the office while the provider sees others patients. You should never have to wait more than 45 minutes (unless your provider has an emergency). If you feel you had to wait too long, please call Member Service to let us know.

Appointment Availability Standards

Making an appointment in advance with your provider is important. Be sure to let them know

why you are making an appointment as you might be able to be seen sooner. Here is a list of appointment availability standards:

For Primary Care Provider Appointments:

- Urgent care – as fast as your health condition requires, but no later than two (2) business days of request.
- Routine care – within 21 calendar days of request.

For Specialty Provider Appointments, including Dental Specialty:

- Urgent care – as fast as your health condition requires, but no later than two (2) business days of request.
- Routine care – within 45 calendar days of referral.

For Dental Provider Appointments:

- Urgent care – as fast as your health condition requires, but no later than three (3) business days of request.
- Routine care – within 45 calendar days of request.

For Maternity Care Provider Appointments, initial prenatal care appointments for enrolled pregnant members shall be provided as follows:

- Urgent care – high risk pregnancies are seen as fast as your health condition requires and no later than three (3) business days of identification of high risk by your provider.
- First trimester – within 14 calendar days of request
- Second trimester – within seven (7) calendar days of request
- Third trimester– within three (3) days business of request, and
- High risk pregnancies as expeditiously as the member's health condition requires and no later than three (3) business days of identification of high risk by the Contractor or maternity care provider, or immediately if an emergency exists.

For Behavioral Health Appointments:

- Urgent – as fast as your condition requires, but no later than 24 hours from identification of need
- Routine –
    - Initial assessment within seven (7) calendar days of the referral or request for service.
    - The first behavioral health service following the initial assessment as soon as your condition requires but:
        - For members age 18 years or older, no later than 23 calendar days for services to begin after the initial assessment

        - For members under the age of 18 years old, no later than 21 days after the initial assessment
    - All the following behavioral health services should be no later than 45 calendar days from identification of need.
- For psychotropic medications –
    - You should receive and assessment of the urgency of the need immediately; and
    - You should have an appointment (if clinically indicated) with a Behavioral Health Medical Professional within a time frame that ensure you.
        - Do not run out of needed medications; or
        - Do not decline in any behavioral health conditions prior to starting.
        - (Contact your provider before you run out medications or have a decline in functioning. The appointment should be in less than 30 days.

SERVICES FOR YOUNG ADULTS

EPSDT PROGRAM

Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) is a comprehensive child health program of prevention and treatment, correction, and improvement (amelioration) of physical and behavioral health conditions for AHCCCS members under the age of 21.

Well visits (well exams) such as, but not limited to, well woman exams, breast exams, and prostate exams are covered for members 21 years of age and older. Most well visits (also called checkup or physical) include a medical history, physical exam, health screenings, health counseling and medically necessary immunizations. EPSDT visits for members under 21 years of age are considered the same as a well visit

The purpose of EPSDT is to ensure the availability and accessibility of health care resources, as well as to assist Medicaid recipients in effectively utilizing these resources.

EPSDT services provide comprehensive health care through primary prevention, early intervention, diagnosis, medically necessary treatment, and follow-up care of physical and behavioral health problems for AHCCCS members less than 21 years of age.

Amount, Duration and Scope: The Medicaid Act defines EPSDT services to include screening services, vision services, dental services, hearing services and such other necessary health care, diagnostic services, treatment and other measures described in federal law subsection 42 U.S.C. 1396d(a) to correct or ameliorate defects and physical and mental illnesses and conditions discovered by the screening services, whether or not such services are covered under the AHCCCS state plan. Limitations and exclusions, other than the requirement for medical necessity and cost effectiveness do not apply to EPSDT services.

A well child visit is synonymous with an EPSDT visit and includes all screenings and services described in the AHCCCS EPSDT and dental periodicity schedules.

This means that EPSDT covered services include services that correct or ameliorate physical and behavioral health conditions, and illnesses discovered by the screening process when those services fall within one of the optional and mandatory categories of “medical assistance” as defined in the Medicaid Act. Services covered under EPSDT include all 29 categories of services in the federal law even when they are not listed as covered services in the AHCCCS state plan, AHCCCS statutes, rules, or policies as long as the services are medically necessary and cost effective.

EPSDT includes, but is not limited to, coverage of: inpatient and outpatient hospital services, laboratory and x-ray services, physician services, naturopathic services, nurse practitioner

services, medications, dental services, therapy services, behavioral health services, medical equipment, medical appliances and medical supplies, orthotics, prosthetic devices, eyeglasses, transportation, and family planning services. EPSDT also includes diagnostic, screening, preventive, and rehabilitative services. However, EPSDT services do not include services that are experimental, solely for cosmetic purposes, or that are not cost effective when compared to other interventions.

EPSDT/Well Child Visits

Going to the doctor for annual check-ups and immunizations is one of the most important things you can do to keep from getting very sick. Adolescents, teens and young adults are still growing, and need to see the doctor every year until the age of 21.

If you did not get the immunizations usually given at younger ages, your check-up is a good time to catch up.

What to Expect at an EPSDT/Well Child Visit:

- Measure your weight and height
- Listen to your heart and lungs
- Look at your eyes, ears, nose, mouth and teeth
- Give you needed immunizations (shots)
- Talk to you about your concerns and your health needs
- Routine oral and dental health exam (for members under age 21)
- An unclothed physical exam
- Developmental screening
- Evaluation for rehabilitation services
- Any treatment for a physical or mental illness found during your visit will be covered, if medically necessary

At the well child visit, your doctor may evaluate you for rehabilitation services such as occupational, speech and physical therapy. This may include referral to Children's Rehabilitative Services (CRS), a special program for children and young adults who have certain conditions or special health care needs.

Regular well child visits help your PCP find and treat health problems before they become serious.

We will send you reminders about your well child visits and immunizations. Be sure to make an appointment with your provider for well child visits.

Tips about appointments:

- Make the appointment for the next well child visit while you are in the office for the current visit.

- Take your Member ID card to all appointments.
- Keep your provider appointments.
- Make sure you get all immunizations.
- Keep a record of all immunizations you receive.
- Be on time for your appointment.
- Call the provider's office at least one day before your appointment if you need to reschedule.
- If we set up a ride for you to the provider and you cannot make the appointment, call us to cancel the ride.
- There are no co-payments for well visits.

VISION SERVICES FOR YOUNG ADULTS

Routine and emergency vision services are covered for members under 21 years of age. You do not need a referral for vision services. Vision services include:

- Eye exams
- Eye tests
- Laboratory work

This service has some limits. Coverage depends on your status with Health Choice. These providers can help with vision services:

- Licensed Ophthalmologists
- Optometrists
- Opticians
- Optical clinic

You must see a provider who is in the Health Choice Arizona network. See a list of vision providers in your provider directory. Call us if you have questions or need help.

Note: Vision aids are covered for children up to age 21. This includes frames, eyeglasses and contact lenses.

PREGNANCY/MATERNITY SERVICES

Healthy moms have healthy babies. Health Choice Arizona wants to help you to stay healthy while your baby grows. You can start planning for your baby's health even before you are pregnant. See your provider when you start thinking about having a baby.

Female members, or members assigned female at birth have direct access to preventive and well care services from a gynecologist within the Health Choice Arizona network without a referral from a primary care provider.

Pregnant women need special care. If you are pregnant, please call us to choose a primary care obstetrician or certified nurse midwife as soon as possible. It is important that pregnant women choose an obstetrician or certified nurse midwife to help meet their special needs.

You may go directly to a Health Choice Primary Care Obstetrician (or OB/GYN) for care. You do not need to see or ask your Primary Care Provider (PCP) first. Your PCP will manage your routine non OB/GYN care. The OB/GYN will manage your pregnancy care. If you prefer, you can choose to have an OB/GYN as your PCP during your pregnancy. If you are not sure you are pregnant, make an appointment with your PCP for a pregnancy test. If you need help scheduling an appointment, call Member Services.

If you are pregnant:

- Make an appointment with your primary care obstetrician (OB) as soon as you think you are pregnant.
- Notify your local DES office as soon as you find out that you are pregnant.
- Keep your eligibility and Medicaid benefits.
- If you do not have an OB provider, call Member Services so we can help you choose one.

Note: If you just joined Health Choice Arizona and you have a medical reason to stay with your current provider, and your provider is not in our network, you can change plans. Or, we can work with your provider to continue your care for the pregnancy. You would need to choose a Health Choice Arizona provider for any future pregnancies or well woman care.

High-risk pregnancy care should begin no later than 3 business days after you are told you are high risk, or immediately if an emergency happens.

Maternity services include:

- Freedom to choose your OB provider within your county and our network of providers
- Counseling before you become pregnant
- Pregnancy testing
- Counseling and testing for sexually transmitted infections (STIs) including HIV
- All prenatal visits and all medically necessary services a woman needs for her pregnancy
- Care for 6-8 weeks after the baby is born, including birth control counseling
- Labor, delivery and postpartum services

Tips for Pregnant Moms
See your provider regularly for prenatal care. Your provider can help answer questions as your baby develops. This also helps you and your baby to stay healthy.

It is important to make and keep the appointments that you make. If you need to reschedule your appointment due to a conflict, please contact your provider at least three (3) business days in advance.

Making Your First Appointment
Make your first appointment in your first trimester (the first 12 weeks) or as soon as you join Health Choice Arizona.

Members who join Health Choice Arizona in the last three (3) months of pregnancy should call Member Services right away. We can help you choose an OB provider and talk to you about prenatal care. It is very important to keep your appointments with your OB provider.

PRENATAL PROVIDER VISITS
Pregnant less than three months (first trimester):

- You should be seen within 14 calendar days of calling for your appointment.

Pregnant three to six months (second trimester):

- You should be seen within seven (7) calendar days of calling for your appointment.

Pregnant six to 10 months (third trimester):

- You should be seen within three (3) business days of calling for your appointment.

Please note: If you have a scheduled appointment, you should not have to wait any longer than 45 minutes to see your provider (unless the provider is addressing an emergency).

If your pregnancy is identified as high risk you will be seen by a maternity care provider within three (3) days, or immediately if an emergency exists.

POSTPARTUM DOCTOR VISIT
Six to eight weeks after your delivery:

After you have your baby, call your doctor's office as soon as you are discharged to make a postpartum appointment. Postpartum services are covered within 57 days of your delivery.

Please go to your postpartum visit. It is very important for your provider to make sure you are healing. Your provider will want to talk to you about postpartum depression and family planning options.

FAMILY PLANNING SERVICES

FAMILY PLANNING

Health Choice Arizona covers family planning services. These services can help you plan when you want to have a baby. They can also help you if you wish to prevent pregnancy.

Family planning services include information, treatment and counseling about birth control. Family planning services are available for both male and female members of reproductive age.

You can get family planning services from your PCP in the plan network. You do not need a referral or prior authorization to access family planning services from a network provider or from community health centers or county health departments.

Family planning services include, but are not limited to:

- Birth control counseling, education and supplies
- Natural family planning
- Birth control pills
- Treatment of complications resulting from contraception use, including emergency treatment
- Condoms - Male or Female
- Foams
- Creams
- Birth control patches
- Diaphragms
- Cervical caps
- Medical and lab exams and radiological procedures related to family planning
- Intrauterine devices (IUD)
- Counseling and testing for sexually transmitted infections (STIs)
- Hormone shots (Depo Provera)
- Long Acting Reversible Contraception (LARC)
- Contraceptive implants. (These are implants that are underneath the skin)
- Post-coital emergency oral contraception (within 72 hours after unprotected sexual intercourse)
- Pregnancy Tests

To make an appointment for family planning, call your provider. There are no copayments for family planning services. Covered contraceptives are available at no cost to you. If you need help making an appointment, call Member Services.

To receive family planning services and supplies from out-of-network doctor, call Member Services.

MEDICALLY NECESSARY PREGNANCY TERMINATIONS

Pregnancy terminations are an AHCCCS covered service only in special situations. AHCCCS covers pregnancy termination if one of the following criteria is present:

1. The pregnant member suffers from a physical disorder, physical injury, or physical illness including a life-endangering physical condition caused by, or arising from the pregnancy itself that would, as certified by a physician, place the member in danger of death, unless the pregnancy is terminated.
2. The pregnancy is a result of incest.
3. The pregnancy is a result of rape.
4. The pregnancy termination is medically necessary according to the medical judgment of a licensed physician, who attests that continuation of the pregnancy could reasonably be expected to pose a serious physical or behavioral health problem for the pregnant member by:
    a. Creating a serious physical or behavioral health problem for the pregnant member
    b. Seriously impairing a bodily function of the pregnant member
    c. Causing dysfunction of a bodily organ or part of the pregnant member
    d. Exacerbating a health problem of the pregnant member, or
    e. Preventing the pregnant member from obtaining treatment for a health problem

Pregnancy terminations require prior authorization unless services are determined to be emergent in nature.

STERILIZATIONS

Health Choice covers permanent sterilization for males and females 21 years of age and older. Please note that this form of birth control needs a prior authorization.

The following criteria must be met for sterilization to occur:

a. The member is at least 21 years of age at the time the consent is signed
b. Mental competency is determined
c. Voluntary consent was obtained without coercion
d. Thirty days, but not more than 180 days, have passed between the date of informed consent and the date of sterilization, except in the case of premature delivery or emergency abdominal surgery. Member may consent to be sterilized at the time of a premature delivery or emergency abdominal surgery, if at least 72 hours have passed since they gave informed consent for the sterilization. In the case of premature delivery, the informed consent must have been given at least 30 days before the expected date of delivery.

Any member requesting sterilization must sign an appropriate consent form. Prior to signing you must be presented with the following:

a. Requirements of the consent form

b. Answers to any questions you may have regarding the specific procedure to be performed
c. Notification that withdrawal of consent can occur at any time prior to surgery without affecting future care and/or loss of federally funded program benefits
d. A description of available alternative methods
e. A full description of the discomforts and risks that may accompany or follow the performing of the procedure, including an explanation of the type of possible effects of any anesthetic to be used
f. A full description of the advantages or disadvantages that may be expected as a result of the sterilization
g. Notification that sterilization cannot be performed for at least 30 days post consent. You may not sign a consent when:
    a. You are in labor or childbirth,
    b. If you are seeking to obtain, or are obtaining, a pregnancy termination, or
    c. Are under the influence of alcohol or other substances that affect your state of awareness.

Medicaid does not pay for reverse sterilization.

DENTAL

ADULT DENTAL CARE

Emergency Dental Services Coverage for Persons Age 21 Years and Older

Medically necessary emergency dental care is covered for persons age 21 years and older who meet the criteria for a dental emergency. A dental emergency is an acute disorder of oral health resulting in **severe pain and/or infection** as a result of pathology or trauma. Emergency dental services are allowed up to $1000 per member contract year (October 1st to September 30th). Follow up procedures necessary to stabilize teeth as a result of the emergency service are covered and subject to the $1000 limit. The following services and procedures are covered as emergency dental services:

- Emergency oral diagnostic examination (limited oral examination – problem focused)
- Radiographs and laboratory services, limited to the symptomatic teeth
- Composite resin due to recent tooth fracture for anterior teeth
- Prefabricated crowns, to eliminate pain due to recent tooth fracture only
- Recementation of clinically sound inlays, onlays, crowns, and fixed bridges
- Pulp cap, direct or indirect plus filling, limited to the symptomatic teeth
- Root canals and vital pulpotomies when indicted for the treatment of acute infection or to eliminate pain
- Apicoectomy performed as a separate procedure, for treatment of acute infection or to eliminate pain, with favorable prognosis
- Immediate and palliative procedures, including extractions if medically necessary, for relief of pain associated with an oral or maxillofacial condition
- Tooth reimplantation of accidentally avulsed or displaced anterior tooth, with favorable prognosis
- Temporary restoration which provided palliative/sedative care (limited to the tooth receiving emergency treatment)
- Initial treatment for acute infection, including, but not limited to, periapical and periodontal infections and abscesses by appropriate methods
- Preoperative procedures and anesthesia appropriate for optimal patient management
- Cast crowns limited to the restoration of root canal treated teeth only

Limitations for Adult Emergency Dental Services Limitations for Persons age 21 Years and Older

- Maxillofacial dental services provided by a dentist are not covered except to the extent prescribed for the reduction of trauma, including reconstruction of regions of the maxilla and mandible.
- Diagnosis and treatment of temporomandibular joint dysfunction are not covered except for the reduction of trauma.
- Routine restorative procedures and routine root canal therapy are not emergency dental services.
- Treatment for the prevention of pulpal death and imminent tooth loss is limited to non-cast fillings, crowns constructed from pre-formed stainless steel, pulp caps, and pulpotomies only for the tooth causing pain or in the presence of active infection.
- Fixed bridgework to replace missing teeth is not covered.

If you have any questions about dental services, please call us.

DENTAL SERVICES FOR YOUNG ADULTS (18, 19, 20)

Health Choice covers routine and preventive dental and oral health care for members under the age of 21. We will assign a dentist to you right away, so you can get your routine cleanings and other treatments needed.

Seeing one dentist will provide a comfortable environment for ongoing services. We call this a "dental home." You may choose a dentist from our listing of network providers. If you need help choosing a dentist, Member Services can help you find one.

If you do not choose your dental provider, we will assign you to a dental home. Members under 21 years of age should see a dentist every six (6) months. You can change your dental home at any time by calling Member Services. It is very important for you to see a dentist every 6 months. This will aid in preventing oral disease.

DENTAL APPOINTMENTS

Tips about Dental Appointments

- Bring your Member ID card with you to the appointment.
- If you are a new patient, go to the dentist office 15 minutes before the appointment.
- Make your appointment for the next dental check-up while you are in the dental office.
- Keep the appointment. If you cannot keep the appointment, call the dentist office to change your appointment.

Making Dental Appointments

- **Emergency** – You need to be seen today due to extreme pain or infection.
- **Urgent** – You need to be seen within three (3) days due to a lost filling or a broken tooth with mild pain.
- **Routine** – You need to be seen within 45 days for a cleaning and checkup or dental fillings.

Cancelling or Changing Appointments

It is important you go to your appointments, but we know things come up. Please tell your dentist if you cannot go to your appointment. Try to tell them at least one day before the appointment. If you asked Health Choice for a ride or an interpreter for you, please call us right away to cancel. When rescheduling, you may not get another one right away. If you have an appointment with a Multi-Specialty Interdisciplinary Clinic (MISC) and would like to cancel or change your appointment, please contact the clinic directly.

OTHER SERVICES

CARE MANAGER SERVICES

A care manager is a professional who can help you, your family and your providers understand your health care needs. The care manager may be a nurse or social worker.

If you have special needs, we may assign you to a care manager. Your care manager can work closely with your provider and clinical team.

The care manager may help you:

- Understand your medications
- Understand your medical plan of care
- Identify resources for things such as food and clothing
- Get support and educational resources to help you stay healthy and safe
- Get help from medical and behavioral health providers

The care manager will assist you in getting the resources and information specifically for you.

If you have questions or you would like to ask for a care manager, please contact Member Services.

DISEASE MANAGEMENT SERVICES

Disease management is a service that can help you with certain health problems such as high blood pressure, diabetes, heart failure, or asthma.

The disease managers are registered nurses who can provide education and information on resources to assist you in managing your health. The disease managers can also assist you with the coordination of your care.

Our health care team will work with you, and your support system, providing education and access to services that promote wellness.

We may call you on the phone or send you helpful information.

If you want to learn more about disease management, call Member Services. Our goal is to assist you in becoming healthy.

PRESCRIPTION DRUGS

You must have your prescription drugs filled by a drug store in the Health Choice Arizona network. We can help you find a drug store near you. Call us if you would like help. You can also find a drug store near you in the Pharmacy Directory. If you need a printed copy of the directory, call us. We will send you a copy at no cost. You can also find the Pharmacy Directory on our website and you can search for pharmacies using our Find a Doctor/Pharmacy tool.

If you need a pharmacy that is open 24 hours or on holidays, see the Pharmacy Directory, Find a Doctor/Pharmacy tool or call Member Services.

You must tell the pharmacist you are a Health Choice Arizona Member. Bring all your Member ID cards to the drug store.

HEALTH CHOICE ARIZONA FORMULARY

A formulary is a list of covered drugs. Health Choice Arizona has a "closed" drug formulary. If a drug is not on the list, we must approve it before we can pay the drug store. For a current list of covered drugs, please see your PCP or visit our website. If your pharmacist cannot fill the prescription, he or she can call your provider or Health Choice Arizona for help. We have a 24-hour helpline for pharmacists. In emergency situations, we will allow you to have a short term supply of medicine while we review your drugs.

There are certain medications on our formulary and available to our members that require extra special attention. They are called specialty medication and are listed in our formulary with the code SP. Access to specialty medications require a prior authorization request from your provider with information to support the request.

For members on specialty medications, Health Choice Arizona utilizes a specialty pharmacy called CVS Specialty Pharmacy to provide certain medically necessary specialty medications. These medications are used to treat chronic conditions such as multiple sclerosis, cystic fibrosis, rheumatoid arthritis and hepatitis C, as well as complex conditions like cancer. Pharmacists and staff at CVS Specialty Pharmacy will work with you to make sure you have easy access to medications you need and are on track with your drug therapy.

Tips about Prescription Drugs

- A provider must give prescriptions to you, or send them to your pharmacy electronically. Many providers can now electronically send prescriptions directly to pharmacies. This can help save you time and an extra trip. Ask your provider if e-Prescribing is an option for you.

- Your provider may prescribe over-the-counter medicine if it costs less than a drug.
- Do not let your prescriptions expire before you get a refill.
- AHCCCS covers drugs that are medically needed, cost effective and allowed by federal and state law.
- AHCCCS does not pay for any drugs paid by Medicare. AHCCCS also does not pay for the cost sharing (co-insurance, deductibles and copays) for these drugs. This is because these drugs are covered by Medicare Part D.
- Health Choice Arizona will cover the co-pay for behavioral health medications that are prescribed by a behavioral health specialist, for those members diagnosed with a serious mental illness.

TROUBLE FILLING YOUR PRESCRIPTIONS?

If you are having trouble filling your prescriptions and are turned away at the pharmacy Point of Sale (POS) ask the pharmacy staff for help and the reason why they cannot fill it. Do not pay out of your own pocket for your medicine. Check below for what to do:

- If the drug requires a prior authorization, contact your medical provider to fax a prior authorization request to Health Choice Arizona.
- If the prior authorization has expired, the pharmacy can try to call us for approval, but your provider will still have to fax an authorization for more refills.
- If you are filling your prescription too soon, you must wait until your next fill date.
- Quantity limit - The pharmacy can usually fill for a smaller quantity, but contact your medical provider for a prior authorization for the larger quantity.
- Medication or prescriber restrictions, contact member services.
- During business hours, the pharmacy or provider many contact the Health Choice Arizona Member Services at 1-800-322-8670.
- For Pharmacy help after hours, on weekends or holidays, call Member Services at 1-800-322-8670.

Please contact us at 480-968-6866 or 800-322-8670 if you have any trouble or questions about filling your prescriptions. Your pharmacy can also call the number on the front of your member ID card.

Health Choice Arizona may assign members to an exclusive pharmacy and/or single prescriber for up to a 12-month period. If you are assigned to an exclusive pharmacy and/or prescriber you will be provided with a written notice letting you know why along with information on how to file an appeal and the timeframes and process for doing so. You can view the evaluation parameters in the table:

EVALUATION PARAMETER	MINIMUM CRITERIA FOR INITIATING INTERVENTIONS
Over-utilization	Member utilized the following in a 3 month time period: > 4 prescribers; and > 4 different abuse potential drugs (e.g. opiates, muscle relaxers, benzodiazepines); and > 4 Pharmacies. OR Member has received 12 or more prescriptions of the medications of concern (drugs with abuse potential) in the past three months.
Fraud	Member has presented a forged or altered prescription to the pharmacy

Health Choice Arizona will notify you in writing 30 days before you are enrolled in the exclusive prescriber program. When you are enrolled in the exclusive prescriber program Health Choice Arizona will assign you to just one (1) doctor. This doctor will be responsible for the prescribing and oversight of habit forming drugs. Health Choice Arizona will only pay for habit forming drug prescriptions written by this one (1) provider. This applies to medications written at discharge from the emergency room.

We will also work with you and the providers who order your drugs to make sure you are only taking the drugs you need. This will be in effect for up to a 12 month period. We will review your records after 12 months and let you know if the assignment to the provider will be continued. If you do not agree with this decision, you may submit a written request for a State Fair Hearing.

If you are currently receiving treatment for an active oncology diagnosis, are in hospice care, reside is a skilled nursing facility for custodial care, or if you have Medicare you shall not be subject to the exclusive prescriber program requirements.

REIMBURSEMENT FOR PRESCRIPTION DRUGS

We may reimburse you for the cost of drugs if you purchased your medications during “Prior Period Coverage” before joining Health Choice Arizona. Prior Period Coverage is the time

between when you became eligible for AHCCCS and when you joined Health Choice Arizona. We can only reimburse you for the cost of the drugs through Health Choice Arizona, which may be less than what you paid at the drug store.

If you have a problem getting your drugs, ask the pharmacy to call the 24-hour Health Choice Arizona Pharmacy Help Line at 1-800-322-8670. We can answer any questions.

Do not pay the full cost of prescription drugs. Only pay your copay if you have one. If you paid for prescription drugs and you think you should not have to, send your receipts and the pharmacy labels to Health Choice Arizona. We must receive the receipts and labels within six (6) months from the date you paid for the drugs. We will review your reimbursement request. After we review the paperwork, we will let you know if we can reimburse you.

COVERED BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

Some personal problems can affect your health. Personal problems can also affect your family. Stress, depression, anxiety, drug or alcohol use, or other mental health issues could cause these health problems. Services that can help you with your mental health are called behavioral health services.

BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

Behavioral health services include, but are not limited to:

- Services to evaluate your problems
- Crisis services
- Counseling and other kinds of therapy for personal, family and drug problems
- Behavior management (behavioral health home care training, behavioral health self-help/peer support)
- Inpatient hospital services, including detoxification
- Doctor services
- Nursing services
- Medication and services to monitor your medication
- Laboratory, radiology, and medical imaging services for diagnosis and psychotropic medication regulation
- Emergency and non-emergency medically necessary transportation
- Emergency or crisis services
- Case management
- Residential treatment
- Vocational and employment support
- Rehabilitation services
- Respite care
- Peer and family support services
- Other support services

All Health Choice members are assigned to an “integrated health home” where you can get behavioral health services. Call Members Services to see which one you are assigned to. We can also help you set up an appointment.

Some integrated health homes also have primary care providers so that you can receive all of your physical and behavioral health in one location. You can change to a new integrated health home at any time.

If you need behavioral health services, we will develop a “team” to help you with identifying your behavioral health needs and obtaining behavioral health services. These teams are referred to as Clinical Teams, or more specifically, Child and Family Teams or Adult Recovery Teams. The team will then work with you on your goals, ongoing assessment and service planning. The members of the team will depend on the behavioral health professionals working with you and who you want as part of your team. Teams can include members, guardians,

friends, clergy, and other supportive people from the community. Many times the assessment and your individual service plan will not be completed at the first appointment, so you will be working with members of your team to continue the assessment process and develop the services that best meet your needs and preferences. This allows you and your team to continuously review progress and needs so that you get the best care.

Child and Family Team

The Child and Family Team (CFT) is a defined group of people that includes, at a minimum, the child and his/her family, and a behavioral health representative. The Team will also include, any individuals important in the child's life who are identified and invited to participate by the child and family. This may include, for example, teachers, extended family members, friends, family support partners, healthcare providers, coaches, community resource providers, representatives from religious affiliations like churches, synagogues or mosques, or agents from other service systems like Arizona Department of Child Safety (DCS) or Division of Developmental Disabilities (DDD), etc. The size, scope, and intensity of involvement of the team members are determined by the objectives established for the child, the needs of the family in providing for the child, and resources needed to develop an effective service plan. The Child and Family Team can expand and contract as necessary to be successful on behalf of your child.

Adult Recovery Team

A group of individuals working together who are actively involved in a person's assessment, service planning and service delivery by following the nine Guiding Principles for Recovery-Oriented Adult Behavioral Health Services and Systems. At a minimum, the team consists of the person, their guardian (if applicable), advocates (if assigned), and a qualified behavioral health representative. The team may also include members of the enrolled person's family, physical health, mental health or social service providers, representatives or other agencies serving the person, professionals representing disciplines related to the person's needs, or other persons identified by the enrolled person.

You will be able to change your team to best support your needs and achieve the goals that you have set.

REFERRAL PROCESS FOR SERIOUS MENTAL ILLNESS

Serious Mental Illness (SMI) is a term used for people who need additional support because their mental illness impacts their ability to function.

An individual, their guardian, designated representative or family member can request that a SMI determination be made. You can talk to your behavioral health provider about starting this process.

Your behavioral health provider will complete an evaluation and an SMI Assessment Packet within seven (7) days of the request. Crisis Response Network (CRN) is responsible for reviewing all applications and making SMI determinations for the state of Arizona. CRN has three (3) days to make the determination. After the decision has been made, a notice will be sent to you with the results of the determination, how to start receiving services, and how to appeal the SMI eligibility deciiosn. If you are denied a request for SMI designation, you can appeal this decision through CRN. Please see more information about appeals on page 58. An SMI designation will result in a change of health plan to the RBHA in your region.

If you would like to learn more about this process, can you visit CRN's website at https://www.crisisnetwork.org/smi/community/#what-is-smi-determination or you can call our member services team.

Sometimes individuals need an urgent SMI determination while they are in a hospital for symptoms of a mental illness. The behavioral health provider works with the individual and the hospital to complete the evaluation and SMI Assessment Packet. When the individual is in a hospital out-of-area, Crisis Preparation and Recovery, Inc. assists the individual and their care team to complete the initial assessments in the hospital.

ARIZONA'S VISION FOR DELIVERY OF BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

All behavioral health services are delivered according to the following system principles. AHCCCS supports a behavioral health delivery system that includes:

1. Easy access to care
2. Behavioral health recipient and family member involvement
3. Collaboration with the greater community
4. Effective innovation
5. Expectation for improvement
6. Cultural competency

THE TWELVE PRINCIPLES FOR THE DELIVERY OF SERVICES TO CHILDREN

1. **Collaboration with the child and family:**
   a. Respect for and active collaboration with the child and parents is the cornerstone to achieving positive behavioral health outcomes, and
   b. Parents and children are treated as partners in the assessment process, and the

planning, delivery, and evaluation of behavioral health services, and their preferences are taken seriously.

2. **Functional outcomes:**
   a. Behavioral health services are designed and implemented to aid children to achieve success in school, live with their families, avoid delinquency, and become stable and productive adults, and
   b. Implementation of the behavioral health services plan stabilizes the child's condition and minimizes safety risks.

3. **Collaboration with others:**
   a. When children have multi-agency, multi-system involvement, a joint assessment is developed and a jointly established behavioral health services plan is collaboratively implemented,
   b. Client-centered teams plan and deliver services, and
   c. Each child's team includes the child and parents and any foster parents, any individual important in the child's life who is invited to participate by the child or parents. The team also includes all other persons needed to develop an effective plan, including, as appropriate, the child's teacher, the child's DCS and/or DDD caseworker, and the child's probation officer.
   d. The team:
      i. Develops a common assessment of the child's and family's strengths and needs
      ii. Develops an individualized service plan,
      iii. Monitors implementation of the plan, and
      iv. Makes adjustments in the plan if it is not succeeding

4. **Accessible services:**
   a. Children have access to a comprehensive array of behavioral health services, sufficient to ensure that they receive the treatment they need.
   b. Case management is provided as needed,
   c. Behavioral health service plans identify transportation the parents and child need to access behavioral health services, and how transportation assistance will be provided, and
   d. Behavioral health services are adapted or created when they are needed but not available.

5. **Best practices:**
   a. Behavioral health services are provided by competent individuals who are trained and supervised,
   b. Behavioral health services are delivered in accordance with guidelines that incorporate evidence-based "best practices."
   c. Behavioral health service plans identify and appropriately address behavioral symptoms that are reactions to death of a family member, abuse or neglect, learning

disorders, and other similar traumatic or frightening circumstances, substance abuse problems, the specialized behavioral health needs of children who are developmentally disabled, maladaptive sexual behavior, including abusive conduct and risky behavior, and the need for stability and the need to promote permanency in class members' lives, especially class members in foster care, and

d. Behavioral health services are continuously evaluated and modified if ineffective in achieving desired outcomes.

6. Most appropriate setting:

a. Children are provided behavioral health services in their home and community to the extent possible, and
b. Behavioral health services are provided in the most integrated setting appropriate to the child's needs. When provided in a residential setting, the setting is the most integrated and most home-like setting that is appropriate to the child's needs.

7. Timeliness:

a. Children identified as needing behavioral health services are assessed and served promptly.

8. Services tailored to the child and family:

a. The unique strengths and needs of children and their families dictate the type, mix, and intensity of behavioral health services provided, and
b. Parents and children are encouraged and assisted to articulate their own strengths and needs, the goals they are seeking, and what services they think are required to meet these goals.

9. Stability:

a. Behavioral health service plans strive to minimize multiple placements,
b. Service plans identify whether a member is at risk of experiencing a placement disruption and, if so, identify the steps to be taken to minimize or eliminate the risk,
c. Behavioral health service plans anticipate crises that might develop and include specific strategies and services that will be employed if a crisis develops,
d. In responding to crises, the behavioral health system uses all appropriate behavioral health services to help the child remain at home, minimize placement disruptions, and avoid the inappropriate use of the police and the criminal justice system, and
e. Behavioral health service plans anticipate and appropriately plan for transitions in children's lives, including transitions to new schools and new placements, and transitions to adult services.

10. Respect for the child and family's unique cultural heritage:

a. Behavioral health services are provided in a manner that respects the cultural

tradition and heritage of the child and family, and

b. Services are provided in Spanish to children and parents whose primary language is Spanish.

11. Independence:

a. Behavioral health services include support and training for parents in meeting their child's behavioral health needs, and support and training for children in self-management, and

b. Behavioral health service plans identify parents' and children's need for training and support to participate as partners in the assessment process, and in the planning, delivery, and evaluation of services, and provide that such training and support, including transportation assistance, advance discussions, and help with understanding written materials, will be made available.

12. Connection to natural supports:

a. The behavioral health system identifies and appropriately utilizes natural supports available from the child and parents' own network of associates, including friends and neighbors, and from community organizations, including service and religious organizations.

NINE GUIDING PRINCIPLES FOR RECOVERY-ORIENTED ADULT BEHAVIORAL HEALTH SERVICES AND SYSTEMS

1. Respect

Respect is the cornerstone. Meet the person where they are without judgment, with great patience and compassion.

2. Persons in recovery choose services and are included in program decisions and program development efforts

A person in recovery has choice and a voice. Their self-determination in driving service, program decisions and program development is made possible, in part, by the ongoing dynamics of education, discussion, and evaluation, thus creating the "informed consumer" and the broadest possible palette from which choice is made. Persons in recovery should be involved at every level of the system, from administration to service delivery.

3. Focus on the individual as a whole person, while including and/or developing natural supports

A person in recovery is held as nothing less than a whole being: capable, competent, and respected for their opinions and choices. As such, focus is given to empowering the

greatest possible autonomy and the most natural and well-rounded lifestyle. This includes access to and involvement in the natural supports and social systems customary to an individual's social community.

4. **Empower individuals taking steps towards independence and allowing risk taking without fear of failure**
   A person in recovery finds independence through exploration, experimentation, evaluation, contemplation and action. An atmosphere is maintained whereby steps toward independence are encouraged and reinforced in a setting where both security and risk are valued as ingredients promoting growth.

5. **Integration, collaboration, and participation with the community of one's choice**
   A person in recovery is a valued, contributing member of society and, as such, is deserving of and beneficial to the community. Such integration and participation underscores one's role as a vital part of the community, the community dynamic being inextricable from the human experience. Community service and volunteerism is valued.

6. **Partnership between individuals, staff, and family members/natural supports for shared decision making with a foundation of trust**
   A person in recovery, as with any member of a society, finds strength and support through partnerships. Compassion-based alliances with a focus on recovery optimization bolster self-confidence, expand understanding in all participants, and lead to the creation of optimum protocols and outcomes.

7. **Persons in recovery define their own success**
   A person in recovery -- by their own declaration -- discovers success, in part, by quality of life outcomes, which may include an improved sense of well-being, advanced integration into the community, and greater self-determination. Persons in recovery are the experts on themselves, defining their own goals and desired outcomes.

8. **Strengths-based, flexible, responsive services reflective of an individual's cultural preferences**
   A person in recovery can expect and deserves flexible, timely, and responsive services that are accessible, available, reliable, accountable, and sensitive to cultural values and mores. A person in recovery is the source of his/her own strength and resiliency. Those who serve as supports and facilitators identify, explore, and serve to optimize demonstrated strengths in the individual as tools for generating greater autonomy and effectiveness in life.

9. **Hope is the foundation for the journey towards recovery**

A person in recovery has the capacity for hope and thrives best in associations that foster hope. Through hope, a future of possibility enriches the life experience and creates the environment for uncommon and unexpected positive outcomes to be made real. A person in recovery is held as boundless in potential and possibility.

MULTI-SPECIALTY INTERDISCIPLINARY CLINIC (MSIC)

A multi-specialty interdisciplinary clinic (MSIC) is an established facility where specialists from multiple specialties meet with members and their families for the purpose of providing interdisciplinary services to treat members.

Our contracted MSIC's offer a wide range specialties to meet specific needs. Below is a listing of MSIC's in the Health Choice Network:

District Medical Group Clinic 3141 N. 3rd Ave. Phoenix, AZ 85013	Audiology, Cardiology, Endocrinology, ENT, Gastroenterology, Genetics, Lab & X-ray, Nephrology, Neurology, Neurosurgery, Nutrition, OT, PT, ST, Ophthalmology, Orthopedics, Pediatrician (PCP), Pediatric Surgery, Plastic Surgery, Psychology, Psychiatry, Rheumatology, Scoliosis, Urology
Children's Clinics for Rehabilitative Services 2600 N. Wyatt Dr. Tucson, AZ 85712	Anesthesia, Behavior Analysis/ Psychology, Cardiology, Dental and Orthodontia, Development Pediatrics, Endocrinology, ENT Gastroenterology, Genetics, Hematology, Nephrology, Neurology, Neurosurgery, Orthopedics, Ophthalmology, Optometry, Pediatrician (PCP), Pediatric Dermatology, Pediatric Palliative Care, Pediatric Surgery, Physical Medicine, Plastic Surgery, Pulmonology, Rheumatology, Urology
Flagstaff Medical Center Children's Health Center 1215 N. Beaver St. Flagstaff, AZ 86001	Pediatrician (PCP), Pediatric Endocrinology, Pediatric Gastroenterology, Pediatric Nephrology, Pediatric Orthopedics, PT, ST, Pediatric Urology, Wheelchair/ Seating
Yuma Regional Medical Center Children's Rehabilitative Services 2851 S. Avenue B. Yuma, AZ 85364	Audiology, Cardiology, Comprehensive Assessment, Craniofacial (Cleft Lip and Palate), ENT, Endocrinology, Gastroenterology, Neurology, Nutrition and Feeding, Ophthalmology, Orthopedics, Orthotics Services, Psychiatry, Speech and Language Evaluation and Therapy, Urology, Wheelchair Services

* Some specialty providers and services may not be available in all areas. Contact the MISC to review what services and supports are available. For additional support, contact Member Services.

Making an Appointment
Making an appointment in advance with your provider is important. Be sure to let them know why you are making an appointment as you might be able to be seen sooner. You can call your provider directly to make an appointment. If you need help, you can also call Member Services.

Cancelling or Changing Appointments
It is important that you go to your appointments, but we know things come up. Call your MISC directly to cancel or change your appointment. Try to tell them at least one day before the appointment. If you asked Health Choice Arizona for a ride or an interpreter for you, please call us right away to cancel. When you reschedule your appointment you may not get one right away.

CHILDREN'S REHABILITATIVE SERVICE (CRS) – What is CRS?
Children's Rehabilitative Services (CRS) is a designation given to certain AHCCCS members who have qualifying health conditions. Members with a CRS designation can get the same AHCCCS covered services as non-CRS AHCCCS members and are able to get care in the community, or in clinics called multispecialty interdisciplinary clinics (MSIC). MSICs bring many specialty providers together in one location. Your health plan will assist a member with a CRS designation with closer care coordination and monitoring to make sure special healthcare needs are met.

Eligibility for a CRS designation is determined by the AHCCCS Division of Member Services (DMS).

Who is Eligible for a CRS Designation?
AHCCCS members may be eligible for a CRS designation when they are:

- Under age 21; and
- Have a qualifying CRS medical condition.

The medical condition must:

- Require active treatment; and
- Be found by AHCCCS DMS to meet criteria as specified in R9-22-1301- 1305.

Anyone can fill out a CRS application including a family member, provider, or health plan representative. To apply for a CRS designation mail or fax:

- A completed CRS application; and
- Medical documentation that supports that the applicant has a CRS qualifying condition that requires active treatment.

Health Choice Arizona will provide medically necessary care for physical and behavioral health services and care for the CRS condition.

MEMBER ADVOCACY COUNCIL

Health Choice Arizona has developed an advocacy council that is open to all members or designated caregivers/representatives called, the "Member Advocacy Council." The Member Advocacy Council is a community based effort led by Health Choice's Member Advocate/Veteran's Liaison within the OIFA department, to facilitate and coordinate forums that will drive system changes. The council meetings will allow open forums for members, their support, and community partners to share a voice in their overall experience of care. If you would like to participate or learn more about the Patient and Family Advisory Council, please contact Member Services.

APPEALS

Health Choice Arizona may deny services that your provider asks for, or we may limit or stop your care. If this happens, you will get a letter from us. This is called a Notice of Adverse Benefit Determination letter.

The Notice of Adverse Benefit Determination will explain the decision and why we made it. It will tell you the law, rule or policy that was used to make the decision. It will give you the date the decision was made.

The Notice of Adverse Benefit Determination will explain how to ask for a second review if you do not agree with our decision. This review is called an appeal. We will tell you how to continue getting services during the appeal process. The Notice of Adverse Benefit Determination will also explain that if you lose the appeal, you will have to pay for care you got during the appeals process.

You can file an appeal; however, you may want to check with your provider before you file. Your provider could have a different plan of care that may be covered. The care plan may include other treatment you can get that will have the same result for you.

If you would like to know the criteria that benefit decisions are based upon, that information is available to you upon request.

APPEALS FOR MEMBERS DETERMINED TO HAVE A SERIOUS MENTAL ILLNESS

This section applies to all individuals who have a determination of Serious Mental Illness (SMI) and to individuals disputing a Serious Mental Illness eligibility determination.

An appeal may be filed for one or more of the following:

- Decisions regarding a member's SMI eligibility determination,
- The sufficiency or appropriateness of the assessment or any further evaluation,
- The long-term view, service goals, objectives or timelines stated in the Individual Service Plan (ISP) or Inpatient Treatment and Discharge Plan (ITDP),
- The recommended services identified in the assessment report, ISP, or ITDP,
- The actual services to be provided, as described in the ISP, plan for interim services or ITDP,
- The access to or prompt provision of services provided under Title 19,
- A decision regarding a member's fee assessment or the denial of waiver of fees,

- A denial of a request for review of a the outcome of a review of, a modification to or failure to modify, or a termination of an ISP or ITDP,
- The application of the procedures and timeframes for developing the ISP or ITDP,
- The implementation of the ISP or ITDP,
- The decision to provide service planning, including the provision of assessment or case management services, to a member who is refusing such services, or a decision not to provide such services to the member,
- The denial of payment for a claim,
- Decisions about a member's competency, capacity to make decisions, need for guardianship or other protective services or need for Special Assistance,
- Failure of Health Choice Arizona or AHCCCS to act within the timeframes regarding an Appeal, or
- A PASRR determination, in the context of either a preadmission screening or an annual resident review, which adversely affects the person.

Who can file an appeal for members determined to have a serious mental illness?

- Appeals may be filed by the member, member's guardian, member's designated representative, or a service provider of the member if the member or member's guardian gives permission to the service provider.

Requesting an Appeal

- Oral Appeal: Call (928) 774-7128 or (877) 923-1400
- Fax Appeal: Fax to (855) 408-3400
- Written Appeal: Health Choice Arizona, Attn: Appeals 1300 South Yale Street, Flagstaff, AZ 86001

What happens after I file an appeal?

- Within five (5) working days of Health Choice Arizona's receipt of the appeal, a letter will be sent to you confirming that the appeal has been received informing you of the procedures to be followed during the appeal process.
- Within seven (7) days of receipt of the notice of appeal, Health Choice Arizona will hold an informal conference with you.
- The informal conference will be scheduled at a convenient time and place.
- You and other conference participants may participate in the conference over the telephone.

- You have the right to have a designated representative of your choice assist you at the informal conference.
- Health Choice Arizona will inform the participants in writing of the time, date and location two (2) days before the conference.

Resolution at the informal conference

If the appeal is resolved to your satisfaction at the informal conference, you will get a written notice that describes the reason for the appeal, the issues involved, the resolution achieved, and the date that the resolution will be implemented.

What happens if there is no resolution at the informal conference with Health Choice Arizona?

If there is no resolution of the appeal during the informal conference with Health Choice Arizona and if the appeal does not relate to your eligibility for behavioral health services, the next step is to have an informal conference with AHCCCS.

- AHCCCS must hold this informal conference within fifteen (15) days of the notification from Health Choice Arizona that the appeal was unresolved.
- For expedited appeals, the informal conference with AHCCCS must take place within two (2) days of notification from Health Choice Arizona that the appeal was unresolved.
- You may choose to waive the informal conference with AHCCCS; waiver must be in writing.

Appeals for SMI eligibility determinations

If there is no resolution during the informal conference with Health Choice Arizona of an appeal for SMI eligibility determination, the next step is to move directly to the administrative hearing process; no informal conference with AHCCCS will be held in this situation. *See Administrative Hearing section below for information on how to request an administrative hearing*.

What happens if there is no resolution of the appeal during the informal conference with AHCCCS or if I waive the informal conference with AHCCCS?

If you waive the informal conference with AHCCCS, the next step is to request an administrative hearing. *See Administrative Hearing section below for information on how to request an administrative hearing*.

Will my SMI services continue during the appeal process?

During the appeal process, you will continue to receive your behavioral health services while an appeal of a modification to or termination of a covered behavioral health service is pending, unless:

- A qualified clinician decides that modifying or terminating services is necessary or if you or your guardian agree in writing to modify or terminate services.

APPEALS FOR MEMBERS WHO ARE NOT DETERMINED TO HAVE SERIOUS MENTAL ILLNESS & are not Title XIX/XXI Eligible

If you are Non-Title 19/21 (not on AHCCCS) eligible and not determined to have Serious Mental Illness you may appeal actions or decisions related to decisions about behavioral health services you need that are available through Health Choice Arizona.

REQUESTING AN APPEAL

You can ask for an appeal by calling Member Services, or by writing a letter to Health Choice Arizona within 60 days from the date of the decision.

To file an appeal by phone:

- Call Member Services at 1-800-322-8670 and a representative will help you.
- Have your Notice of Adverse Benefit Determination letter with you when you call. This will help us get all of the information necessary to start your appeal.

To file an appeal in writing:

- Your appeal letter must be sent directly to Health Choice Arizona. Do not send your appeal to AHCCCS.
- Mail your letter to:
  Health Choice Arizona
  Attn: Member Appeals
  410 N. 44th St., Suite 900
  Phoenix, AZ 85008

You have 60 calendar days from the date of Health Choice Arizona's Notice of Adverse Benefit Determination or the date of any adverse action to file your appeal. Health Choice Arizona will send you a letter stating we received your request. This will be sent to you within five business days.

You may ask to look at the information we are reviewing to make our decision. You may ask to see records at any time during the appeal process.

You can also send us more information if you think it will help us with our review. This includes having us talk to people involved in your care, such as another provider or family

member.

Health Choice Arizona will have someone review your file who had nothing to do with your first Notice of Adverse Benefit Determination that denied, limited or stopped care we said you could have.

We will make a decision about your appeal within 30 days.

After we have looked at your appeal, we will send you a letter to tell you our decision. This letter is called a Letter of Appeal Resolution.

FREEDOM OF CHOICE

You have the freedom of choice among providers within the Health Choice Arizona network. You can choose a primary care physician (PCP) and other providers from the Health Choice network list. This also includes the right to refuse care from providers. You also have the right to a second opinion.

ADMINISTRATIVE HEARING

If issues in the dispute are not resolved to your satisfaction, you or your guardian will be provided with written notice of the process to request an administrative hearing. A written request for hearing filed with AHCCCS OALS must contain the following information:

- Case name (name of the applicant or member receiving services, names of the appellant and the AHCCCS docket number);
- The decision being appealed;
- The date of the decision being appeal; and
- The reason for the appeal.

In the event a request for administrative hearing is filed with Health Choice Arizona, Health Choice Arizona shall ensure that the written request for hearing, appeal case record and all supporting documentation is received by AHCCCS OGA within three (3) days from such date.

Administrative hearings shall be conducted and decided pursuant to A.R.S. § 41-1092 et seq.

EXPEDITED APPEAL

If you cannot wait 30 days for a decision, you can ask Health Choice to make a decision faster. You can ask for a faster decision if waiting 30 days could cause serious harm to your health, life or your ability to reach, get back to or keep functioning at a maximum level.
This is called an Expedited Appeal. This process follows the same steps as a standard appeal,

except the decision is made in 72 hours, rather than 30 days.

When Health Choice Arizona makes a fast decision, we will try to call you within 72 hours. You will also receive a Notice of Expedited Appeal Resolution letter. This letter will tell you our decision.

If Health Choice Arizona does not agree that a fast decision has to be made, then a decision will be made within 30 days. You will receive a Notice of Appeal Resolution Letter, which will tell you our decision.

NOTICE OF EXTENSION

Health Choice Arizona will answer your appeal request as quickly as we can. However, sometimes it is in your best interest for us to take more time to make a decision.

We will send you a letter if we need more time. That letter is called a Notice of Extension. This means Health Choice Arizona has 14 more days to make a decision. We will also let you know how you can file a complaint if you do not agree that we should take more time.

If you need more time, you can request an extension. This may help you get all the information you need for your appeal.

USING A REPRESENTATIVE

If you choose to appeal the Notice of Adverse Benefit Determination, you have the right to give someone permission to help you. The person helping you is called your "representative." This person can be a family member, friend, a provider, or an attorney if you wish. The process is the same whether you file the appeal yourself or have someone help you. The time frame is also the same in either case.

When Health Choice Arizona sends you the Notice of Adverse Benefit Determination, we also send a list of agencies that may help you file your appeal. If you need another list, please call Member Services. If you want someone to help you, you must send us a letter telling us the name of the person who is helping you file an appeal.

If you need help to file an appeal, but do not have anyone to help you, please let us know. You can let us know by writing us a letter.

To tell us about your representative, please mail your letter to:
Health Choice Arizona
Attn: Member Appeals
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008

PAYMENT FOR SERVICES

COPAYMENTS

Some people who get AHCCCS Medicaid benefits are asked to pay copayments for some of the AHCCCS medical services that they receive.

*NOTE: Copayments referenced in this section means copayments charged under Medicaid (AHCCCS). It does not mean a person is exempt from Medicare copayments.

The following persons are not asked to pay copayments:

- People under age 19,
- People determined to be Seriously Mentally Ill (SMI),
- An individual designated eligible for Children's Rehabilitative Services (CRS) pursuant to as Title 9, Chapter 22, Article 13,
- ACC, CMDP, and RBHA members who are residing in nursing facilities or residential facilities such as an Assisted Living Home and only when member's medical condition would otherwise require hospitalization. The exemption from copayments for these members is limited to 90 days in a contract year,
- People who are enrolled in the Arizona Long Term Care System (ALTCS),
- People who are Qualified Medicare Beneficiaries,
- People who receive hospice care,
- American Indian members who are active or previous users of the Indian Health Service, tribal health programs operated under Public Law 93-638, or urban Indian health programs,
- People in the Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP),
- People receiving child welfare services under Title IV-B on the basis of being a child in foster care or receiving adoption or foster care assistance under Title IV-E regardless of age,
- People who are pregnant and throughout postpartum period following the pregnancy, and
- Individuals in the adult Group (for a limited time**).

****NOTE**: For a limited time persons who are eligible in the Adult Group will not have any copays. Members in the Adult Group include persons who were transitioned from the AHCCCS Care program as well as individuals who are between the ages of 19-64, and who are not entitled to Medicare, and who are not pregnant, and who have income at or below 133% of the

Federal Poverty Level (FPL) and who are not AHCCCS eligible under any other category. Copays for persons in the Adult Group with income over 106% FPL are planned for the future. Members will be told about any changes in copays before they happen.

IN ADDITION, COPAYMENTS ARE NOT CHARGED FOR THE FOLLOWING SERVICES FOR ANYONE:

- Hospitalizations,
- Emergency services,
- Family Planning services and supplies,
- Pregnancy related health care and health care for any other medical condition that may complicate the pregnancy, including tobacco cessation treatment for pregnant women,
- Preventive services, such as well visits, pap smears, colonoscopies, mammograms and immunizations,
- Provider preventable services, and
- Services received in the emergency department.

PEOPLE WITH OPTIONAL (NON-MANDATORY) COPAYMENTS

Individuals eligible for AHCCCS through any of the programs below may be charged non-mandatory copays, unless:

1. They are receiving one of the services above that cannot be charged a copay, or
2. They are in one of the groups above that cannot be charged a copay.

Non-mandatory copays are also called optional copays. If a member has a non-mandatory copay, then a provider cannot deny the service if the member states that s/he is unable to pay the copay. Members in the following programs may be charged non-mandatory copay by their provider:

- AHCCCS for Families with Children (1931),
- Young Adult Transitional Insurance (YATI) for young people in foster care,
- State Adoption Assistance for Special Needs Children who are being adopted,
- Receiving Supplemental Security Income (SSI) through the Social Security Administration for people who are age 65 or older, blind or disabled,
- SSI Medical Assistance Only (SSI MAO) for individual who are age 65 or older, blind or disabled,
- Freedom to Work (FTW).

Ask your provider to look up your eligibility to find out what copays you may have. You can

also find out by calling Health Choice Arizona member services. You can also check the Health Choice Arizona website for more information.

AHCCCS members with non-mandatory copays may be asked to pay the following non-mandatory copayments for medical services:

OPTIONAL (NON-MANDATORY) COPAYMENT AMOUNTS FOR SOME MEDICAL SERVICES

SERVICE	COPAYMENT
Prescriptions	$2.30
Out-patient services for physical, occupational and speech therapy	$2.30
Doctor or other provider outpatient office visits for evaluation and management of your care	$3.40

Medical providers will ask you to pay these amounts but will **NOT** refuse you services if you are unable to pay. If you cannot afford your copay, tell your medical provider you are unable to pay these amounts so you will not be refused services.

PEOPLE WITH REQUIRED (MANDATORY) COPAYMENTS

Some AHCCCS members have required (or mandatory) copays unless they are receiving one of the services above that cannot be charged a copay or unless they are in one of the groups above that cannot be charged a copay. Members with required copays will need to pay the copays in order to get the services. Providers can refuse services to these members if they do not pay the mandatory copays. Mandatory copays are charged to persons in families with children that are no longer eligible due to earnings - also known as Transitional Medical Assistance (TMA)

Adults on TMA have to pay required (or mandatory) copays for some medical services. If you are on the TMA Program now or if you become eligible to receive TMA benefits later, the notice from DES or AHCCCS will tell you so. Copays for TMA members are listed below.

REQUIRED (MANDATORY) COPAYMENT AMOUNTS FOR PERSONS RECEIVING TMA BENEFITS

SERVICE	COPAYMENT
Prescriptions	$2.30
Doctor or other provider outpatient office visits for evaluation and management of your care	$4.00
Physical, Occupational and Speech Therapies	$3.00

Outpatient Non-emergency or voluntary surgical procedures	$3.00

Pharmacists and Medical Providers can refuse services if the copayments are not made.

5% LIMIT ON ALL COPAYMENTS

The amount of total copays cannot be more than 5% of the family's total income (before taxes and deductions) during a calendar quarter (January through March, April through June, July through September, and October through December.) The 5% limit applies to both nominal and required copays.

AHCCCS will track each member's specific copayment levels to identify members who have reached the 5% copayment limit. If you think that the total copays you have paid are more than 5% of your family's total quarterly income and AHCCCS has not already told you this has happened, you should send copies of receipts or other proof of how much you have paid to *AHCCCS, 801 E. Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034.*

If you are on this program but your circumstances have changed, contact your local DES office to ask them to review your eligibility. Members can always request a reassessment of their 5% limit if their circumstances have changed.

PAYING FOR COVERED SERVICES BY HEALTH CHOICE ARIZONA

We have many doctors for you to choose in our network. If you have Medicare or other insurance, please choose a doctor in the Health Choice Arizona network.

Doctors who are not in our network will need to call us for prior approval. If we do not approve the care or service, we may not be able to pay the out-of-network doctors. You will only have to pay your mandatory copay for all covered services. For more information about copays, see page 58.

Your provider should send all bills for covered services to Health Choice Arizona. If you get a bill for a covered service:

- Call the provider right away
- Give them all of your insurance information
- Make sure the provider has the billing address for Health Choice Arizona
- Do not pay the bill yourself. We cannot pay you back for covered services. If you get non-emergency services outside of Arizona, you may have to pay for them.

If you still get bills after giving the provider your health plan information, call Member Services. We will review your charges. We will work with your provider to stop billing you.

NOTE: You should not pay for covered services after you have been enrolled in Health Choice Arizona because we cannot pay you back. We can only pay providers directly for services.

Let us know if you get a bill or you have paid for covered services. We will work with your provider to bill us and get your money back to you.

PAYING FOR SERVICES NOT COVERED BY HEALTH CHOICE ARIZONA

You can ask a provider about a service that is not a covered benefit. The provider will tell you the cost of the service. You can decide if you want to pay for the service yourself.

If you choose to pay for the service, you will have to sign a written statement agreeing to pay for the costs yourself. Health Choice Arizona will not reimburse you for services that are not a covered benefit.

If you have to pay a copay to get a service that is not a covered benefit, you must pay this yourself. Health Choice Arizona will not pay this copay.

Health Choice Arizona does not have any providers in our network who refuse to provide services due to moral or religious objections. If you have questions about services that are a covered benefit, you can also call Member Services for help.

OTHER INSURANCE

You may have other insurance in addition to AHCCCS. This is called primary insurance. By law, AHCCCS is the payer of last resort. You must tell AHCCCS and Health Choice if you have other insurance. This includes Medicare.

If you get other insurance while you are on the plan, you must tell AHCCCS and Health Choice. Your other insurance will always pay first. Then Health Choice Arizona will pay its part. This means your provider will bill the other insurance first. Health Choice Arizona will help coordinate your AHCCCS benefits with your other insurance. Other insurance or Medicare may affect your copay, co-insurance or deductible amounts.

If you have Medicare or other insurance, please choose a doctor in the Health Choice Arizona network. Doctors who are not in our network will need to call us for prior approval. If you get services from a provider not in our network, you must pay the copay, co-insurance or deductible. Bring all of your insurance cards with you to your doctor visits. Tell your doctor and us if you or your family has other medical insurance, including Medicare. This helps your doctor's office know who to bill.

MEDICARE BENEFICIARIES (DUAL ELIGIBILITY)

People who have both AHCCCS and Medicare are called "dual eligible." If you have Medicare, Health Choice Arizona may help pay your Medicare coinsurance and deductibles (also called "cost sharing"). However Medicaid does not cover medications covered by Medicare Part D and does not pay for Medicare copayments, coinsurance, or the deductible for Medicare Part D medications. AHCCCS covers medications that are excluded from coverage under Medicare Part D when medically necessary. An excluded drug is a medication that is not eligible for coverage under Medicare Part D. AHCCCS may cover some medications that are Over-the-Counter, refer to the Health Choice Generations Over-the-Counter Drug List for a list of products available on our website at https://www.healthchoicegenaz.com/members/member-information/ or call Member Services to request a printed copy.

Health Choice Arizona will pay prescription copays for members prescribed a mental health medication by a contracted mental health provider, for those member diagnosed with a serious mental illness.

If you are enrolled with a Medicare Managed Care Plan (HMO), please find a PCP who is part of both your Medicare HMO and the Health Choice Arizona network. You should use a Health Choice Arizona provider for any other services that you get.

If you need help finding a PCP or provider who is part of the Health Choice Arizona network, please call us. We are happy to help you.

If you have Medicare, Health Choice will now be your behavioral health provider.
If you have any questions, call us. We are happy to help you.

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARIES (QMB)

Some dual-eligibles are eligible as Qualified Medicare Beneficiaries (QMB). If you are a QMB member, you may get more help with cost sharing for services that are not usually covered by AHCCCS, and/or are not given by a Health Choice Arizona provider. Call us and we can help you understand your benefits.

PHARMACY AND MEDICAL SERVICES PRIOR AUTHORIZATION TIMEFRAMES

All pharmacy prior authorization requests are reviewed within 24 hours of receipt. Decisions are issued within 24 hours for those requests with complete information from the prescriber. If more information is needed from the prescriber to make our decision, we will contact the

prescriber and issue a decision within 7 calendar days of when the case was first received. A Notice of Extension may be issued if Health Choice Arizona needs additional information to make a decision.

For medical services prior authorizations we can make a decision within 14 calendar days after we receive the request. If you have a serious, life threatening health issue, your doctor may ask for a faster decision. In this case, your doctor can send us an expedited request for approval within 72 hours.

GRIEVANCES (COMPLAINTS)

If you have a concern with any part of your health care, or you would like to complain about Health Choice Arizona, please contact Member Services. The problem or concern you are calling about will be handled as a grievance (another word for complaint).

FILING A GRIEVANCE

If you are not happy with any health care you received, you have the right to file a grievance. You can also file a grievance or complaint about Health Choice Arizona. This gives you a chance to tell us about your concerns.

You can file a grievance about issues related to your health care such as:

- Timeliness
- Whether care of treatment is appropriate
- Access to care
- Quality of care
- Staff attitude
- Rudeness
- Adequacy of Notice of Adverse Benefit Determination Letters
- Any other kind of problem you may have had with your health care service
- Any other kind of problem you may have with your health plan

You can file a grievance either over the phone or in writing.

To file a grievance by phone:

- Call Member Services and we will help you.
- The representative will ask you about the concern. This will help us get all of the information necessary to address your matter.
- Tell the representative the date the problem happened and any other facts about the issue.

To file a grievance in writing, send a letter to:
Health Choice Arizona
Attn: Member Grievances
410 N. 44th St., Suite 500
Phoenix, AZ 85008

Health Choice Arizona will carefully look into your concern. We are here to help you. We may contact you for more information or talk to others involved in your care. Once the review is complete, we will send you a letter telling you the outcome.

Please note: You also have the right to contact the AHCCCS Medical Management Department if you do not feel that Health Choice has resolved your concerns about the adequacy of a

Notice of Adverse Benefit Determination letter (also described under “Appeals”). The AHCCCS Medical Management Department can be reached by email at MedicalManagement@azahcccs.gov.

SMI GRIEVANCE/REQUEST FOR AN INVESTIGATION FOR MEMBERS DETERMINDED TO HAVE A SERIOUS MENTAL ILLNESS

The SMI Grievance/Request for Investigation process applies only to adult members who have been determined to have a Serious Mental Illness about the behavioral health services received by the member.

You can file a SMI Grievance/Request for Investigation if you feel:

- Your rights have been violated;
- You have been abused or mistreated by staff of a provider; or
- You have been subjected to a dangerous, illegal, or inhumane treatment environment.

You have 12 months from the time that the rights violation happened to file an SMI Grievance/Request for Investigation about any behavioral health services that you received. You may file an SMI Grievance/Request for Investigation orally or in writing. Grievance/Request for Investigation forms are available from Health Choice Arizona and providers of behavioral health services. You may ask staff for help in filing your grievance. Contact the following to make your oral or written SMI Grievance/Request for Investigation:

Writing:
Office of Grievance and Appeals
1300 South Yale Street
Flagstaff, AZ, 86001

Phone:
1-800-322-8670, TTY: 711

Grievances concerning physical abuse, sexual abuse, or a person’s death are investigated by AHCCCS. To file an oral or written grievance concerning physical abuse, sexual abuse, or a person’s death, contact AHCCCS/OALS, Behavioral Health Grievance and Appeals Office of Grievance and Appeals, 701 E. Jefferson St., Mail Drop 6200, Phoenix, Arizona 85034, or by calling AHCCCS In-State Toll Free: 1-800-654-8713 (Outside Maricopa County) Out-of-State Toll Free: 1-800-523-0231. Deaf or hard of hearing individuals may call the Arizona Relay Service at 711.

If there will be an investigation, the letter will tell you the name of the investigator. This will be sent within 7 days of filing your grievance. The investigator will contact you to conduct a grievance interview. The investigator will then contact the person that you feel was responsible for violating your rights. The investigator will interview that person and other persons involved. The investigator will also gather any other information needed to determine if your rights were violated.

Within 35 days of an investigator being assigned to investigate, unless an extension has been asked for, you will get a written decision of the findings, conclusions, and recommendations of the investigation. You will also be told if you have the right to appeal the decision if you do not agree with the conclusions of the investigation. To appeal the SMI Grievance decision you must write to AHCCCS/ The Office of Administrative Legal Services (OALS) Behavioral Health Office of Grievances and Appeals within 30 days.

If you file a Grievance/Request for Investigation, the quality of your care will not suffer.

STATE FAIR HEARING

MEMBER'S RIGHT TO REQUEST A STATE FAIR HEARING

If you do not like the appeal decision made by Health Choice Arizona, you have the right to request a hearing. This is called a State Fair Hearing.

Information about how to ask for a state fair hearing will be included in the Notice of Appeal Resolution (or the Notice of Expedited Appeal Resolution) letter.

The State Fair Hearing process offers a chance to have your request heard by an Administrative Law Judge. You must ask for the State Fair Hearing in writing. You have 120 days from the date you receive the Notice of Appeal Resolution (or Notice of Expedited Appeal Resolution) letter to ask for a State Fair Hearing.

To ask for a State Fair Hearing in writing, send a letter to:
Health Choice Arizona
Attention: Member Appeals
1300 South Yale Street
Flagstaff, AZ 86001

After you ask for a State Fair Hearing, you will receive a Notice of Hearing. The notice will tell you the law, rule or policy that will be used at the hearing. The notice will tell the location and time of the hearing.

You will receive information about the hearing process. You will have the right to speak for yourself at the hearing.

You can give permission in writing to a lawyer, a relative, a friend or anyone else to speak for you at the hearing.

Before, and during the hearing, you (and the person helping you) can look at all the paperwork that will be used at the hearing.

You can bring someone to the hearing that knows about your case. You can also bring information about your case to the hearing.

WHAT TO EXPECT AT THE STATE FAIR HEARING

An Administrative Law Judge will hold the State Fair Hearing. The judge will listen to everything said at the hearing. The judge will also read all the documents.

After the hearing, the judge will send a Recommended Decision to AHCCCS. AHCCCS will read the Recommended Decision and agree with it, change it or reject it. AHCCCS will then send you a letter telling you the decision. This letter is called a "Director's Decision".

The Director's Decision will tell you if you have won or lost at the hearing. The letter will tell you why AHCCCS made the decision. The letter will tell you if you have more appeal rights.

AHCCCS will send the Director's Decision about 90 days after your State Fair Hearing. For a fast appeal, you will get the Director's Decision three working days after AHCCCS gets all the information from Health Choice Arizona.

If you lose the State Fair Hearing, the Director's Decision will tell you if you have to pay for the care you got during the State Fair Hearing process.

RECEIVING CONTINUED BENEFITS

You can keep getting medical care during the Appeal and State Fair Hearing process if **all** listed below are true:

- Health Choice Arizona stops or limits care already approved before.
- Your doctor ordered the care.
- The length of time from when we approved your care is not over.
- You ask to keep getting your care.
- You send us your appeal before your we stop or limit your treatments, or within ten days of the date on the Notice of Adverse Benefit Determination, whichever is later.

You will continue to get the care **until**:

- You ask to stop the appeal or hearing.
- You do not ask for continued care or a hearing within 10 days from the date we sent you the Notice of Appeal Resolution.
- You lost the State Fair Hearing.
- The length of time for your care we approved ends.

Note: You will have to pay for all of the care that you get if you lose the appeal or the State Fair Hearing.

TRANSFERRING YOUR PHYSICAL HEALTH SERVICES TO AN AHCCCS PLAN (Opt Out)

Members who are determined to have a Serious Mental Illness and who are enrolled in one plan for both physical health and behavioral health services may request a different plan for their physical health services. This is called an opt-out process. An opt-out will only be approved for certain reasons. To ask for an opt-out, the member shall show harm or unfair treatment in:

1. Getting healthcare,

2. Receiving quality healthcare,
3. Protecting member privacy and rights, or
4. Choosing a provider.

If you would like to ask for an opt-out, contact member services at 1-800-322-8670.

Before you are moved to another AHCCCS healthcare plan Health Choice Arizona will try to resolve your concerns. If Health Choice Arizona is not able to resolve your concerns, you or your designated representative may apply for a change in your health plan by contacting Member Services.

If you are requesting a change because you have been discriminated against, unfairly treated, or you believe that there is a possibility that discrimination or unfair treatment could occur, you will be asked to show proof. Simply being enrolled in an integrated RBHA does not prove actual or potential discrimination or unfair treatment.

Health Choice Arizona's review process will follow these steps:

1. We will confirm that you are enrolled in the integrated plan.
2. A Member Service's representative will record your claims of actual harm or possible discrimination or unfair treatment caused by enrollment in the RBHA plan.
3. A Member Service's representative will complete the "Transfer of a SMI member enrolled in an integrated RBHA to an AHCCCS Acute Care Contractor" form and include any evidence that you or your representative provide.

You will be provided the approval or denial in writing within ten (10) days of your request. If your request is approved, Health Choice Arizona will work with your new AHCCCS healthcare plan to ensure there are no interruptions in your care. If your request is denied, you will be provided with the reasons for the denial and you will be informed of your right to make an appeal.

MEMBER RIGHTS

As a Health Choice Arizona Member, you have the right to:

- Choose a primary care physician (PCP) and other providers from the Health Choice Arizona network list. This also includes the right to refuse care from providers.
- You also have the right to a second opinion.
- You have the freedom of choice among providers within the Health Choice Arizona network.
- Complain about Health Choice Arizona. This complaint can be filed with Health Choice Arizona or AHCCCS. You cannot be denied services if you file a complaint.
- Request information on the structure and operation of Health Choice Arizona or its subcontractors.
- Request information on whether or not Health Choice Arizona has Physician Action Plans (PIP) that affect the use of referral services, the right to know the types of compensation arrangements Health Choice Arizona uses, the right to know whether stop-loss insurance is required and the right to a summary of member survey results, in accordance with PIP regulation.
- Be treated fairly when getting medical care. This means you have equal access to all Health Choice Arizona services. Health Choice does not discriminate against any member based on race, ethnicity, national origin, religion, gender, age, behavioral health condition (intellectual) or physical disability, sexual preference, genetic information, or ability to pay.
- All members also have the right to exercise his or her rights and that the exercise of those rights shall not adversely affect service delivery to the member [42 CFR 438.100(c)]."
- A second opinion from a qualified health care professional within the network or have a second opinion arranged outside of the network, only if there is not adequate in-network coverage, at no cost.
- Receive information on available treatment options and alternatives, presented in a manner appropriate to your condition and in a way you can understand
- Create a plan that tells health care providers what kind of treatment you do or do not want if you become too sick to make your own health care decisions. These are called "advance directives." We can give you information to help you create your own advance directives.
- Receive a replacement caregiver for "critical services" within two hours.
- You have the right to get other information, such as:
  - How to get after-hours and emergency services
  - Available treatment options (including the option of no treatment)
  - Prior authorization, referrals or any special procedures needed to get medical services
  - How to get mental health or substance abuse services
  - How to get services outside the Health Choice Arizona service area
  - How to get covered services that are not offered or available through the health plan
  - The right to family planning services from an appropriate registered provider
  - A description of how the organization evaluates the appropriate use of new

developments in medical technology and new applications of existing technologies for inclusion as a covered benefit. New medical devices and procedures are evaluated by Health Choice Arizona medical management team to:

- Keep abreast of ongoing changes in medical technology.
- Ensuring our members have safe, effective and evidence based care.
- Review information from the appropriate governmental regulatory bodies such as U.S. Food and Drug Administration (FDA).
- Obtain input from specialists and professionals with unique knowledge about the specific technology reviewed.
- To maintain compliance with all Federal and State regulatory bodies and Accrediting agencies applicable to Health Choice plans.

- Information about grievances, appeals and requests for a hearing
- Inspect at your medical records at any time. You have the right to ask for a copy of your medical records at least annually. There is no cost to you.
- You have the right to a written reply from Health Choice Arizona within 30 days of your request.
- If denied, you have the right to information about why your request was denied.
- You have the right to seek review of a denial in accordance with 45 CFR Part 164.
- You have the right to change or correct your medical records.

- Request restrictions
- Private communications
- Accounting of disclosures
- A paper copy of the Notice of Privacy Practices. See the "Your Privacy" section of this handbook for more information.
- You have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy.
- Ask for information about Health Choice Arizona such as:
  - The plan's physician incentive program: This means that you can ask about ways that the health plan pays our providers.
  - If stop-loss insurance is required
  - Member survey results for the health plan
- Get health care services in accordance with access to care and quality standards
- Be sure that Health Choice Arizona will not hold it against you if you choose to use any of your rights.
- Be free from any form of control or isolation used as a means of force, authority, convenience, or retaliation. You cannot be held against your will. You cannot be forced to do something you do not want to do. This also means you have the right to be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience or retaliation.
- Receive information on beneficiary and plan information
- Privacy and to be treated with respect and dignity
- Understand your health problems and participate in developing mutually agreed-upon treatment goals, to the degree possible.
- Make decisions about your health care. This includes agreeing to treatment. It can also include the right to refuse treatment.
- Have services and materials provided in a way that helps you understand. This may include help with:

- **Language Needs:** This includes having materials translated into your own language. We can help you find providers who speak your language. If your provider does not speak your language, we can get you an interpreter for your medical appointments. This is provided at no cost to you. Call Member Services for more information.
- **Visual Needs:** This may include recorded materials, such as a CD, or materials in Braille. You can also ask for larger print. This is provided at no cost to you. Call Member Services for more information.
- **Hearing Needs:** If you are deaf or hard of hearing, you can call Arizona Relay Services at 711. This telephone relay, or TTY/TDD, is a free public service. There is no cost to you. We can also get you a sign language interpreter for your medical appointments. This is provided at no cost to you. Call Member Services for more information.

- Use any hospital or other setting for emergency care.

YOUR PRIVACY

The privacy of your medical information is very important to us. We want to keep your records private and confidential.

For example, we verify the identity of all incoming callers. Our Member Services staff will only talk to you or an authorized person about your care. An authorized person is someone you tell us we can talk to, such as a family member, a close friend, legal guardian or someone with medical power of authority.

Help us know with whom we can talk about your care. Please call Member Services with this information about a family member or friend. Or, send us copies of any court orders or other legal papers showing who is authorized. We will update our records to include the people you identify. You can get more information about how to get documents showing someone can act for you. Please review the “Advance Directives” section on page 24.

In addition, Health Choice Arizona has policies in place to protect your privacy. One of these policies describes our Notice of Privacy Practices (Notice). This Notice tells you how we handle and protect your medical information. The Notice also explains your rights about your medical information. You can see the Notice on our website. Or, call Member Services to tell us if you want a paper copy. We will send you one at no cost to you.

Is My Behavioral Health Information Private?

There are laws about who can see your behavioral health information with or without your permission. Substance abuse treatment and communicable disease information (for example, HIV/AIDS information) cannot be shared with others without your written permission.

To help arrange and pay for your care, there are times when your information is shared without first getting your written permission. These times could include the sharing of information with:

- Physicians and other agencies providing health, social, or welfare services
- Your medical primary care provider
- Certain state agencies and schools following the law, involved in your care and treatment, as needed
- Members of the clinical team* involved in your care

At other times, it may be helpful to share your behavioral health information with other state agencies, such as schools. Your written permission may be required before your information is shared.

*Clinical Teams include both Child and Family Teams and Adult Recovery Team

FRAUD, WASTE AND ABUSE (FWA)

Health Choice Arizona is committed to detecting, reporting and preventing fraud and abuse.

Fraud is defined by Federal law (42 CFR 455.2) as "an intentional deception or misrepresentation made by a person with the knowledge that the deception could result in some unauthorized benefit to himself or some other person. It includes any act that constitutes fraud under applicable Federal or State law."

An example of **provider fraud** is a doctor billing for services that were not given to you or that you did not need. An example of **member fraud** is sharing, selling or giving an AHCCCS ID card to others.

Waste is not defined in Federal Law, but per the National Association of Medicaid Directors' letter to CMS, dated March 2012, the working concept is "the over-utilization or inappropriate utilization of service and misuse of resources, and typically is not a criminal or intentional act."

Abuse is defined by Federal law (42 CFR 455.2) as "provider practices that are inconsistent with sound fiscal, business, or medical practices, and result in an unnecessary cost to the Medicaid program, or in reimbursement for services that are not medically necessary or fail to meet professionally recognized standards for health care. It also includes recipient practices that result in unnecessary cost to the Medicaid program."

Abuse includes any practices that do not follow the rules or laws. Payment for items or services when there is no legal right to that payment and the person has not knowingly and/or intentionally falsified facts to receive payment. Abuse includes any practices that do not follow the rules or laws. It can also mean physical, mental, sexual abuse or neglect of a member.

If you commit Fraud, Waste and/or Abuse (FWA), you could be subject to penalty under the law.

- If you suspect Fraud, Waste and/or Abuse (FWA) by a provider, member or other person, please tell us. You can report suspected FWA through any of these options: Call Member Services and ask to talk to the Compliance Department, such as the designated Compliance Officer - Nicole Larson or any other representative from the Health Choice Compliance Department;
- Refer suspected FWA by email to address: www.azahcccs.gov/Fraud/ReportFraud;
- Refer suspected FWA by sending an email to HCHFWA@healthchoiceaz.com
- Calling any one or more of these hotlines:
  - 602-417-4045 (AZ: Suspected Medicaid Provider Fraud - In Maricopa County) or 1-888-ITS-NOT-OK or 888-487-6686 if calling from outside of

Maricopa County; or

- 602-417-4193 (AZ: Suspected Medicaid fraud by an AHCCCS member if calling from within Maricopa County) or 1-888-ITS-NOT-OK or 888-487-6686 if calling from outside of Maricopa County).

You will not lose your health benefits for reporting Fraud, Waste or Abuse (FWA). We will keep your report private to the extent allowed under the law.

RESOURCES

Use this section to find information about tobacco cessation, community programs and resources, access to low cost or no cost services and advocacy resources.

WANT TO QUIT SMOKING OR KICK THE TOBACCO HABIT?

If you smoke or use tobacco, one of the best ways to get healthy is to quit. Tobacco use puts you at high risk for cancer, heart attack, stroke and even sexual problems. The risks are even greater if you have diabetes, you are overweight, or you have other health problems.

A pregnant mom who smokes is also risking the health of her unborn baby. Studies show drugs, stop-smoking aids, counseling, support and habit changes can help you quit.

Take that First Step:

- Decide to stop smoking and set a date.
- Get support from family and friends.
- Quit with a friend or partner.
- Get help from your doctor.
- Call Health Choice Arizona and Arizona Smoker's Helpline (ASHLine) 800-556-6222 or visit www.ashline.org.
- The ASHLine can give you free samples of stop-smoking aides. The ASHLine can also give you counseling and support to help you kick the habit.

In addition to the ASHLine, there are other resources available for you. For more information on quitting tobacco, go to Tobacco Free Arizona at: www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php.

Tobacco Free Arizona is a program to help Arizonans know the risks of tobacco use and resources for quitting.

Tobacco cessation services, including medications such as nicotine gum, patches and lozenges are available at no cost to help in your efforts to quit tobacco.

Call us to talk with a Health Choice Arizona care manager for help quitting tobacco.

COMMUNITY PROGRAMS

Head Start Program

Head Start is a preschool program for children. Head Start can help prepare your child for kindergarten.

Children who are 3 to 5 years old are eligible for Head Start services. Pregnant women and children from birth to 3 years of age are eligible for Early Head Start services. These programs provide:

- Early childhood education
- Nutritious meals and snacks
- Social service for families
- Help for children with special needs

For more information about Head Start, visit the Head Start website at AZHeadStart.org.

Arizona Early Intervention Program (AZEIP)

This program provides support and services for families of children, birth to 3 years of age, with disabilities or developmental delays. The goal of the program is to support the children's growth, development and learning.

Talk to your child's doctor if you have concerns about how your child plays, learns, communicates, moves, sees or hears.

What will AzEIP do? The Arizona Early Intervention Program will:

- Listen to your family's concerns, hopes, priorities and questions.
- Answer your questions and give you more information about early intervention.
- Assist in discovering how your child best learns, communicates, moves and plays.
- Provide information and support to meet the unique needs of your family.
- Identify resources in your community that match your priorities and concerns.

Women, Infants and Children (WIC) Program

WIC is a nutrition program that helps your family learn about eating well and staying healthy. WIC is for pregnant or breast-feeding women, women who just had a baby and infants and children up to 5 years. WIC can also help provide healthy food for you and your child. For more information, call 800-252-5942. WIC can help you find an office near you. You can also go to the WIC website at www.azwic.gov.

Area Agency on Aging

The Area Agency on Aging is a resource for adults aged 60 years and older, adults 18 and older living with HIV/AIDS, disabilities and long-term care needs, and family caregivers. They offer many programs and services to enhance the quality of life. For more information, visit www.aaaphx.org.

AZLinks.gov

AZLinks.gov is an online resource that offers assistance and information on aging and disability.

You can use this tool to find support groups, food services, recreation services and more.

COMMUNITY RESOURCES

AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
Arizona Adult Protective Services (Adult Abuse Hotline)	1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385)	https://des.az.gov/services/basic-needs/adult-protective-services
Alzheimer's Association	24/7 HELPLINE (800) 272-3900	alz.org
Arizona Early Intervention Program (AzEIP)	Central Office 602-532-9960 Central Referral Line 888-592-0140 (toll-free)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant
Arizona 2-1-1 Community	2-1-1 or 877-211-8661 (toll-free)	211arizona.org
AZLinks.gov	N/A	azlinks.gov
Arizona Job Connection	602-542-2460	azjobconnection.gov/ada/r/
Arizona Head Start	602-338-0449	azheadstart.org
AZ Suicide Prevention Coalition	602-248-8337 (Nikki Kontz, Board President)	azspc.org
AZ Dept. of Health Services Bureau of Women's and Children's Health	602-542-1025	https://www.azdhs.gov/prevention/womens-childrens-health/index.php
Arizona Department of Health Services	602-542-1025	des.az.gov
Arizona Dept. of Health Services (ADHS)	602-542-1025	azdhs.gov
Arizona ASH Line Tobacco Quit Line	800-556-6222 (toll-free)	www.ashline.org/about-ASHLine

AZ Department of Economic Security	602-542-4791	des.az.gov
The Arizona Partnership for Immunization (TAPI)	602-288-7568	whyimmunize.org
Arizona Coalition to End Sexual and Domestic Violence	1-800-782-6400 TTD/ TTY: 602-279-7270	azcadv.org
Birth and Death Certificates	602-364-1300 888-816-5907 (toll-free)	www.azdhs.gov/vital-records/
Birth to Five Helpline	877-705-KIDS (5437)	https://www.swhd.org/programs/health-and-development/birth-to-five-helpline/
Breastfeeding Hotline	24-hour hotline: 1-800-833-4642	https://www.azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/index.php#24-hr-bf-hotline
Division of Developmental Disabilities (DDD)	844-770-9500 (toll-free)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-disabilities
Disability Benefits 101 (DB101)	1-866-304-WORK (9675)	az.db101.org
Dump the Drugs	**General and Public Information:** (602) 542-1025	https://azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/
KidsCare - Arizona Children's Health Insurance Program (CHIP)	Maricopa County: 602-417-5437 Statewide: 855-432-7587 (toll-free)	https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/Categories/KidsCare.html
Health-e-Arizona Plus	855-432-7587 (toll-free)	healthearizonaplus.gov
Medicaid – AHCCCS (Arizona Health Care Cost Containment System)	Maricopa County: 602-417-4000; Statewide (toll-free): 800-962-6690 TDD: 602-417-4191	azahcccs.gov

National Suicide Prevention Lifeline	1-800-273-8255	suicidepreventionlifeline.org
Opioid Assistance and Referral (OAR) Line	1-888-688-4222	azdhs.gov/oarline
Postpartum Support International	Helpline: 1-800-944-4773	postpartum.net
Power Me A2Z (Free vitamins for women program through ADHS)	N/A	powermea2z.org
Poison and Drug Information Center	800-222-1222 (toll-free)	azpoison.com
Prevent Child Abuse Arizona	928-445-5038 or 602-255-5540	pcaaz.org
Raising Special Kids	800-237-3007	raisingspecialkids.org
Strong Families (AZ website for home visitation programs)	N/A	strongfamiliesaz.com
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)	855-777-8590 (toll-free)	https://des.az.gov/services/basic-needs/food/nutrition-assistance-formerly-food-stamp-program
Teen Life Line	602-248-8336 (TEEN) or 800-248-8336 (TEEN)	www.teenlifeline.org
Unemployment Insurance Benefits	Phoenix: 602-364-2722 Tucson: 520-791-2722 877-600-2722 (toll-free) TDD/TTY: 711	https://des.az.gov/services/employment/unemployment-individual
WIC (Women, Infants and Children)	1-800-252-5942	www.azdhs.gov/azwic/

ACCESS TO LOW OR NO COST SERVICES

Should an AHCCCS member lose their AHCCCS eligibility, they may be eligible to receive low or no cost primary care services from providers identified on the Bureau of Health Systems Development (HSD) website at https://www.azdhs.gov/prevention/health-systems-development/index.php

The HSD supports a variety of programs and services meant to improve access to high quality primary health care, for those uninsured and other vulnerable populations. You may also call the HSD at 602-542-1219, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m., except holidays.

SPECIAL NEEDS ASSISTANCE

A person can get special assistance if they are determined to have a Serious Mental Illness (SMI) and are unable to express treatment preferences or take advantage of the services and rights protections provided to them by the SMI rules. If you are in need special assistance please contact the AHCCCS Office of Human Rights (OHR). OHR helps support people by helping them understand, protect and exercise their rights:

Maricopa, Pinal or Gila County: 602-364-4585 or 1-800-421-2124;

Pima, Santa Cruz, Cochise, Graham, Greenlee County, Yuma or La Paz County: 520-770-3100 or 1-877-524-6882;

Mohave, Coconino, Yavapai, Navajo or Apache County: 1-928-214-8231 or 1-877-744-2250

*Note Tribal members should contact the Office of Human Rights location that provides services to the county they live in.

ADVOCACY RESOURCES (SPECIAL NEEDS ASSISTANCE)

There are many groups that can support you or advocate for you. Below is a list of agencies that you can contact for additional support:

AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
Division of Aging and Adult Services – Aging and Disability Services	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services

Division of Aging and Adult Services – Long Term Care	602-542-6454	https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman
Area Agency on Aging	24-hour senior help line: 602-264-help (4357) 888-783-7500 (toll - free)	aaaphx.org
Ability360	602-256-2245 800-280-2245 (toll-free)	ability360.org
National Alliance on Mental Illness (NAMI), Arizona	480-994-4407	namiarizona.org
Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence	602-279-2900 800-782-6400 (toll-free)	acesdv.org

LEGAL ASSISTANCE

AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
Arizona Center for Disability Law	602-274-6287 800-927-2260 (toll-free)	azdisabilitylaw.org
Division of Aging and Adult Services – Aging and Disability Services	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services
Community Legal Services, Inc.	1-800-852-9075	clsaz.org

GLOSSARY

MANAGED CARE TERMINOLOGY

Appeal: To ask for review of a decision that denies or limits a service.

Copayment: Money a member is asked to pay for a covered health service, when the service is given. (Also called a copay.)

Durable Medical Equipment: Equipment and supplies ordered by a health care provider for a medical reason for repeated use.

Emergency Medical Condition: An illness, injury, symptom or condition (including severe pain) that a reasonable person could expect that not getting medical attention right away would:

- Put the person's health in danger
- Put a pregnant woman's baby in danger
- Cause serious damage to bodily functions
- Cause serious damage to any body organ or body part

Emergency Medical Transportation/Emergency Ambulance Services: Transportation by an ambulance for an emergency condition.

Emergency Room Care: Care you get in an emergency room.

Emergency Services: Services to treat an emergency condition.

Excluded Services: Services that AHCCCS does not cover. Examples are services that are:

- Above a limit,
- Experimental, or
- Not medically needed.

Grievance: A complaint that the member communicates to their health plan. It does not include a complaint for a health plan's decision to deny or limit a request for services.

Habilitation Services and Devices: Services that help a person get and keep skills and functioning for daily living.

Health Insurance: Coverage of costs for health care services.

Home Health Care/Home Health Services: Nursing, home health aide, and therapy services; and medical supplies, equipment, and appliances a member receives at home based on a doctor's order.

Hospice Services: Comfort and support services for a member deemed by a Physician to be in the last stages (six months or less) of life.

Hospital Outpatient Care: Care in a hospital that usually does not require an overnight stay.

Hospitalization: Being admitted to or staying in a hospital.
Medically Necessary: A service given by a doctor, or licensed health practitioner that helps with health problem, stops disease, disability, or extends life.

Network: Physicians, health care providers, suppliers and hospitals that contract with a health plan to give care to members.

Non-Participating Provider/Out-of-Network Provider: A health care provider that has a provider agreement with AHCCCS but does not have a contract with your health plan. You may be responsible for the cost of care for out-of-network providers.

Participating Provider/In-Network Provider: A health care provider that has a contract with your health plan.

Physician Services: Health care services given by a licensed physician.

Plan: See SERVICE PLAN

Preauthorization: See PRIOR AUTHORIZATION

Premium: The monthly amount that a member pays for health insurance. A member may have other costs for care including a deductible, copayments, and coinsurance.

Prescription Drug Coverage: Prescription drugs and medications paid for by your health plan.

Prescription Drugs: Medications ordered by a health care professional and given by a pharmacist.

Primary Care Physician: A doctor who is responsible for managing and treating the member's health.

Primary Care Provider (PCP): A person who is responsible for the management of the member's health care. A PCP may be a:

- Person licensed as an allopathic or osteopathic physician
- Practitioner defined as a physician assistant licensed

- Certified nurse practitioner

Prior Authorization: Approval from a health plan that may be required before you get a service. This is not a promise that the health plan will cover the cost of the service.

Provider: A person or group who has an agreement with AHCCCS to provide services to AHCCCS members.

Rehabilitation Services and Devices/Rehabilitation: Services that help a person restore and keep skills and functioning for daily living that have been lost or impaired.

Service Plan: A written description of covered health services, and other supports which may include:

- Individual goals
- Family support services
- Care coordination
- Plans to help the member better their quality of life

Skilled Nursing Care: Skilled services provided in your home or in a nursing home by licensed nurses or therapists.

Specialist: A doctor who practices a specific area of medicine or focuses on a group of patients.

Urgent Care: Care for an illness, injury, or condition serious enough to seek immediate care, but not serious enough to require emergency room care.

MATERNITY CARE DEFINITIONS

Maternity care: includes identification of pregnancy, prenatal care, labor/delivery services, and postpartum care.

Maternity care coordination: Consists of the following maternity care related activities: determining the member's medical or social needs through a risk assessment evaluation; developing a plan of care designed to address those needs; coordinating referrals of the member to appropriate service providers and community resources; monitoring referrals to ensure the services are received; and revising the plan of care, as appropriate.

Practitioner: This term refers to certified nurse practitioners in midwifery, physician's assistants and other nurse practitioners. Physician's assistances and nurse practitioners are defined in A.R.S. Title 32, Chapters 25 and 15 respectively.

Postpartum: the period beginning on the day of parturition and ends the last day of the month in which the 57th day following parturition occurs.

Postpartum care: Health care provided for a period of up to 57 days post-delivery. Family planning services are included, if provided by a physician or practitioner.

Preconception Counseling: The provision of assistance and guidance aimed at identifying/reducing behavioral and social risks, through preventive and management interventions, in women of reproductive age who are capable of becoming pregnant, regardless of whether she is planning to conceive. This counseling focuses on the early detection and management of risk factors before pregnancy and includes efforts to influence behaviors that can affect a fetus prior to conception. The purpose of preconception counseling is to ensure that a woman is healthy prior to pregnancy. Preconception counseling is considered included in the well woman preventative care visit and does not include genetic testing

Perinatal Services: Medical services for the treatment and management of obstetrical patients and neonates.

Prenatal care: refers to the health care provided during pregnancy and includes: early and on-going risk assessment; health education; medical monitoring, and intervention and follow-up.

High Risk Pregnancy: refers to a pregnancy in which the mother, fetus, or newborn is, or is anticipated to be, at increased risk for morbidity or mortality before or after delivery. High-risk is determined through the use of Medical Insurance Company of Arizona (MICA) or American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) standardized medical risk assessment tools.

Free Standing Birthing Centers: Out-of-hospital, outpatient obstetrical facilities, licensed by the ADHS and certified by the Commission for the Accreditation of Free Standing Birthing Centers. These facilities are staffed by registered nurses to provide assistance with labor and delivery services. They are equipped to manage uncomplicated, low-risk labor and delivery. These facilities shall be affiliated with, and in close proximity to, an acute care hospital for the management of complications, should they arise

Low Birth Weight Infant: A baby weighing 5 lbs. 8 oz. or less is a low-birth weight infant. Women who have a history of a low birth weight babies should contact their OB doctor as soon as they find out that they are pregnant. Early prenatal care is very important. Early care may decrease your risk of having another low birth weight baby.

OB Case Manager: This is a nurse or social worker. An OB case manager assists pregnant members with their health needs before, during and after pregnancy. The OB case manager may also help with referrals to community agencies such as WIC, behavioral health and "Healthy Families."

Obstetrician: This is a doctor who takes care of women while they are pregnant, during delivery and after the baby is born.

Maternal Fetal Medicine Doctor: This is doctor who specializes in treating pregnant women who have high- risk medical conditions during their pregnancy.

Certified Nurse Midwife (CNM): This is a nurse who has special training and is certified by the American College of Nursing Midwives (ACNM) based on specific national certification testing and are licensed to practice in Arizona by the State Board of Nursing. CNMs practice independent management of care for pregnant women and newborns. The level of care provided includes: antepartum, intrapartum, postpartum, gynecological, and newborn care. This care is delivered within a health care system that provides for medical consultation, collaborative management, or referral.

Licensed Midwife: This is an individual licensed by the Arizona Department of Health Services (ADHS). A licensed midwife to provide maternity care pursuant to A.R.S. Title 36, Chapter 6, Article 7 and A.A.C. R9-16 (This provider type does not include certified nurse midwives licensed by the Board of Nursing as a nurse practitioner in midwifery or physician assistants licensed by the Arizona Medical Board).

INTRODUCCIÓN A
HEALTH CHOICE ARIZONA

¡Bienvenido a Health Choice Arizona! Nos complace ofrecerles a usted y a su familia los servicios de atención médica de calidad que necesitan.

Health Choice Arizona es un plan médico de la Autoridad Regional de Salud Conductual.

Brindamos servicios de atención médica a personas que viven en los condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai.

Este Manual de afiliado lo ayudará a comprender su plan médico Health Choice Arizona. Puede obtener información sobre nuestros servicios, cómo recibir atención y con quién hablar si tiene preguntas.

Si desea recibir por correo una copia de este Manual de Afiliado, llámenos. Le enviaremos una copia gratis.

Puede comunicarse con nosotros sin cargo al 1-800-322-8670, TTY: 711. Nuestro equipo de Servicios de Atención al Afiliado siempre está dispuesto a ayudar. Encontrará fácilmente este número de teléfono en la parte inferior de cada página de este manual.

¿Necesita este manual en español? Vea el reverso de este libro para la traducción en español. Si necesita ayuda con traducciones de interpretación, llame a Servicios de Atención al Afiliado al 1-800-322-8670.

¿Quiere saber más acerca de nosotros?

Ingrese en www.HealthChoiceAZ.com para obtener más información y recursos.

Health Choice Arizona es afiliado de Blue Cross Blue Shield of Arizona.

Los servicios cubiertos se financian por contrato con AHCCCS.

Revisado en 9/2020

¿QUÉ ENCONTRARÁ DENTRO DE ESTE MANUAL DE AFILIADO?

Contenido	Página
Obtención de servicios • Servicios para afiliados • Abreviaturas • Números telefónicos importantes **relacionados con el plan** • Atención urgente y fuera del horario laboral • Línea de orientación de enfermería; las 24 horas, los 7 días de la semana • Línea directa para casos de crisis de salud conductual • Cómo acceder a tratamientos por adicción, servicios para trastornos por consumo de sustancias e información sobre opioides • Servicios de interpretación y traducción de idiomas • Health Choice Arizona y Your Care • Tarjetas de identificación de afiliados	5
Responsabilidades de los afiliados • Modificaciones en su información personal • Transición a un nuevo plan médico • Familiares y proceso de planificación del tratamiento • ¿Qué es una emergencia? • Transporte	13
Servicios cubiertos • Beneficios • Atención preventiva para adultos • Servicios adicionales con limitaciones específicas • Servicios no cubiertos • Tabla de beneficios que se excluyen de AHCCCS (adultos mayores de 21 años) • Autorización previa • Servicios de apoyo financiados por subvenciones • Servicios de vivienda • Atención al final de la vida y directivas anticipadas	19
Proveedores • Proveedor de atención primaria (PCP) • Consultas • Derivación y autoderivación a especialistas y otros médicos • Afiliados indios americanos • Libertad de elección	29

Servicios para adultos jóvenes • Programa EPSDT • Servicios oftalmológicos para adultos jóvenes • Vacunas	34
Servicios para el embarazo/de maternidad • Consultas médicas prenatales • Consultas médicas en el puerperio	37
Servicios de planificación familiar • Planificación familiar • Interrupciones de embarazos necesarias por razones médicas • Esterilizaciones	40
Servicios odontológicos • Atención odontológica para adultos • Servicios odontológicos para adultos jóvenes (18,19, 20) • Consultas odontológicas	43
Otros servicios • Servicios del administrador de atención • Servicios de control de enfermedades	46
Medicamentos recetados • Formulario de Health Choice Arizona • ¿Tiene problemas para renovar sus recetas? • Reembolso por medicamentos recetados	47
Servicios de salud conductual cubiertos • Servicios de salud conductual • Proceso de derivación por enfermedades mentales graves • Arizona's Vision para la prestación de servicios de salud conductual • Los doce principios para la prestación de servicios a niños • Nueve principios rectores de los servicios y sistemas de salud conductual orientados a la recuperación para adultos • Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC) • SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS (CRS): ¿Qué es el CRS? • Consejo Defensor de Afiliados	51
Apelaciones • Apelaciones para los afiliados que presentan una enfermedad mental grave • Apelaciones para los afiliados que no presentan una enfermedad mental grave ni son elegibles conforme a los Títulos XIX/XXI • Solicitud de apelación • Apelación acelerada • Aviso de extensión • Uso de un representante	61

Pago de los servicios • Copagos • Personas con copagos opcionales (no obligatorios) • Personas que deben pagar copagos (obligatorios) • Cantidades de copago opcionales (no obligatorios) para algunos servicios médicos • Cantidades de copagos obligatorios para personas que reciben los beneficios de TMA • Límite del 5 % en todos los copagos • Pago de servicios cubiertos por Health Choice Arizona • Pago de servicios no cubiertos por Health Choice Arizona • Otros seguros • Beneficiarios de Medicare • Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) • Plazos de autorización previa para farmacias y servicios médicos	67
Reclamos (Quejas) • Presentación de una queja • Queja de SMI/Solicitud de investigación para los afiliados que presentan una enfermedad mental grave	74
Audiencia estatal imparcial • Derecho del afiliado a solicitar una audiencia estatal imparcial • Qué esperar en la audiencia estatal imparcial • Recibir beneficios continuos • Transferencia de sus servicios médicos a un plan AHCCCS (exclusión voluntaria)	77
Derechos de los afiliados • Su privacidad • Derechos de los afiliados	80
Fraude, despilfarro y abuso	84
Recursos • ¿Quiere dejar de fumar o dejar el hábito de consumir tabaco? • Programas comunitarios • Recursos comunitarios • Acceso a servicios de bajo costo o sin costo • Ayuda para necesidades especiales • Recursos de asesoramiento • Asistencia jurídica	86
Glosario • Terminología de atención administrada • Definiciones de atención de maternidad	93

OBTENCIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS PARA AFILIADOS

Siempre queremos ayudarlo. Nuestro equipo de Servicios para Afiliados puede responder todo tipo de preguntas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 6 a. m. a 6 p. m. (excepto días feriados). Consulte nuestra información de contacto en la parte inferior de cada página par de este manual.

Podemos ayudarlo con muchas preguntas como, por ejemplo:

- ¿Cómo cambio de proveedor?
- ¿Qué es un servicio cubierto?
- ¿Qué farmacias puedo usar?
- ¿Actualmente tengo cobertura?
- ¿Qué debo hacer si me mudo de mi área de servicio?
- ¿Puedo cambiarme a un plan diferente?

También puede obtener ayuda en nuestro sitio web en HealthChoiceAZ.com.

ABREVIATURAS

A continuación, se presentan algunas abreviaturas que verá en este manual y sus significados:

AHCCCS .....Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona
ACC.....Atención Completa AHCCCS
ALTCS .....Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona
AzEIP.....Programa de Intervención Temprana de Arizona
CRS .....Servicios de Rehabilitación para Niños
DDD .....División de Discapacidades del Desarrollo
DES .....Departamento de Seguridad Económica
EPSDT .....Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento
HIPAA .....Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud
PCP .....Proveedor de atención primaria
PPC .....Cobertura del periodo anterior: el afiliado estuvo o está en un periodo de transición con respecto a la cobertura mientras AHCCCS completa el proceso de inscripción
QMB .....Beneficiarios Calificados de Medicare
RBHA .....Autoridad Regional de Salud Conductual
SOBRA .....Sexta Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria
RBHA .....Autoridad Regional de Salud Conductual
TRBHA .....Autoridad Tribal Regional de Salud Conductual
WIC.....Mujeres, Bebés y Niños (programa de nutrición)

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES RELACIONADOS CON EL PLAN

Servicios para afiliados de Health Choice Arizona	Llámenos si necesita ayuda para encontrar un PCP en su área, cambiar su PCP, información de beneficios o para solicitar un Manual de Afiliado.	1-800-322-8670 TTY: 711
Línea de orientación de enfermería; las 24 horas, los 7 días de la semana	Hable con un enfermero para que responda sus preguntas sobre salud y le brinde consejos sobre cómo proceder. El personal de enfermería está disponible para hablar con usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	1-855-458-0622 TTY: 711
Líneas directas para casos de crisis de salud conductual	Hable con un especialista para que lo ayude a usted o a un familiar con una crisis de salud conductual.	1-877-756-4090 TTY: 711
Transporte	Llámenos para programar el traslado a una cita médica.	602-386-3447 TTY: 711
Farmacia/Medicamentos recetados	Llámenos si necesita ayuda para surtir sus medicamentos.	1-800-322-8670 TTY: 711
Tratamiento médico (como servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios y autorización previa)	Llámenos si necesita ayuda para enviar una solicitud de servicios o medicamentos.	1-800-322-8670 TTY: 711

ATENCIÓN URGENTE Y FUERA DEL HORARIO LABORAL

Si tiene preguntas sobre su salud, llame primero a su proveedor. Su proveedor puede responderle muchas preguntas. Incluso si el consultorio de su proveedor está cerrado, puede llamar a su oficina. Su proveedor recibirá su mensaje a través del servicio de contestador. Los fines de semana y días feriados, también.

Quizás no sea inmediato, pero su proveedor le devolverá la llamada. Su proveedor le indicará la forma en que deberá proceder. Desde el consultorio del proveedor podrían indicarle que acuda a

un centro de atención urgente. Puede llamarnos para encontrar un centro de atención urgente o un centro que atienda fuera del horario de atención que le quede cerca. También puede encontrar un centro de atención si consulta nuestro directorio de proveedores. Los directorios de proveedores están disponibles sin costo. Llámenos para que le enviemos uno o puede visitar nuestro sitio web y utilizar nuestra herramienta "Find a doctor" (Encontrar un médico).

Cuándo debe acudir a los servicios de urgencia
Las razones frecuentes para acudir a los servicios de urgencia u obtener servicios fuera del horario de atención incluyen:

- Resfrío común, síntomas de gripe o dolor de garganta.
- Dolor de oídos o de dientes.
- Tensión en la espalda.
- Migrañas.
- Repuestos o solicitudes de recetas.
- Dolor de estómago.
- Cortes o raspaduras profundas.

LÍNEA DE ORIENTACIÓN DE ENFERMERÍA; LAS 24 HORAS, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA
Pueden surgirle preguntas sobre su salud o la de su familia en cualquier momento. Nuestra línea de orientación de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y es gratis.

Cuando llame, un enfermero registrado le responderá sus preguntas de salud y le proporcionará información de salud o lo orientará sobre dónde obtener servicios médicos. El personal de enfermería también puede asesorarlo sobre cómo cuidarse en casa cuando no se sienta bien, sin necesidad de consultar a un PCP.

Puede llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería en cualquier momento, incluidos los fines de semana y los feriados. Llame a la línea de orientación de enfermería al 855-458-0622. Encontrará fácilmente este número de teléfono en la parte inferior de cada página de este Manual de Afiliado.

Cuando llame a la línea de orientación de enfermería, deberá informar su nombre, número de tarjeta de afiliado y síntomas. La línea de orientación de enfermería, que atiende las 24 horas, estará disponible cuando necesite asesoramiento médico.

LÍNEA DIRECTA PARA CASOS DE CRISIS DE SALUD CONDUCTUAL
Si tiene una crisis emocional o conoce a una persona con riesgo de sufrir daños físicos, hacerse daño a sí misma o a otra persona, llame a nuestra línea directa para casos de crisis de salud

conductual al 1-877-756-4090 de inmediato. A continuación, se detallan algunas señales de advertencia:

- Desesperación: sensación de que no hay salida.
- Ansiedad, agitación, insomnio, cambios de humor.
- Sentir que no hay razón para vivir.
- Furia o enojo.
- Participar en actividades riesgosas sin pensar.
- Aumento del consumo de alcohol o drogas.
- Apartarse de familiares y amigos.

Llame al 911 si:

- Le preocupa dañarse o lastimarse a usted mismo o lastimar a otra persona.
- Piensa en suicidarse o busca formas de quitarse la vida.
- Habla sobre la muerte, sobre morirse o suicidarse.
- Usted u otra persona han sufrido una sobredosis.

Puede obtener servicios para casos de crisis, incluso si no es elegible para el Título 19/21 (por ejemplo, si no es elegible para AHCCCS) o si se determina que tiene una enfermedad mental grave. La línea para casos de crisis conecta a las personas en crisis y a sus familiares y amigos con información y profesionales médicos atentos y calificados. La línea para casos de crisis es completamente confidencial y está disponible para cualquier persona que necesite ayuda independientemente del seguro que tenga. Los servicios para casos de crisis incluyen:

- Servicios telefónicos de intervención en casos de crisis, incluso un número gratuito, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Servicios móviles de intervención en casos de crisis, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Servicios de observación/estabilización de crisis las 24 horas, incluidos servicios de desintoxicación; según lo permitan los fondos, hasta 72 horas de estabilización de crisis adicionales; y servicios de crisis relacionados con el consumo de sustancias, que incluyen servicios de seguimiento para la estabilización.

Línea directa para casos de crisis de salud conductual de Health Choice Arizona: 1-877-756-4090

CRISIS HOTLINES	**NÚMERO DE TELÉFONO**
Health Choice Arizona Behavioral Health Crisis Hotline	1-877-756-4090
NAZCARE Warm Line (Apoyo de pares)	(888)-404-5530, 5:00 p.m. – 10:30 p.m.
Veterans Crisis	1-800-273-8255 (presione 1) o Texto 838255
Teen Lifeline	800-248-8336 (TEEN) O Texto 602-248-8336 (TEEN), 3:00 p.m. – 9:00 p.m.

CÓMO ACCEDER A TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN, SERVICIOS PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS E INFORMACIÓN SOBRE OPIOIDES

La prestación de servicios para ayudarlo a dejar el alcohol, las drogas o los juegos de azar es gratis. Recibir tratamiento puede ayudarle a cambiar sus pensamientos, sentimientos y acciones.

También tenemos servicios disponibles para personas que tienen problemas con el consumo de opioides. El tratamiento se presta en múltiples ubicaciones, incluidos lugares de inducción, instalaciones para pacientes ambulatorios e instalaciones de hospitalario y residencial . El tratamiento de opioides se proporciona gratis. Health Choice se ha asociado con Axial Healthcare para brindar apoyo entre pares, así como apoyo en la administración de la atención para ayudarlo a mantenerse bien.

Si necesita ayuda, un especialista en salud conductual de Health Choice puede ayudarle con órdenes médicas y citas. Llame a nuestro equipo de servicios para afiliados y solicite un administrador de atención de salud conductual.

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN Y TRADUCCIÓN DE IDIOMAS

Sabemos que puede ser difícil entender su atención si el inglés no es su idioma nativo o si tiene problemas para escuchar. Nosotros le ofrecemos estos servicios gratis. Queremos ayudarlo. Llámenos si necesita:

- Servicios de idiomas. Cuando llame, háganos saber si necesita un intérprete; lo contactaremos con uno.
- Servicios de audición. Puede llamar a los Servicios de Retransmisión de Arizona al 711. La retransmisión telefónica, o TTY/TDD, es un servicio público gratuito.
- Para servicios de lenguaje de señas en persona o servicios de interpretación en persona, contacte a su proveedor y hágales saber lo que necesita antes de su cita. Llame al 800-322-8670 al menos cuatro (4) días antes de su cita.
- Cualquier parte de nuestra información impresa en otro idioma o en un formato diferente, como letra grande o audio. Le enviaremos la información que necesita gratis.

Encontrar a un proveedor que hable su idioma y se adapte a sus discapacidades físicas

Nuestro directorio de proveedores muestra otros idiomas que hablan nuestros proveedores. Tiene un índice de proveedores por idioma. Nuestro directorio de proveedores se encuentra en nuestro sitio web. Puede buscar en el directorio de proveedores en línea por idioma. Si desea obtener una copia impresa del directorio, llámenos y le enviaremos una gratis.

Si necesita un proveedor que brinde adaptaciones por discapacidades físicas, puede llamarnos al 800-322-8670 y lo ayudaremos a encontrar un proveedor que satisfaga sus necesidades.

Si necesita un intérprete durante su cita, puede pedirle a su proveedor que le ofrezca un intérprete que se adapte a sus necesidades. Su proveedor debe ofrecer estos servicios.

Intérpretes de lenguaje de señas y asistencia auxiliar
Si es sordo o tiene problemas de audición, puede pedirle a su proveedor que le ofrezca asistencia auxiliar o que programe los servicios de un intérprete de lenguaje de señas estadounidense para satisfacer sus necesidades. Su proveedor debe ofrecer estos servicios.

Las asistencias auxiliares incluyen transcripciones por computadora, materiales con letra grande, materiales escritos, dispositivos o sistemas de asistencia auditiva, subtítulos cerrados y abiertos, y otros métodos eficaces para que las personas con dificultades auditivas puedan recibir los materiales que se brinden por vía auditiva.

Los intérpretes de lenguaje de señas estadounidense son profesionales certificados que brindan interpretación, generalmente, en lenguaje de señas estadounidense, a las personas hipoacúsicas. Para consultar una lista de intérpretes de lenguaje de señas y las leyes sobre la profesión de intérpretes en el estado de Arizona, visite la página de Arizona Commission for the Deaf and Hard of Hearing (Comisión de Arizona para Sordos y Personas con Dificultades Auditivas) en www.acdhh.org o llame al (602) 542-3323 (V); (602) 364-0990 (TTY); 800-352-8161 (V/TTY); (480) 559-9441 (teléfono de video).

Consulta con un proveedor fuera de la red
Health Choice Arizona tiene una amplia red de proveedores que se adaptan a sus necesidades. Esos proveedores pueden identificarse llamando a servicios para afiliados o buscando en nuestro sitio web. En caso de que deba recibir atención de un proveedor no contratado, llámenos directamente o trabaje con su PCP para encontrar una alternativa con contrato. En una emergencia, busque atención médica de inmediato, independientemente de si el proveedor está dentro de la red contratada o no.

HEALTH CHOICE ARIZONA Y YOUR CARE
Health Choice Arizona brinda atención médica a personas en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés). Este es el programa Medicaid de Arizona. Esto significa que tenemos un contrato con el estado de Arizona para prestar servicios cubiertos por Medicaid.

Health Choice Arizona brinda atención médica y servicios de salud conductual a los afiliados elegibles que viven en los siguientes condados:

Centro de Arizona	Norte de Arizona	
• Maricopa	• Coconino	• Mohave
• Gila	• Apache	• Yavapai
• Pinal	• Navajo	

Health Choice es la Autoridad Regional de Salud Mental (RBHA) únicamente en el norte de

Arizona y no proporciona servicios de RBHA en el centro de Arizona.

Health Choice Arizona es un plan de atención administrada. Esto significa que brindamos atención médica a nuestros afiliados a través de un grupo seleccionado de proveedores, hospitales y farmacias. Usted y su proveedor cumplen una función importante en su plan de atención administrada. Su PCP actuará como el "encargado al acceso" de su atención médica. Esto significa que usted trabajará junto con su PCP para abordar sus necesidades de atención médica. Su PCP le hablará sobre sus necesidades de atención médica. Le ayudará a determinar si necesita ver a un especialista o si necesita atención adicional. Su PCP y su institución de salud integral trabajarán con Health Choice para encontrar el mejor proveedor disponible para usted.

Todos los miembros de Health Choice están asignados a un "hogar de salud integrado" donde puede obtener servicios de salud conductual.

Algunos hogares de salud integrados también tienen proveedores de atención primaria para que pueda recibir toda su salud física y conductual en un solo lugar. Puede cambiarse a un nuevo hogar de salud integrado en cualquier momento.

Su PCP y su institución de salud integral:

- Serán los primeros a los que acudirá para recibir atención.
- Autorizarán sus servicios de salud física y conductual que no sean de emergencia, si es necesario.
- Lo derivarán a un especialista cuando sea necesario.

Ser afiliado de Health Choice Arizona significa que:

1. Reúne los requisitos para recibir los servicios de Medicaid (y es elegible para elegir Health Choice Arizona como su plan médico de Medicaid).
2. Vive en nuestra área de servicio (uno de los condados donde prestamos servicios).

Nuestra misión es mejorar la salud de nuestros afiliados. Brindamos un servicio de atención al cliente excepcional y una atención culturalmente competente a través de:

- Nuestro equipo compasivo de Servicios para Afiliados.
- El trabajo conjunto con los proveedores que lo ayudan a obtener la atención que necesita.
- Conciencia cultural, servicios de idiomas y servicios especiales.
- Programas para ayudarlo a usted y a su familia a mantenerse sanos.

Si tiene preguntas, llámenos. Siempre queremos ayudarlo.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADOS

Esté atento a la llegada por correo de la tarjeta de identificación de afiliado. Cada familiar

inscrito en Health Choice Arizona tendrá una tarjeta. Las tarjetas son únicas para usted y tendrán su número de identificación de afiliado. Verifique su tarjeta de identificación. Asegúrese de que toda su información sea correcta. Si la información no es correcta, llámenos.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de afiliado para obtener servicios de salud física y conductual. También debe mostrar su tarjeta de identificación para obtener medicamentos recetados. Lleve su tarjeta cuando vaya a su proveedor o farmacia.



Este es un ejemplo del frente de una tarjeta de identificación de Health Choice Arizona.

Cuide su tarjeta de identificación de afiliado:

- Usted es responsable de cuidar su tarjeta de identificación de afiliado.
- Procure tener su tarjeta con usted en todo momento. No deseche su tarjeta.
- Nunca permita que otra persona use su tarjeta.
- El uso indebido de su tarjeta al venderla, prestarla o entregarla a otra persona podrá provocar la pérdida de sus beneficios de AHCCCS. También puede dar lugar a acciones legales.
- Si pierde su tarjeta, llámenos. Le ayudaremos a obtener una nueva.

Es importante que conserve su tarjeta de identificación y no la deseche.

NOTA: si tiene una licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el estado, AHCCCS obtendrá su fotografía de la División de Vehículos Motorizados (MVD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Transporte de Arizona. Cuando los proveedores busquen información de AHCCCS, verán su fotografía (si está disponible) con los detalles de su cobertura.

RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Como afiliado de Health Choice Arizona, usted tiene es responsable de:

- Cuidar su tarjeta de identificación de afiliado en todo momento. Mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir servicios. No desechar la tarjeta.
- Conocer el nombre de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Este es el proveedor que se le asigna. Infórmele sus antecedentes de salud. Asegúrese de incluir cualquier problema o inquietud médica. Esto lo ayudará a obtener la mejor atención posible.
- Siga las instrucciones y el plan de tratamiento de su proveedor. Esto incluye:
  - Tomar todos los medicamentos según las indicaciones de su proveedor.
  - Conversar con su proveedor sobre su atención médica.
- Usar el servicio de urgencias del hospital solo para verdaderas emergencias. Acudir a ver a su proveedor o a los centros de atención de urgencia para recibir cualquier otro tipo de atención.
- Agendar las consultas de atención médica durante los horarios de atención, siempre que sea posible. Trate de atenderse con su médico para recibir atención de rutina.
- Llegar a sus consultas a horario. Avisar al proveedor con anticipación si no puede presentarse a la consulta. Llegar temprano al consultorio si es la primera vez que el médico lo atiende.
- Si necesita transporte para ir a la consulta, llamar al 602-386-2447 con al menos tres (3) días de anticipación.
- Llevar los registros de vacunación de sus hijos a cada consulta. Esto incluye a todos los afiliados menores de 18 años de edad.
- Si no puede acudir a la consulta con el proveedor, llamar al consultorio con al menos un (1) día de anticipación. Recordar cancelar el transporte.
- Informar a AHCCCS si su información personal sufre alguna modificación, como en la dirección o la cantidad de miembros que componen el grupo familiar.
- Informar a Health Choice o a la oficina del Inspector General (OIG) de AHCCCS si sospecha de fraude o abuso por parte de un proveedor, afiliados u otra persona. Para denunciar un fraude a la OIG, llame al 602-417-4193.
- Informar a AHCCCS si obtiene un nuevo plan de seguro médico (seguro primario) o si cancela un plan de seguro médico que le brindaba cobertura cuando se inscribió en AHCCCS.
- Tratar al personal y a los proveedores de Health Choice con respeto. Ejemplos de comportamientos apropiados e inapropiados incluyen:
- • Comportamientos apropiados:
- • Llegar a su cita programada según las indicaciones del personal de los proveedores
- • Seguir los pasos recomendados para mejorar su salud y bienestar.
- • Brindarle a su proveedor todos los datos relevantes y no omitir elementos que puedan afectar su plan de tratamiento, es decir: uso de drogas y alcohol, otros medicamentos, arreglos de vivienda, etc.

- • Comportamientos inapropiados:
- • No tratar al personal del plan de salud o del proveedor con respeto y dignidad.
- • No presentarse a las citas programadas
- • Usar el Departamento de Emergencias para cuidados que no ponen en peligro la vida

MODIFICACIONES EN SU INFORMACIÓN PERSONAL

¿Sufrió algún cambio últimamente? Infórmenos a nosotros y a AHCCCS para que tengamos la información correcta. Llame a nuestro equipo de Servicios para Afiliados si desea informarnos alguno de estos cambios:

- Dirección.
- Adopción.
- Nacimiento o fallecimiento en la familia.
- Tutela.
- Matrimonio o divorcio.
- Mudanza de estado o país.
- Número de teléfono.

¿Qué sucede si me mudo?

Si se muda a otro condado en Arizona, fuera del estado o fuera del país, debe llamar a AHCCCS para notificar sobre el cambio.

Si necesita actualizar su domicilio o dirección postal, puede hacer este cambio en línea. Ingrese en www.healthearizonaplus.gov; luego, inicie sesión o regístrese para obtener una cuenta a fin de cambiar su dirección.

Cómo informar a AHCCCS sus modificaciones

Para informarle a AHCCCS sobre los cambios en su familia, comuníquese con la oficina donde solicitó AHCCCS por primera vez:

- DES (602-542-9935 u 800-352-8401 fuera del condado de Maricopa) o ingrese en www.azlinks.gov.
- KidsCare (602-417-5437 u 877-764-5437 fuera del condado de Maricopa).
- SSI MAO (602-417-5010 u 800-528-0142 fuera del condado de Maricopa).
- Administración del Seguro Social (800-772-1213).

TRANSICIÓN A UN NUEVO PLAN MÉDICO

Si cambia de plan médico, nos aseguraremos de que su nuevo plan tenga información sobre los servicios que necesita y sobre su tratamiento anterior. También ayudaremos a su nuevo plan médico a obtener los servicios que usted necesita para que no sufra una interrupción en la atención o los medicamentos. Un coordinador de transición de Health Choice organizará las actividades de transición para garantizar la continuidad de la atención y el acceso continuo a los servicios y que el nuevo plan satisfaga todas sus necesidades.

Los ejemplos de transición de planes médicos pueden incluir:

- Cambio desde otro plan médico de AHCCCS a Health Choice Arizona.
- Cambio desde Health Choice a otro plan médico de AHCCCS.
- Cambio de un plan con pagos por servicio (FFS, por sus siglas en inglés) a Health Choice Arizona.

Si tiene preguntas sobre el plan médico que tiene asignado, llame a Servicios para Afiliados para obtener ayuda.

FAMILIARES Y PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Health Choice Arizona reconoce y respeta que las familias son importantes. Queremos brindar atención centrada en la familia. Esto significa que usted puede incluir a su familia en las decisiones que tome. Esto puede incluir:

- Ayudarlo a que tome decisiones sobre su atención médica física y conductual.
- Brindarles a usted y a su familia servicios de apoyo.
- Ser parte de su equipo clínico.
- Involucrar a su familia durante las etapas finales de la enfermedad.

Solo analizaremos la atención con su familia si usted nos da permiso. Esto se puede hacer contactando a Servicios para Afiliados.

¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA?

Es cuando se tiene una afección grave y se está en peligro de sufrir una lesión duradera o de perder la vida si no se recibe ayuda de inmediato.

Si tiene una emergencia, llame al 911 de inmediato.

Las emergencias pueden incluir:

- Envenenamiento.
- Sobredosis.
- Lesiones que ponen en riesgo su vida.
- Quemaduras graves.
- Fuertes dolores de pecho.
- Embarazos con sangrado o dolor.
- Hemorragia.
- Pérdida de conocimiento.
- Pérdida repentina de la movilidad o el habla.
- Dificultad para respirar.

La mayoría de las enfermedades no son emergencias y se pueden tratar en el consultorio de

su proveedor. También puede recibir tratamiento en un centro de atención de urgencias.

Debe acudir a un centro de atención de urgencias si se le presentan las siguientes situaciones:

- Resfrío común, síntomas de gripe o dolor de garganta.
- Dolor de oídos o de dientes.
- Tensión en la espalda.
- Migrañas.
- Repuestos o solicitudes de recetas.
- Dolor de estómago.
- Cortes o raspaduras.

Consejos sobre emergencias

- Acuda al servicio de urgencias solo cuando tenga una emergencia.
- Si está enfermo, pero no es una emergencia, llame a su proveedor.
- Si no está seguro de que su problema sea una emergencia real, llame a su proveedor para que lo asesore.
- También puede llamar a la línea de orientación de enfermería de Health Choice Arizona al 855-458-0622, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Qué hacer ante una emergencia

Cuando tenga una emergencia real, llame al 911 o acuda al servicio de urgencias más cercano. Puede acudir a cualquier hospital o atenderse con cualquier proveedor de emergencias para estos servicios.

No necesita aprobación ni derivación previa. No es necesario que el hospital o el proveedor de servicios de emergencias pertenezca a nuestra red. Recibirá servicios de emergencia hasta que se lo estabilice y se le dé el alta del servicio de urgencias o hasta que se lo admita en un hospital.

TRANSPORTE

Transporte de emergencia

Si tiene una emergencia real, llame al 911 de inmediato. Cubrimos el transporte de emergencia.

Transporte que no pertenezca a casos de emergencia

Si necesita ayuda para llegar a una consulta de atención médica cubierta, podemos ayudarlo. Antes de llamar, consulte si un familiar, amigo o vecino puede llevarlo. Si no pueden, llámenos tan pronto como agende la consulta para programar un viaje. Cubriremos viajes a consultas que sean necesarias por razones médicas y que estén cubiertas por nosotros. Asegúrese de llamarnos para verificar si su consulta califica. Debe llamar tres (3) días antes de la consulta. **Si llama el mismo día, es probable que no nos sea posible organizar un viaje a horario, a menos que se trate de una urgencia. Es posible que deba reprogramar su consulta.**

A continuación, se informa cómo solicitar un viaje:

- Llame al: 602-386-3447

Cuando llame, tenga a mano la siguiente información:

- La hora y la fecha de su consulta (si tiene más de una en una semana, intente programarlas para el mismo día).
- Su dirección de recogida y el número de teléfono correcto
- El nombre, la dirección y el número de teléfono del consultorio al que debe ir
- Infórmenos si tiene necesidades especiales como, por ejemplo, si necesita ayuda con una silla de ruedas, una camilla o un tanque de oxígeno.

Prepárese para el viaje:

- Podrían recogerlo al menos una hora antes de su consulta.
- Si debe viajar una distancia larga, probablemente lo recojan más de una hora antes de su consulta. Esto es para garantizar que llegue a tiempo.
- Si necesita transporte a su casa después de la consulta, es posible que deba esperar hasta una hora para que lo recojan.
- Si necesita cancelar su consulta, llámenos.

Más consejos sobre transporte

- Solo puede obtener transporte para servicios necesarios por razones médicas. Los servicios deben estar cubiertos por su plan médico. Estos incluyen servicios de salud conductual.
- El transporte no se proporciona para gestiones personales, como compras, citas de peluquería o compra de comida.
- El transporte debe ser para llegar hasta un proveedor de Health Choice Arizona, como su proveedor, farmacia o laboratorio.
- Podemos proporcionar transporte a grupos locales de apoyo de la comunidad, como Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI, por sus siglas en inglés).
- Si desea transporte para una consulta con un proveedor que no está en nuestra red, debe obtener aprobación previa. Esto también se llama “autorización previa”. Llámenos si necesita aprobación previa.
- Si un amigo o familiar que no vive con usted lo lleva en su automóvil a una consulta, es posible que le reembolsemos el dinero. La consulta debe ser para un servicio cubierto. Llámenos para obtener más información.
- Los afiliados o los pasajeros menores de 5 años deben tener su propio asiento de seguridad adecuado. Los afiliados o los pasajeros deben cumplir las leyes en cuanto a asientos de seguridad de Arizona y deben proporcionar su propio asiento de seguridad.

- Los miembros menores de 16 años deben estar acompañados por un adulto para todos los transportes.
- A veces podrá viajar con otros afiliados a su consulta. Un solo pasajero adicional o cuidador puede acompañar al afiliado a la consulta.
- Un conductor puede recoger y entregar los medicamentos de rutina que no sean narcóticos en el domicilio registrado del afiliado.
- Solo puede obtener transporte que no sea de emergencia al servicio de urgencias si su médico nos llama para coordinarlo.

SERVICIOS CUBIERTOS

Queremos ayudarlo a obtener la atención que necesita. Health Choice Arizona proporciona todos los servicios cubiertos por AHCCCS. Solo pagaremos los servicios cubiertos. Todos los servicios deben ser necesarios por razones médicas. Un proveedor que forme parte de la red Health Choice Arizona debe ofrecer servicios cubiertos si están disponibles. Su PCP y centro de salud integral domiciliario pueden ayudarlo a obtener los servicios cubiertos que necesita en su área. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios cubiertos, consulte a su PCP, a su centro de salud integral o llame a Servicios para Afiliados. Si no puede ubicar a un proveedor de Health Choice Arizona que pueda proporcionar un servicio cubierto en su área, desde Servicios para Afiliados lo ayudarán a encontrar un proveedor. La siguiente es una lista de servicios cubiertos:

BENEFICIOS

Como afiliado de Health Choice, usted puede recibir los siguientes beneficios de atención médica:

- Servicios de salud conductual, incluidos servicios de hospitalización, ambulatorios, de asesoramiento y desintoxicación (para más servicios de salud conductual cubiertos, vea la página 51).
- Reconstrucción mamaria después de una mastectomía.
- Quimioterapia y radiación.
- Servicios odontológicos de emergencia (vea la página 44).
- Pruebas de diabetes e insumos para las pruebas.
- Diálisis.
- Consultas en consultorio médico y servicios (su PCP y especialistas).
- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) e insumos.
- Servicios de emergencia para problemas médicos que ponen en riesgo la vida.
- Atención al final de la vida (incluye directivas anticipadas).
- Servicios de planificación familiar (anticonceptivos y asesoramiento de planificación familiar).
- Evaluación de pérdida auditiva.
- Servicios de terapia y asesoramiento sobre VIH/SIDA.
- Servicios domiciliarios.
- Servicios de cuidados paliativos.
- Servicios hospitalarios (hospitalización, consulta externa y observación).
- Vacunas.
- Se puede proporcionar ropa interior para incontinencia a afiliados mayores de 21 años.
- Terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia para pacientes hospitalizados.
- Fisioterapia ambulatoria y terapia ocupacional (cuando sean necesarias por razones médicas).
- Bombas de insulina.
- Servicios de laboratorio y radiología.
- Podología.
- Atención en el embarazo.

- Transporte para servicios necesarios por razones médicas.
- Evaluaciones nutricionales, alimentos medicinales.
- Servicios de cirugía ambulatoria.
- Medicamentos recetados (no se cubren si tiene Medicare).
- Exámenes y estudios preventivos (Papanicolaou, mamografías, colonoscopias).
- Servicios respiratorios.
- Ayuda para abandonar el consumo de tabaco.
- Trasplantes (órganos y tejidos) aprobados por AHCCCS.
- Servicios de atención de urgencia.
- Servicios para mujeres sanas

Esta lista no incluye todos los servicios posibles. Puede ver una lista más grande en https://www.azahcccs.gov/Members/ProgramsAndCoveredServices/. Si tiene preguntas, llámenos. Siempre queremos ayudarlo.

ATENCIÓN PREVENTIVA PARA ADULTOS

Además de las consultas de bienestar, Health Choice Arizona ofrece exámenes médicos de rutina para hombres y mujeres.

Los estudios para las mujeres incluyen:

- Mamografía anual.
- Papanicolaou (también llamado Pap).
- Colonoscopía.
- Detección de clamidia.
- Densitometría.
- Detección de violencia interpersonal y doméstica.

Los estudios para los hombres incluyen:

- Detección del cáncer de próstata.
- Colonoscopía.

Las consultas de bienestar (estudios de bienestar) tales como, entre otros, exámenes de bienestar de la mujer, de mama y de próstata, se cubren a partir de los 21 años. La mayoría de las consultas de bienestar (también llamadas chequeo o exploración física) incluyen antecedentes médicos, examen físico, exámenes de detección, asesoramiento médico y vacunas necesarias por razones médicas. Las visitas de EPSDT para miembros menores de 21 años se consideran lo mismo que una visita de rutina.

Queremos ayudarlo a realizarse los estudios que necesite. Para obtener más información, consulte a su proveedor o al Servicios para Afiliados.

SERVICIOS CUBIERTOS PARA AFILIADOS MENORES DE 21 AÑOS

Los afiliados menores de 21 años pueden recibir los siguientes beneficios:

- Quiropraxia.
- Atención odontológica (preventiva, de rutina y de emergencia).
- Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)/consultas y evaluaciones de bienestar infantil
- Vacunas para niños menores de 21 años.
- Exámenes de audición y audífonos.
- Ropa interior para incontinencia (problemas de vejiga).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Dispositivos ortopédicos (cuando los recete el proveedor de atención primaria, el médico adjunto o médico general).
- Exámenes de la vista y gafas.
- Derivaciones para nutrición/dietista cuando las proporcione un médico.
- Servicios de rehabilitación para niños con afecciones que califiquen.

SERVICIOS ADICIONALES CON LIMITACIONES ESPECÍFICAS

Servicios comunitarios y en el hogar	En lugar de una residencia para ancianos y convalecientes.
Residencia para ancianos y convalecientes	Hasta 90 días por año de contrato (1 de octubre al 30 de septiembre).
Artículos de cuidado personal	Para tratar una afección.
Atención de la vista	Afecciones oftalmológicas. Exámenes de la vista y gafas para niños menores de 21 años. Gafas para adultos después de una cirugía de cataratas.
Dispositivos ortopédicos	Para afiliados mayores de 21 años: Health Choice Arizona cubre dispositivos ortopédicos para los afiliados mayores de 21 años cuando: • Sean necesarios por razones médicas, como tratamientos preferidos de acuerdo con las pautas de Medicare, Y • Cuesten menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma afección, Y • Los indique un médico o un médico de atención primaria (enfermero de práctica avanzada o auxiliar médico).

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Health Choice Arizona no cubre los siguientes servicios médicos:

- Interrupción del embarazo y asistencia psicológica (a menos que el proveedor nos informe que la vida de la madre está en peligro o que el embarazo se debe a una violación o un incesto, o que la interrupción es necesaria por razones médicas).
- Cirugía estética (como aumento o reducción de senos).
- Procedimientos o tratamientos experimentales con fines de investigación.
- Servicios para la esterilidad (para ayudar a una persona a tener hijos).
- Reversión de cualquier método anticonceptivo permanente.
- Circuncisiones de rutina.
- Servicios para los que se necesite autorización previa que no se autorizaron, incluidos ciertos medicamentos.
- Operaciones de reasignación de género (cambio de sexo).
- Trastornos de la ATM, excepto cuando se deba a un traumatismo reciente.
- Tratamiento para corregir los dientes (cuidado de la salud bucal, ortodoncia).
- Inmunoterapia para adultos.
- Marihuana medicinal.
- Implantes de pene y dispositivos de vacío.
- Servicios que no sean necesarios por razones médicas.
- Servicios que acordó pagar usted mismo.
- Servicios de un proveedor que no esté incluido en la red Health Choice Arizona, a menos que lo aprobemos.
- Servicios prestados en un centro para el tratamiento de la tuberculosis.

Además, AHCCCS no cubre ciertos tipos de atención médica para afiliados mayores de 21 años.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés), cubriremos su deducible y coseguro de Medicare por estos servicios.

TABLA DE BENEFICIOS QUE SE EXCLUYEN DE AHCCCS (ADULTOS MAYORES DE 21 AÑOS)

BENEFICIO/SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	EXCLUSIONES O LIMITACIONES DEL SERVICIO
Audífono con anclaje óseo	Se coloca un audífono en el hueso cerca del oído mediante cirugía para transportar el sonido.	AHCCCS no cubre audífonos con anclaje óseo (BAHA, por sus siglas en inglés). AHCCCS pagará los insumos, el mantenimiento del audífono y la reparación de cualquier pieza.
Implante coclear	Dispositivo pequeño que se coloca en el oído mediante cirugía para ayudar a la persona a escuchar mejor.	AHCCCS no cubre los implantes cocleares. AHCCCS pagará los insumos, el mantenimiento del implante y la reparación de cualquier pieza.
Articulación/prótesis controlada por microprocesador de extremidades inferiores	Dispositivo que reemplaza una parte faltante del cuerpo y usa una computadora para ayudar a mover las articulaciones.	AHCCCS no cubre las prótesis de miembros inferiores (piernas, rodillas o pies) con microprocesador (chip de computadora) para control de articulaciones.
BENEFICIO/SERVICIO	**DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**	**EXCLUSIONES O LIMITACIONES DEL SERVICIO**
Atención de relevo	Servicios a corto plazo o continuos para descanso temporal de cuidadores.	La cantidad de horas de relevo disponibles para adultos y niños conforme los beneficios de ALTCS o servicios de salud conductual es de 600 en un periodo de 12 meses. Los 12 meses se extenderán del 1 de octubre al 30 de septiembre del siguiente año.
Fisioterapia y terapia ocupacional	Ejercicios que enseña o proporciona un fisioterapeuta para fortalecer o ayudar a mejorar el movimiento.	Las consultas de fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios se limitan a 15 consultas de rehabilitación y 15 de recuperación de las habilidades por año de contrato (1 de octubre al 30 de septiembre). Si tiene Medicare, llámenos para averiguar cómo se contabilizarán las consultas.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Algunos servicios necesitan aprobación previa para que AHCCCS o Health Choice Arizona puedan pagarlos. Esto se llama autorización previa.

La siguiente lista muestra algunos de los servicios que requieren aprobación previa:

- Hospitalizaciones y estadías ambulatorias (no de emergencia)
- Cirugías.
- Algunos procedimientos que se realizan en consultorio.
- Ciertos estudios radiográficos y de laboratorio.
- Atención médica domiciliaria.
- Equipos médicos duraderos e insumos.
- Atención a largo plazo (como residencias para ancianos y convalecientes u hospitales para rehabilitación).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Ciertos medicamentos recetados.
- Interrupciones de embarazos porque la vida de la madre está en peligro o el embarazo se debe a una violación o un incesto, o si la interrupción es necesaria por razones médicas (no se requiere autorización previa si se determina que los servicios son de urgencia).
- AzEIP (Programa de Intervención Temprana de Arizona) cuando se cumplen los criterios.

Para obtener una lista de todos los servicios que requieren aprobación previa, visite nuestro sitio web en HealthChoiceAZ.com.

Antes de prestarle cualquiera de estos servicios, su proveedor debe obtener la aprobación de Health Choice Arizona. Consulte con su proveedor si ya recibió la aprobación previa. En general, tomamos una determinación dentro de los 14 días corridos posteriores a la recepción de la solicitud. Si tiene un problema de salud grave y potencialmente mortal, su proveedor puede solicitarnos que tomemos la determinación más rápidamente. En este caso, su proveedor puede enviarnos una solicitud de aprobación dentro de las 72 horas. Respecto de las recetas, se toma la determinación dentro de las 72 horas.

Le informaremos a su proveedor tan pronto como tomemos la determinación. Si la solicitud no se aprueba, se le enviará una carta. La carta se llama “Aviso de determinación adversa de beneficios”. La carta explicará los motivos por los cuales no aprobamos la solicitud. En la carta se le explicará cómo presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación. Consulte la página 61 para obtener información sobre cómo presentar una apelación. Si desea saber cómo tomamos una decisión, puede contactarnos. También podemos brindarle información sobre los criterios para una decisión de aprobación previa. Llámenos, estamos para ayudarlo siempre.

SERVICIOS DE APOYO FINANCIADOS POR SUBVENCIONES

Las poblaciones especiales incluyen grupos de personas que son elegibles para recibir servicios financiados por subvenciones federales en bloque. Estas subvenciones federales incluyen la Subvención en Bloque para el Abuso de Sustancias (SABG, por sus siglas en inglés) y la Subvención en Bloque para Salud Mental (MHBG, por sus siglas en inglés). Los fondos de las

subvenciones en bloque SABG se usan para tratamiento y servicios de apoyo de recuperación a largo plazo para las siguientes personas, en orden de prioridad:

- mujeres/adolescentes embarazadas que se inyectan drogas;
- mujeres/adolescentes embarazadas que consumen sustancias;
- otras personas que se inyectan drogas;
- mujeres y adolescentes que consumen sustancias con hijos y familia a cargo, incluidas mujeres que intentan recuperar la custodia de sus hijos; y
- *si hay fondos disponibles:* todas las demás personas con un trastorno por consumo de sustancias, independientemente del género o la forma de uso.

La subvención en bloque MHBG proporciona fondos para establecer o expandir servicios de la comunidad de salud mental reembolsables que no se incluyen en los Títulos 19/21 para niños con trastornos emocionales graves (SED, por sus siglas en inglés) y adultos con enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés).

SERVICIOS DE VIVIENDA

A través de nuestra red de hogares para la salud integrados y otros proveedores, Health Choice Arizona proporciona servicios de acceso a viviendas para que usted pueda acceder a opciones seguras, estables y asequibles. Los servicios de vivienda subvencionados pueden ayudar con los pagos de alquiler, gas y electricidad. También ayudan a evitar desalojos. A las personas elegibles conforme los Títulos 19/21 y a las personas que no sean elegibles, pero que se determine que tienen SMI y reciben servicios de vivienda en instalaciones residenciales, se les podrá solicitar que ayuden a pagar el costo de vivienda.

Si puede vivir de forma independiente (ya sea solo o con poca ayuda), contamos con una serie de programas para respaldarlo. Estos programas pueden incluir programas de subsidio de alquiler, programas de vivienda subvencionados, asistencia para vivienda con subsidio puente mientras se obtienen fondos federales. Otras opciones pueden incluir casas y complejos de departamentos de propiedad o arrendados que combinan servicios de vivienda con otros servicios cubiertos de salud conductual. También tenemos programas de vivienda que incluyen programas de subsidio de alquiler, reparaciones de viviendas ocupadas por el propietario, asistencia para mudanzas y programas de prevención de desalojo junto con servicios de vivienda subvencionados necesarios para mantener una vida independiente.

Comuníquese con su equipo clínico o con nuestro Servicio para Afiliados para obtener más información sobre ayuda y servicios para viviendas subvencionadas.

ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA Y DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Es importante planificar qué tipo de atención le gustaría recibir si actualmente sufre un deterioro de la salud debido a la edad o a una enfermedad crónica, compleja o terminal o si

prevé que eso suceda. Este tipo de planificación se llama Planificación de Atención Anticipada. Puede trabajar con su proveedor o familiares para elaborar un plan por escrito que se llama "directiva anticipada". Tiene derecho a elaborar directivas anticipadas.

Usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre su salud. Puede suceder que esté muy enfermo para tomar una decisión acerca de su propia atención médica. Es mejor planificar sus deseos por adelantado. A esto se lo denomina "Directivas anticipadas".

Una directiva anticipada informa los deseos de una persona sobre qué tipo de atención desea o no desea recibir cuando esta no pueda tomar decisiones debido a su enfermedad.

- Una directiva anticipada médica le indica al proveedor los deseos de una persona si esta no puede expresarlos debido a un problema médico.
- Una directiva anticipada de salud mental le indica al proveedor de salud conductual los deseos de una persona si esta no puede expresarlos debido a una enfermedad mental.

Sus proveedores pueden ayudarlo a elaborar una directiva anticipada. Los formularios de directivas anticipadas están disponibles en el sitio web del Procurador General de Arizona (https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning) en la sección "Life Care Planning" (Planificación del cuidado de la vida).

El término Directivas anticipadas hace referencia a los documentos legales que protegen su derecho a rechazar atención médica que no desea. También puede indicar a las personas la atención médica que usted sí desea recibir. Puede pedirle a otra persona que lo ayude a tomar estas decisiones. Esta persona es su agente. Usted o su agente tienen derecho a tomar decisiones en cuanto a recibir o no atención de soporte vital. También tiene derecho a no recibir atención de soporte vital dentro de los requisitos de las leyes federales y estatales.

Existen cuatro tipos de directivas anticipadas:

1. Testamento vital.
2. Poder de representación de atención médica.
3. Poder de representación de atención de salud mental.
4. Directiva médica prehospitalaria, también llamada "No reanimar" (DNR, por sus siglas en inglés).

Health Choice Arizona respeta su derecho de tomar decisiones sobre su atención médica. Creemos que es importante que usted tenga una o más directivas. Esto ayuda a proteger sus derechos y sus deseos sobre cómo desea que lo traten.

A continuación, se muestra una descripción detallada de cada documento:

- **Un testamento vital** les indica a los médicos qué tipos de servicios desea recibir o no si se enfermara gravemente y con peligro de muerte, y no pudiera tomar decisiones usted mismo. Por ejemplo, podría indicar que no desea que se le coloquen máquinas o sondas de alimentación.
- **Un poder de representación de atención médica** le permite elegir a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no pudiera hacerlo.
- **Un poder de representación de atención de salud mental** nombra a una persona para que tome decisiones sobre su atención de salud mental si usted no pudiera tomar decisiones.
- **Una directiva de atención médica prehospitalaria o de no reanimar (DNR)** les indica a los proveedores si usted no desea recibir cierta atención de emergencia que podría salvarle la vida fuera de un hospital o en el servicio de urgencias. Puede incluir RCP. También podría incluir la atención brindada por otros proveedores de respuesta a emergencias, como bomberos u oficiales de policía. Para la directiva de DNR, debe completar un formulario especial color naranja. Debe conservar el formulario naranja completo a mano. Puede obtener una copia gratuita de este formulario llamando a la Oficina de Servicios Médicos de Emergencia al 602-364-3150.

Le sugerimos que obtenga ayuda para redactar el testamento vital y el poder de representación de atención médica. Pídale ayuda a su proveedor si no está seguro de a quién llamar.

Legalizar sus directivas anticipadas

Tanto para un testamento vital como para un poder de representación de atención médica, debe elegir a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede. Debe ser alguien que conozca y en quien confíe. Esta persona puede ser un familiar o un amigo cercano.

Esta persona será su agente. Esta persona actuará en su nombre si usted no puede hacerlo. Para legalizar una directiva anticipada, debe:

1. Firmar y colocar la fecha delante de otra persona, que también deberá firmarla. Esta persona:
   - No puede estar relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción.
   - No puede ser quien tenga derecho a recibir cualquiera de sus bienes personales y privados en caso de fallecimiento.
   - No puede ser su agente.
   - No puede ser el proveedor de atención médica.

Deberá firmarla y colocarle la fecha en presencia de un notario público. El notario público no puede ser su agente ni ninguna persona involucrada en el pago de su atención médica.

Si usted estuviese demasiado enfermo como para firmar su poder de representación médica, podrá firmarlo otra persona en su lugar.

Después de completar sus directivas anticipadas:

- Mantenga los documentos originales firmados en un lugar seguro.
- Entregue copias de los documentos firmados a sus proveedores y en el hospital. Incluya a cualquier otra persona que pueda participar en su atención médica, como familiares, vecinos o amigos cercanos. Informe sus deseos a estas personas. Esto los ayudará a actuar en representación suya si usted se enfermara gravemente y no pudiera tomar sus propias decisiones.
- Tenga en cuenta que sus directivas pueden no aplicarse en una emergencia médica.

Modificaciones en sus directivas anticipadas

Puede cambiar sus directivas anticipadas en cualquier momento. Si desea cambiar sus directivas anticipadas, debe completar documentos nuevos.

Cuando complete sus documentos, asegúrese de entregar una copia de estos a todas las personas que deban conocer sus deseos. Es probable que esto incluya a las personas que ya tenían una copia antes de que los actualizara.

PROVEEDORES

REFERENCIA Y AUTORREMISIÓN A ESPECIALISTAS Y OTROS DOCTORES

Su PCP puede derivarlo a otros proveedores para obtener servicios especiales. Una remisión es cuando su PCP o hogar de salud integrado lo envía a un especialista por un problema específico. Una remisión también puede ser a un laboratorio u hospital, etc. Es posible que Health Choice Arizona necesite revisar y aprobar ciertas remisiones y servicios especiales antes de que pueda obtener los servicios. Su PCP y el hogar de salud integrado sabrán cuándo obtener la aprobación de Health Choice Arizona. Si su remisión debe ser aprobada por nosotros, su PCP le informará lo que está sucediendo.

No necesita una derivación de su PCP para los siguientes servicios:
· Servicios dentales
· Servicios cubiertos de obstetricia / ginecología
· Servicios de salud conductual

Los miembros femeninos, o los miembros asignados como mujeres al nacer, tienen acceso directo a los servicios preventivos y de bienestar de un ginecólogo dentro de la red del Contratista sin una derivación de un proveedor de atención primaria.

¿Qué es un especialista?

Un especialista es un médico con formación avanzada en determinados cuidados médicos. Los especialistas pueden brindar atención avanzada si una afección requiere más que un tratamiento general por parte de su PCP. Si necesita ver a un especialista, su PCP puede ayudarlo a encontrar uno. El consultorio de su proveedor llamará al especialista y lo ayudará a obtener una cita. Algunos ejemplos de especialistas incluyen neumólogos (pulmón), ortopedia (huesos) y nefrólogos (riñón).

Algunos servicios ofrecidos por especialistas pueden necesitar nuestra aprobación previa. Su PCP enviará la solicitud por usted.

Los miembros femeninos tienen acceso directo a los servicios preventivos y de bienestar de un ginecólogo dentro de la red de Health Choice Arizona sin una remisión de un proveedor de atención primaria.

Los miembros de Health Choice tienen acceso directo a los servicios de salud conductual. No necesita una remisión de un proveedor de atención primaria. Pregúntele a su PCP si tiene alguna pregunta sobre una aprobación previa.

Health Choice Arizona no tiene proveedores en nuestra red que se nieguen a brindar servicios debido a objeciones morales o religiosas. Si tiene preguntas sobre los servicios que son un beneficio cubierto, también puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

MIEMBROS INDIOS AMERICANOS
Los miembros indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención médica de cualquier proveedor de servicios de salud indígena o centro de propiedad u operación de una tribu en cualquier momento.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)
Su PCP lo ayudará a obtener atención médica. Esto puede incluir buscar un especialista. Su PCP puede ayudarlo a obtener aprobación previa para los servicios. Su PCP también puede derivarlo a otros proveedores. Puede elegir su PCP de nuestra lista de proveedores de atención primaria contratados. También podemos ayudarlo a conseguir un PCP. Motivos para tener un PCP:

- Un PCP gestiona sus necesidades médicas.
- Un PCP lo conoce a usted y conoce sus antecedentes médicos.
- Un PCP le ayudará a obtener la atención que necesita.
- Un PCP puede ayudarlo a encontrar un especialista cuando sea necesario.
- Un PCP enviará su información médica a quienes la necesiten para brindarle la mejor atención.

Tener un PCP es importante para las personas con necesidades especiales de atención médica. Otros beneficios de tener un PCP incluyen:

- Mejor atención para problemas de salud crónicos.
- Mejor acceso a la atención médica necesaria.
- Mejor coordinación de la atención.
- Mejor prevención de enfermedades.

Se le asignará un PCP en su área. Le enviaremos una carta en la que le informaremos el nombre de su PCP. Si desea cambiar su PCP, llámenos lo antes posible. Si desea obtener ayuda para elegir un PCP, llame a Servicios para Afiliados. Puede encontrar un PCP en nuestro sitio web: HealthChoiceAZ.com. Haga clic en “Find a Doctor” (Encontrar un médico). Si desea obtener una copia impresa del directorio de proveedores, llámenos y se la enviaremos gratis.

Cómo cambiar de PCP
Es importante permanecer con un mismo PCP para que pueda conocerlo a usted y conocer sus necesidades de atención médica. Puede cambiar de proveedor si no está satisfecho con el suyo. Para cambiar de PCP, elija uno del directorio de proveedores de Health Choice Arizona o desde nuestro sitio web en HealthChoiceAZ.com. Llámenos y le tramitaremos el cambio de PCP por usted.

Si cambia de PCP, es importante que le envíe sus expedientes clínicos al nuevo PCP. De esta manera, su nuevo proveedor puede brindarle la mejor atención posible. Puede solicitar una copia de sus expedientes clínicos a cada uno de sus proveedores. Llame al consultorio de su proveedor para que le informen cómo enviar sus expedientes a su nuevo proveedor. Las copias de los expedientes clínicos no tienen costo. Llámenos si necesita ayuda.

Buscando segundas opiniones

Como miembro, tiene derecho a obtener una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de nuestra red, sin costo alguno para usted. Si no hay un proveedor en nuestra red, es posible que pueda obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. Llámenos si tiene alguna pregunta. Si necesita ayuda para encontrar un especialista u hospital, consulte con su PCP. También puede visitar nuestro sitio web o llamarnos.

CONSULTAS

Programe todas las consultas antes de ir al consultorio del proveedor. Incluso si considera que necesita atención inmediata, llame primero a su proveedor. Todas las consultas deben programarse durante el horario de atención de su proveedor. Informe a su proveedor que es afiliado de Health Choice Arizona. Informe a su proveedor sobre cualquier problema que tenga.

Hay tres tipos de consultas:

- **Del mismo día:** usted o un familiar necesitan atenderse con un proveedor hoy por un problema, como dolor de oídos o fiebre alta.
- **Urgente:** usted o un familiar tienen un problema, como tos, malestar estomacal leve o sarpullido. Necesita ver a un proveedor dentro de los próximos uno o dos días.
- **De rutina:** usted o un familiar deben ver al proveedor dentro de las tres (3) próximas semanas para una consulta de vacunación o de control pediátrico.

Consejos sobre las consultas:

- Si es su primera consulta con el proveedor, llegue 15 minutos antes.
- Lleve su tarjeta de identificación de afiliado a cada consulta.
- Si necesita transporte, llámenos al menos tres (3) días antes de la consulta. Lo ayudaremos a que pueda llegar a su consulta.

Cancelar o modificar turnos de consultas

Es importante que acuda a sus consultas, sin embargo, sabemos que a veces suceden imprevistos. Hágale saber a su proveedor si no podrá asistir a su consulta. Intente avisar al menos un día antes de la consulta. Tenga en cuenta que quizás no puedan otorgarle un nuevo turno de inmediato. Si había solicitado a Health Choice Arizona un traslado o un intérprete, avísenos de inmediato para cancelarlos.

Si tiene un turno para una consulta en una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades

Múltiples (MISC, por sus siglas en inglés) y desea cancelarlo o cambiarlo, comuníquese directamente con la clínica.

Espera en el consultorio del proveedor
En ocasiones, puede que tenga que esperar mientras el proveedor atiende a otros pacientes. La espera nunca debería superar los 45 minutos (a menos que el proveedor tenga una emergencia). Si considera que la espera fue excesiva, llame al Servicio para Afiliados e infórmenos.

Estándares de disponibilidad de consultas
Agendar una consulta por adelantado con su proveedor es importante. Asegúrese de informar el motivo de la consulta, porque quizás deban atenderlo antes. A continuación, encontrará una lista de los estándares de disponibilidad de consultas:

Para consultas con proveedores de atención primaria:

- Atención de urgencia: tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar dos (2) días hábiles después de la solicitud.
- Atención de rutina: dentro de los 21 días corridos posteriores a la solicitud.

Para consultas de proveedores especializados, incluidas especialidades odontológicas:

- Atención de urgencia: tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar dos (2) días hábiles después de la solicitud.
- Atención de rutina: dentro de los 45 días corridos posteriores a la derivación.

Para consultas con proveedores odontológicos:

- Atención de urgencia: tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar tres (3) días hábiles después de la solicitud.
- Atención de rutina: dentro de los 45 días corridos posteriores a la solicitud.

En caso de consultas con proveedores de atención de maternidad, las consultas iniciales de atención prenatal para las embarazadas inscritas se proporcionarán de la siguiente manera:

- Atención de urgencia: los embarazos de alto riesgo se atienden tan rápido como lo requiera el estado de salud y, a más tardar, tres (3) días hábiles después de la identificación del alto riesgo por parte del proveedor.
- Primer trimestre: dentro de los 14 días corridos posteriores a la solicitud.
- Segundo trimestre: dentro de los siete (7) días corridos posteriores a la solicitud.
- Tercer trimestre: dentro de los tres (3) días hábiles a partir de la solicitud.
- Los embarazos de alto riesgo se atienden tan rápido como lo requiera el estado de salud de la paciente y, a más tardar, 3 días hábiles después de la identificación del alto riesgo por parte del contratista o el proveedor de atención de maternidad, o inmediatamente si existe una emergencia.

Para citas con proveedores de salud conductual:

- Urgente: tan rápido como lo requiera su estado, pero a más tardar 24 horas después de la identificación de la necesidad.
- Rutina:
- · Evaluación inicial dentro de los siete (7) días calendario posteriores a la remisión o solicitud de servicio.
- · El primer servicio de salud del comportamiento después de la evaluación inicial tan pronto como su condición lo requiera, pero:
- · Para miembros de 18 años o más, a más tardar 23 días calendario para que los servicios comiencen después de la evaluación inicial
- · Para miembros menores de 18 años, a más tardar 21 días después de la evaluación inicial
    - · Todos los siguientes servicios de salud conductual se deben proporcionar a más tardar a los 45 días corridos desde la identificación de la necesidad.
- Para medicamentos psicotrópicos:
    - · Debe evaluarse la urgencia de la necesidad de inmediato; y
    - · Debe tener un turno para una consulta (si se indica clínicamente) con un profesional de salud conductual dentro de un plazo que garantice que:
        - · No se quede sin los medicamentos necesarios.
        - · No empeorará ninguna afección de salud conductual antes de comenzar.
        - · (Póngase en contacto con su proveedor antes de quedarse sin medicamentos o si empeora su afección. La consulta deberá ser en un plazo menor a 30 días).

SERVICIOS PARA ADULTOS JÓVENES

PROGRAMA EPSDT

Los servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) constituyen un programa integral de salud infantil para la prevención y el tratamiento, la corrección y la mejoría (mejora) de problemas de salud físicos y conductuales de los afiliados de AHCCCS menores de 21 años.

Las visitas de bienestar (exámenes de bienestar) como, entre otros, exámenes de bienestar para la mujer, exámenes de los senos y exámenes de la próstata están cubiertos para miembros de 21 años de edad o mayores. La mayoría de las visitas de bienestar (también llamadas chequeos o exámenes físicos) incluyen un historial médico, un examen físico, exámenes de salud, asesoramiento de salud e inmunizaciones médicamente necesarias. Las visitas de EPSDT para miembros menores de 21 años se consideran lo mismo que una visita de rutina.

El propósito de los EPSDT es garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los recursos de atención médica y ayudar a los beneficiarios de Medicaid a utilizar estos recursos de manera eficaz.

Los EPSDT brindan atención médica integral a través de prevención primaria, intervención temprana, diagnóstico, tratamiento necesario por razones médicas y atención de seguimiento de problemas de salud física y conductual para los afiliados de AHCCCS menores de 21 años.

Cantidad, duración y alcance: la Ley de Medicaid define que los servicios de EPSDT incluyen servicios de detección, servicios oftalmológicos, servicios odontológicos, servicios de audición y “cualquier otro tipo de atención médica, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en la subsección de la Ley federal 42 U.S.C. 1396d(a) necesarios para corregir o mejorar defectos y afecciones físicas y mentales descubiertas por los servicios de detección, ya sea que dichos servicios estén o no cubiertos por el plan estatal (AHCCCS)”. Las limitaciones y exclusiones, aparte del requisito de necesidad médica y rentabilidad, no se aplican a los servicios de EPSDT.

Las consultas de bienestar infantil son consultas de EPSDT e incluyen todos los exámenes y servicios descritos en los EPSDT de AHCCCS y los programas de periodicidad odontológica.

Esto significa que los servicios cubiertos de EPSDT incluyen servicios que corrigen o mejoran problemas de salud físicos y conductuales y enfermedades descubiertas mediante el proceso de detección cuando esos servicios se incluyan en una de las categorías opcionales y obligatorias de “asistencia médica”, según se define en la Ley de Medicaid. Los servicios cubiertos por EPSDT incluyen las 29 categorías de servicios de la ley federal, incluso cuando no figuren como servicios cubiertos en el plan estatal de AHCCCS, los estatutos, las reglas o las políticas de AHCCCS, siempre que sean necesarios por razones médicas y rentables.

Por ejemplo, los EPSDT incluyen cobertura de: servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, servicios de laboratorio y radiografías, servicios médicos, servicios de naturopatía, servicios de enfermería profesional, medicamentos, servicios odontológicos, servicios de terapia, servicios de salud conductual, equipamiento médico, accesorios e insumos médicos, ortopedias, dispositivos protésicos, gafas, servicios de transporte y planificación familiar. Los EPSDT también incluyen servicios de diagnóstico, detección, prevención y rehabilitación. Sin embargo, los EPSDT no incluyen servicios que sean experimentales, únicamente para fines cosméticos, o que no sean rentables en comparación con otras intervenciones.

EPSDT/Consultas de bienestar infantil
Acudir a las consultas de bienestar y de vacunas es una de las cosas más importantes que puede hacer para evitar enfermarse gravemente. Los adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes todavía están creciendo y necesitan consultar al médico anualmente hasta los 21 años.

Si no se le aplicaron las vacunas que, por lo general, se aplican en edades más tempranas, su revisión médica es un buen momento para actualizarse.

Qué esperar en una consulta de EPSDT/bienestar infantil:
- Se medirán el peso y la altura.
- Se escucharán el corazón y los pulmones.
- Se revisarán ojos, oídos, nariz, boca y dientes.
- Se aplicarán las vacunas necesarias.
- Se analizarán sobre sus preocupaciones y necesidades de salud.
- Examen de la salud oral y dental de rutina (para afiliados menores de 21 años).
- Exploración física sin ropa.
- Pruebas de detección del desarrollo.
- Evaluación para servicios de rehabilitación.
- Se cubrirá cualquier tratamiento para una enfermedad física o mental que se encuentre durante la consulta, en caso de ser necesario por razones médicas.

En la consulta de bienestar infantil, su médico podrá evaluarlo para que reciba servicios de rehabilitación, como terapia ocupacional, del habla y fisioterapia. Esto puede incluir la derivación a Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS, por sus siglas en inglés), un programa especial para niños y adultos jóvenes con ciertas afecciones o necesidades especiales de atención médica.

Las consultas periódicas de bienestar infantil ayudan a su PCP a encontrar y tratar los problemas de salud antes de que se agraven.

Le enviaremos recordatorios de las consultas de bienestar infantil y las vacunas de su hijo.

Asegúrese de agendar una consulta de bienestar con su proveedor.

Consejos sobre las consultas:

- Agende la siguiente consulta de bienestar infantil en el consultorio mientras espera que lo atiendan.
- Lleve su tarjeta de identificación de afiliado a todas las consultas.
- Acuda a las consultas con su proveedor.
- Asegúrese de aplicarse todas las vacunas.
- Mantenga un registro de todas las vacunas que se le apliquen.
- Asista a la consulta de manera puntual.
- Llame al consultorio del proveedor al menos un día antes para reprogramar la consulta.
- Si no acudirá a la consulta con el proveedor, llámenos para cancelar el traslado, si estaba previsto.
- No se pagan copagos en las consultas de bienestar.

SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS PARA ADULTOS JÓVENES

Se cubren los servicios oftalmológicos de rutina y de emergencia para los afiliados menores de 21 años. No necesita una derivación para estos servicios. Los servicios oftalmológicos incluyen:

- Exámenes de la vista
- Pruebas de visión
- Análisis de laboratorio

Este servicio tiene algunos límites. La cobertura depende de su categoría en Health Choice. Puede usar los servicios de oftalmología de los siguientes proveedores:

- Oftalmólogos
- Optometristas
- Profesionales ópticos
- Clínica oftalmológica

Debe consultar a los proveedores que estén en la red de Health Choice Arizona. Consulte la lista de proveedores oftalmológicos en su directorio de proveedores. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llámenos.

Nota: se cubren las ayudas ópticas para niños de hasta 21 años. Incluyen monturas, cristales y lentes de contacto.

Servicios para el embarazo/de maternidad

Las mamás sanas tienen bebés sanos. Health Choice Arizona quiere ayudarla a mantenerse sana mientras su bebé crece. Puede comenzar a planificar la salud de su bebé incluso antes de quedar embarazada. Consulte a su proveedor cuando empiece a considerar tener un bebé.

Las afiliadas o afiliadas asignadas como femeninas al momento del nacimiento tienen acceso directo a servicios preventivos y de atención médica ginecológica con profesionales dentro de la red de Health Choice Arizona sin necesidad de obtener una derivación de un proveedor de atención primaria.

Las embarazadas necesitan atención especial. Si está embarazada, contáctenos lo antes posible para elegir un obstetra de atención primaria o una partera certificada. Es importante que las embarazadas elijan un obstetra o una partera certificada que les ayuden a satisfacer sus necesidades especiales.

Puede acudir directamente a un obstetra de atención primaria de Health Choice (o ginecólogo/obstetra) para recibir atención. No necesita ver o preguntarle a su Proveedor de Atención Primaria (PCP) antes. Su PCP gestionará su atención de rutina que no sea de obstetricia/ginecología. El obstetra/ginecólogo gestionará la atención de su embarazo. Si lo prefiere, puede elegir tener un obstetra/ginecólogo como su PCP durante su embarazo. Si no está segura de estar embarazada, agende una consulta con su PCP para realizarse una prueba de embarazo. Si necesita ayuda para agendar una consulta, llame a Servicios para Afiliados.

Si está embarazada:

- Agende una consulta con su obstetra de atención primaria lo antes posible.
- Notifique a su oficina local de DES tan pronto se entere que está embarazada.
- Mantenga su elegibilidad y los beneficios de Medicaid.
- Si no tiene un obstetra, llame a Servicios para Afiliados para que podamos ayudarla a elegir uno.

Nota: si acaba de afiliarse a Health Choice Arizona y tiene un motivo justificado por razones médicas para seguir atendiéndose con su proveedor actual, y este no está en nuestra red, puede cambiar de plan. O podemos trabajar con su proveedor para continuar su atención durante el embarazo. Debería elegir un proveedor de Health Choice Arizona para futuros embarazos o atención de bienestar femenino.

La atención de embarazos de alto riesgo debe comenzar a más tardar 3 días hábiles después de que se informe el alto riesgo, o inmediatamente si ocurriera una emergencia.

Los servicios de maternidad incluyen:

- Libertad para elegir su proveedor de obstetricia dentro de su condado y nuestra red de proveedores.
- Asesoramiento previo al embarazo.
- Pruebas de embarazo.
- Asesoramiento y análisis relacionados con infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido VIH.
- Todas las consultas prenatales y todos los servicios necesarios por razones médicas que una mujer necesita para su embarazo.
- Atención durante las 6 a 8 semanas después del nacimiento del bebé, incluso asesoramiento sobre anticoncepción.
- Servicios para trabajo de parto, parto y puerperio.

Consejos para embarazadas

Consulte a su proveedor de forma regular para obtener atención prenatal. Su proveedor puede responder sus preguntas a medida que el bebé se desarrolle. Esto también contribuye a que usted y su bebé se mantengan sanos.

Es importante que agende y acuda a las consultas. Si necesita reprogramar una consulta, comuníquese con su proveedor con al menos tres (3) días hábiles de anticipación.

Agendar su primera consulta

Agende su primera consulta en el primer trimestre (primeras 12 semanas) o tan pronto como se afilie a Health Choice Arizona.

Las personas que se afilien a Health Choice Arizona en los últimos tres (3) meses de embarazo deberán llamar a Servicios para Afiliados de inmediato. Podemos ayudarla a elegir un proveedor y hablar con usted sobre la atención prenatal. Es muy importante acudir a las consultas con el obstetra.

VISITAS PRENATALES AL PROVEEDOR

Embarazadas de menos de tres meses (primer trimestre):

- Deben atenderla dentro de los 14 días corridos posteriores a su llamado para agendar la consulta.

Embarazadas de tres a seis meses (segundo trimestre):

- Deben atenderla dentro de los siete (7) días corridos posteriores a su llamado para agendar la consulta.

Embarazadas de seis a 10 meses (tercer trimestre):

- Deben atenderla dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a su llamado para agendar la consulta.

Tenga en cuenta lo siguiente: si tiene una cita programada, no debería tener que esperar más de 45 minutos para que su proveedor la atienda (a menos que el proveedor esté atendiendo una emergencia).

Si su embarazo se identifica como de alto riesgo, un proveedor de atención de maternidad la atenderá dentro de los tres (3) días, o inmediatamente si existiese una emergencia.

CONSULTAS MÉDICAS EN EL PUERPERIO
Seis a ocho semanas después del parto:

Después de tener al bebé, llame al consultorio de su médico tan pronto como le den de alta para programar una consulta posterior al parto. Los servicios para el puerperio se cubren hasta los 57 días posteriores al parto.

Acuda a su consulta posterior al parto. Es muy importante que su proveedor se asegure de que está sanando. Probablemente su proveedor le hable sobre la depresión posparto y las opciones de planificación familiar.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Health Choice Arizona cubre los servicios de planificación familiar. Estos servicios pueden ayudarle a planificar cuándo desee tener un bebé. También pueden ayudarla si quiere prevenir los embarazos.

Estos servicios incluyen información, tratamiento y asesoramiento sobre anticoncepción. Los servicios de planificación familiar están disponibles para hombres y mujeres en edad reproductiva.

Su PCP de la red del plan puede prestarle servicios de planificación familiar. No necesita una derivación o autorización previa para acceder a los servicios de planificación familiar de un proveedor de la red o de los Centros de Salud Comunitarios o los Departamentos de Salud del Condado.

Los servicios de planificación familiar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Asesoramiento, instrucción e insumos relacionados con la anticoncepción.
- Planificación familiar con métodos naturales.
- Píldoras anticonceptivas.
- Tratamiento de las complicaciones que se presenten a partir del uso de anticonceptivos, que incluye tratamiento de emergencia.
- Preservativos, tanto femeninos como masculinos.
- Espumas.
- Cremas.
- Parches anticonceptivos.
- Diafragmas.
- Capuchón cervical.
- Exámenes médicos y de laboratorio y procedimientos radiológicos relacionados con la planificación familiar.
- Dispositivos intrauterinos (DIU).
- Asesoramiento y análisis relacionados con infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Inyecciones hormonales (Depo Provera).
- Anticoncepción reversible de larga duración (ARLD).
- Implantes anticonceptivos (se colocan debajo de la piel).
- Anticoncepción oral de emergencia posterior al coito (dentro de las 72 horas posteriores a una relación sexual sin protección).
- Pruebas de embarazo.

Para coordinar una cita para servicios de planificación familiar, comuníquese con su proveedor. Los servicios de planificación familiar no tienen copagos. Los anticonceptivos

cubiertos están disponibles gratis. Si necesita ayuda para agendar una consulta, llame a Servicios para Afiliados.

Para recibir servicios e insumos de planificación familiar por parte de un médico fuera de la red, llame a Servicios para Afiliados.

INTERRUPCIONES DE EMBARAZOS NECESARIAS POR RAZONES MÉDICAS

AHCCCS cubre las interrupciones de embarazos solo en situaciones especiales. Los criterios para la cobertura son los siguientes:

1. La afiliada embarazada sufre de un trastorno físico, lesión física o enfermedad física, que incluye una afección física potencialmente mortal causada por el embarazo en sí y que, según lo certificado por un médico, pondría a la embarazada en riesgo de muerte, a menos que el embarazo se interrumpa.
2. El embarazo es consecuencia de un incesto.
3. El embarazo es consecuencia de una violación.
4. La interrupción del embarazo es necesaria por razones médicas de acuerdo con el criterio de un profesional médico, que atestigua que la continuación del embarazo podría suponer razonablemente un problema grave de salud física o conductual para la afiliada embarazada al:
    a. Crear un problema grave de salud física o conductual para la afiliada embarazada;
    b. Deteriorar gravemente la función corporal de la afiliada embarazada;
    c. causar disfunción de un órgano o parte del cuerpo de la afiliada embarazada;
    d. Exacerbar un problema de salud de la afiliada embarazada; o bien
    e. Evitar que la afiliada embarazada reciba tratamiento por un problema de salud.

No se requiere autorización previa para estos servicios si se determina que los servicios son de urgencia.

ESTERILIZACIONES

Health Choice cubre la esterilización permanente para hombres y mujeres mayores de 21 años. Tenga en cuenta que esta forma de anticoncepción requiere autorización previa.

Deben cumplirse los siguientes criterios:

a. El afiliado debe ser mayor de 21 años en el momento de firmar el consentimiento.
b. Se debe determinar la idoneidad en las facultades mentales.
c. El consentimiento voluntario se debe obtener sin coerción.
d. Entre la fecha del consentimiento informado y la fecha de la esterilización, deben transcurrir como mínimo 30 días y como máximo 180 días, excepto en el caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia. Si han pasado al menos 72 horas desde

que entregó su consentimiento informado para la esterilización, el afiliado puede dar su consentimiento para la esterilización en el momento de un parto prematuro o una cirugía abdominal de emergencia. En caso de parto prematuro, el consentimiento informado debe haberse otorgado al menos 30 días antes de la fecha prevista de parto.

Cualquier afiliado que solicite practicarse esterilización debe firmar el formulario de consentimiento correspondiente. Antes de firmar:

a. Se le explicarán los requisitos de este formulario de consentimiento.
b. Se le contestará cualquier pregunta que pueda tener sobre el procedimiento específico a realizar.
c. Se le notificará que puede revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía sin afectar la atención futura ni perder los beneficios del programa financiado por el gobierno federal.
d. Se le brindará una descripción de los métodos alternativos.
e. Se le proporcionará una descripción completa de las molestias y los riesgos durante la realización del procedimiento y luego de este, incluida una explicación del tipo de posibles efectos del anestésico que se utilizará.
f. Se le explicarán exhaustivamente las ventajas o desventajas que se pueden esperar como resultado de la esterilización.
g. Se le notificará que la esterilización recién puede realizarse 30 días después de brindar el consentimiento. No debe firmar un consentimiento si:
    a. Si está en trabajo de parto o dando a luz.
    b. Si pretende realizarse una interrupción del embarazo o se la están practicando.
    c. Está bajo la influencia del alcohol u otras sustancias que afectan su estado mental.

Medicaid no cubre la esterilización inversa.

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA ADULTOS

Cobertura de servicios odontológicos de emergencia para mayores de 21 años

La atención odontológica de emergencia necesaria por razones médicas se cubre para personas mayores de 21 años que cumplen con los criterios de una emergencia odontológica. Una emergencia odontológica es un trastorno agudo de la salud bucal que produce **dolor intenso o infección** como resultado de la patología o el traumatismo. Los servicios odontológicos de emergencia se cubren hasta $1000 por año de contrato del afiliado (del 1 de octubre al 30 de septiembre). Los procedimientos de seguimiento necesarios para estabilizar las piezas dentales como resultado del servicio de emergencia están cubiertos y sujetos al límite de $1000. Los siguientes servicios y procedimientos se cubren como servicios odontológicos de emergencia:

- Examen de diagnóstico oral de emergencia (examen oral limitado; centrado en el problema).
- Radiografías y servicios de laboratorio, limitados a las piezas dentales sintomáticas.
- Resina compuesta debido a fractura dental reciente para dientes anteriores.
- Coronas prefabricadas para eliminar el dolor, debido a fractura dental reciente únicamente.
- Recementación de incrustaciones, recubrimientos, coronas y puentes fijos clínicamente sanos.
- Revestimiento del esmalte dental, directo o indirecto, más relleno, limitado a piezas dentales sintomáticas.
- Endodoncias y pulpotomías vitales cuando se indican para tratamiento de infecciones agudas o para eliminar el dolor.
- Apicectomía como procedimiento separado para el tratamiento de infección aguda o para eliminar el dolor, con un pronóstico favorable.
- Procedimientos inmediatos y paliativos, incluidas extracciones, si son necesarias por razones médicas, para el alivio del dolor asociado con una afección oral o maxilofacial.
- Reimplante de piezas dentales de diente anterior avulsado o desplazado accidentalmente con pronóstico favorable.
- Restauración temporal donde se proporcionaron cuidados paliativos/sedantes (limitado a la pieza dental que recibe tratamiento de emergencia).
- Tratamiento inicial para la infección aguda, que incluye, entre otros, infecciones y abscesos periapicales y periodontales por métodos apropiados.
- Procedimientos prequirúrgicos y anestesia apropiados para el tratamiento óptimo del paciente.
- Coronas fundidas limitadas a la restauración de piezas dentales tratadas con endodoncia solamente.

Limitaciones para servicios odontológicos de emergencia para adultos. Limitaciones para personas mayores de 21 años.

- No se cubren los servicios odontológicos maxilofaciales proporcionados por un dentista, excepto si se indica para la reducción del trauma, incluida la reconstrucción de regiones del maxilar y la mandíbula.
- El diagnóstico y el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular no están cubiertos, excepto para la reducción de traumatismo.
- Los procedimientos de restauración de rutina y de endodoncia no son servicios odontológicos de emergencia.
- El tratamiento para la prevención de la necrosis pulpar y la pérdida inminente de piezas dentales se limita a empastes no fundidos, coronas construidas de acero inoxidable preformado, revestimiento del esmalte dental y pulpotomías solo para la pieza dental que causa dolor o si hay infección activa.
- No se cubren puentes fijos para reemplazo de piezas dentales faltantes.

Si tiene preguntas sobre los servicios odontológicos, llámenos.

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS PARA ADULTOS JÓVENES (18,19, 20)

Health Choice cubre la atención de salud dental y oral de rutina y preventiva para afiliados menores de 21 años. Le asignaremos un dentista de inmediato, para que pueda practicarle las limpiezas de rutina y otros tratamientos que necesite.

Consultar a un dentista proporcionará un entorno cómodo para la continuidad de los servicios. A esto le llamamos un “hogar dental”. Puede elegir un dentista de nuestra lista de proveedores de la red. Si necesita ayuda para elegir un dentista, desde Servicios para Afiliados pueden ayudarlo a encontrar uno.

Si no elige a su proveedor odontológico, le asignaremos un hogar dental. Los afiliados menores de 21 años deben consultar a un dentista cada seis (6) meses. Puede cambiar su hogar dental en cualquier momento llamando a Servicios para Afiliados. Es muy importante que consulte a un dentista cada 6 meses. Esto ayudará a prevenir las enfermedades orales.

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

Consejos sobre consultas odontológicas

- Lleve su tarjeta de identificación de afiliado a la consulta.
- Si es la primera vez, llegue 15 minutos antes del horario de la consulta.
- Agende la próxima consulta para su control dental mientras se encuentra en la oficina del dentista.
- Acuda a la consulta. Si no puede ir, llame al consultorio del dentista para cambiar el turno.

Agendar consultas odontológicas

- **Emergencia:** necesita atención hoy debido a un dolor extremo o infección.
- **Urgente:** necesita atención dentro de los tres (3) días debido a que se le salió un empaste o se le rompió una pieza dental y le provoca dolor leve.
- **Rutina:** necesita atención dentro de los 45 días para realizarse una limpieza y un chequeo o colocarse empastes dentales.

Cancelar o modificar turnos de consultas

Es importante que acuda a sus consultas, sin embargo, sabemos que a veces suceden imprevistos. Informe al dentista si no puede acudir a su consulta. Intente avisar al menos un día antes de la consulta. Si había solicitado a Health Choice un traslado o un intérprete, avísenos de inmediato para cancelarlos. Al reprogramar, es posible que no le brinden otro turno de inmediato. Si tiene un turno para una consulta en una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MISC, por sus siglas en inglés) y desea cancelar o cambiarlo, comuníquese directamente con la clínica.

OTROS SERVICIOS

SERVICIOS DEL ADMINISTRADOR DE ATENCIÓN

Un administrador de atención es un profesional que puede ayudarlos a usted, a su familia y a sus proveedores a comprender sus necesidades de cuidado de la salud. El administrador de atención puede ser un enfermero o trabajador social.

Si usted tiene necesidades especiales, podemos asignarle un administrador de atención. Su administrador de atención puede trabajar en estrecha colaboración con su proveedor y equipo clínico.

El administrador de atención puede ayudarlo a:

- Conocer sus medicamentos.
- Conocer su plan médico de cuidados.
- Identificar los recursos para temas tales como el alimento o la vestimenta.
- Obtener apoyo y recursos educacionales para mantener un buen estado de salud.
- Obtenga ayuda de proveedores de salud médica y conductual.

El gestor de cuidados lo ayudará a obtener los recursos e información específicamente para usted.

Si tiene preguntas o desea solicitar un administrador de atención, comuníquese con Servicios para Afiliados.

SERVICIOS DE CONTROL DE ENFERMEDADES

El control de enfermedades es un servicio que puede ayudarlo con ciertos problemas de salud, como hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca o asma.

Los gestores de enfermedades son enfermeros registrados que pueden proporcionar educación e información sobre recursos para ayudarlo a cuidar su salud. Los gerentes de enfermedades también pueden ayudarlo con la coordinación de sus cuidados.

Nuestro equipo de cuidado de la salud trabajará junto con usted y su sistema de apoyo para proporcionarle educación y acceso a servicios que promuevan el bienestar.

Podemos llamarlo por teléfono o enviarle información útil.

Si desea obtener más información sobre el control de enfermedades, llame a Servicios para Afiliados. Nuestro objetivo es ayudarlo a volverse saludable.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Debe comprar sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de Health Choice Arizona. Podemos ayudarlo a encontrar una cerca suyo. Llámenos y lo ayudaremos. También puede encontrar una farmacia cercana en el directorio de farmacias. Si necesita una copia impresa del directorio, llámenos. Le enviaremos una copia gratis. También puede encontrar el directorio de farmacias en nuestro sitio web, y puede buscar las farmacias utilizando nuestra herramienta de “Find a Doctor/Pharmacy” (Encontrar a un Doctor/Farmacia).

Si necesita una farmacia que esté abierta las 24 horas o durante los días feriados, visite el directorio de farmacias, la herramienta para encontrar a un doctor o farmacia, o llame a Servicios para Afiliados.

Debe informarle al farmacéutico que es afiliado de Health Choice Arizona. Lleve su tarjeta de afiliado a la farmacia.

FORMULARIO DE HEALTH CHOICE ARIZONA

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos. Health Choice Arizona tiene un formulario de medicamentos “cerrado”. Si un medicamento no está en la lista, debemos aprobarlo antes de poder pagarle a la farmacia. Para obtener una lista actualizada de medicamentos cubiertos, consulte a su PCP o visite nuestro sitio web. Si su farmacéutico no puede surtir la receta, puede llamar a su proveedor o a Health Choice Arizona para obtener ayuda. Tenemos una línea de ayuda, que atiende las 24 horas, para farmacéuticos. En situaciones de emergencia, podremos proporcionarle un suministro de medicamentos a corto plazo mientras revisamos sus medicamentos.

Hay ciertos medicamentos en nuestro formulario y disponibles para nuestros afiliados, que requieren atención especial. Se llaman “medicamentos especializados” y se enumeran en nuestro formulario con el código “SP”. El acceso a medicamentos especializados requiere que su proveedor haga una solicitud de autorización previa que incluya información que respalde la solicitud.

Para los afiliados que toman medicamentos especializados, Health Choice Arizona utiliza una farmacia especializada llamada CVS Specialty Pharmacy que provee ciertos medicamentos especializados necesarios por razones médicas. Estos medicamentos se usan para tratar afecciones crónicas, como esclerosis múltiple, fibrosis quística, artritis reumatoide y hepatitis C, y también afecciones complejas, como el cáncer. Los farmacéuticos y el personal de CVS Specialty Pharmacy trabajarán con usted para asegurarse de que tenga fácil acceso a los medicamentos que necesita y que corresponden a su tratamiento farmacológico.

Consejos sobre los medicamentos recetados

- Un proveedor debe proporcionarle recetas o enviarlas a su farmacia de forma electrónica. Muchos proveedores ahora pueden enviar las recetas de forma electrónica directamente a las farmacias. Esto puede ayudarle a ahorrar tiempo y un viaje adicional. Consulte a su proveedor si el sistema de recetas electrónicas aplica en su caso.
- Su proveedor puede recetarle medicamentos de venta libre si cuestan menos que un medicamento recetado.
- No permita que sus recetas se venzan antes de renovarlas.
- AHCCCS cubre medicamentos que son necesarios por razones médicas, rentables y aprobados por la ley federal y estatal.
- AHCCCS no cubre ningún medicamento que cubra Medicare. AHCCCS tampoco cubre el costo compartido (coseguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos. Esto se debe a que estos medicamentos están cubiertos por la Parte D de Medicare.
- Health Choice Arizona cubrirá el copago de los medicamentos de salud conductual que recete un especialista en salud conductual a aquellos afiliados a los que se les haya diagnosticado una enfermedad mental grave.

¿TIENE PROBLEMAS PARA RENOVAR SUS RECETAS?

Si tiene problemas para renovar sus recetas y estas se rechazan en el punto de venta (POS, por sus siglas en inglés) de la farmacia, solicite ayuda al personal de la farmacia y pregunte el motivo por la cual no pueden renovarla. No pague el medicamento de su bolsillo. Lo qué debe hacer:

- Si el medicamento requiere autorización previa, comuníquese con su proveedor médico para que envíe por fax la solicitud de autorización previa a Health Choice Arizona.
- Si la autorización previa se venció, la farmacia puede intentar llamarnos para obtener la aprobación, pero su proveedor aún deberá enviar por fax una autorización para más renovaciones.
- Si va a comprar sus medicamentos con mucha anterioridad, deberá esperar hasta la próxima fecha de renovación.
- Límite de cantidad: la farmacia, por lo general, puede surtir una cantidad menor, usted puede comunicarse con su proveedor médico para obtener una autorización previa que le permita obtener mayor cantidad.
- Por temas de restricciones de medicamentos o personas que pueden hacer recetas, póngase en contacto con Servicios para Afiliados.
- Durante el horario comercial, la farmacia o el proveedor se pueden comunicar con los Servicios para Afiliados de Health Choice Arizona al 1-800-322-8670.
- Para obtener ayuda sobre farmacias fuera del horario de atención, los fines de semana o los días feriados, llame a Servicios para Afiliados al 1-800-322-8670.

Comuníquese con nosotros al 480-968-6866 o al 800-322-8670 si tiene problemas o preguntas sobre las recetas. Su farmacia también puede llamar al número que figura en el frente de su tarjeta de afiliado.

Health Choice Arizona puede asignar a los afiliados una farmacia exclusiva o un único prescriptor durante un periodo de hasta 12 meses. Si lo asignan a una farmacia o prescriptor exclusivos, le informaremos por escrito el motivo y le brindaremos información sobre cómo presentar una apelación y los plazos y el proceso para hacerlo. Los parámetros de evaluación son los siguientes:

PARÁMETRO DE EVALUACIÓN	**CRITERIOS MÍNIMOS PARA INICIAR INTERVENCIONES**
Utilización en exceso	El afiliado utilizó lo siguiente en un periodo de tres meses: Más de 4 prescriptores, y más de 4 diferentes medicamentos con potencial de provocar abuso (por ejemplo, opiáceos, relajantes musculares, benzodiacepinas), y más de 4 farmacias. O BIEN El afiliado recibió 12 o más recetas de los medicamentos en cuestión (medicamentos con potencial de abuso) en los últimos tres meses.
Fraude	El afiliado presentó una receta falsificada o modificada a la farmacia.

Health Choice Arizona le notificará por escrito 30 días antes de que se lo incluya en el programa de prescripción exclusiva. Cuando se lo incluya en el programa de prescripción exclusiva, Health Choice Arizona le asignará un (1) solo médico. Este médico será responsable de la prescripción y supervisión de los medicamentos adictivos. Health Choice Arizona solo cubrirá las recetas de medicamentos adictivos que haya escrito este (1) proveedor. Esto se aplica a los medicamentos que se receten luego del alta del servicio de urgencias.

Trabajaremos con usted y los proveedores que piden sus medicamentos para asegurarnos de que usted tome solo los que necesita. Esto estará vigente por un periodo de hasta 12 meses. Revisaremos sus registros después de ese periodo de 12 meses y le informaremos si continuaremos asignándole ese proveedor en particular. Si no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una solicitud por escrito para una audiencia estatal imparcial.

Si actualmente recibe tratamiento por un diagnóstico de oncología activa, se encuentra en un centro de cuidados paliativos, reside en un centro de enfermería especializada con atención supervisada o tiene Medicare, no estará sujeto a los requisitos del programa de prescripción exclusiva.

REEMBOLSO POR MEDICAMENTOS RECETADOS

Es posible que le reembolsemos el costo de los medicamentos si los compró durante la "cobertura del periodo anterior" antes de afiliarse a Health Choice Arizona. La cobertura del periodo anterior es el tiempo entre el momento en que comenzó a ser elegible para AHCCCS y el momento en que se afilió a Health Choice Arizona. Solo podemos reembolsarle el costo de los medicamentos a través de Health Choice Arizona y ese reembolso puede ser inferior a la cantidad que pagó en la farmacia.

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, solicite a la farmacia que llame a la línea de ayuda de farmacias, que atiende las 24 horas, de Health Choice Arizona al 1-800-322-8670. Responderemos cualquier consulta.

No pague el costo total de los medicamentos recetados. Solo pague el copago que le corresponde, si le corresponde. Si pagó los medicamentos recetados y considera que no debía hacerlo, envíe los recibos y las etiquetas de las farmacias a Health Choice Arizona. Debe enviarlos dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que realizó el pago. Analizaremos su solicitud de reembolso. Después de revisar la documentación, le informaremos nuestra decisión.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL CUBIERTOS

Hay algunos problemas personales que pueden afectar su salud. Estos problemas personales también pueden afectar a su familia. Los problemas de salud podrían ser ocasionados por el estrés, la depresión, la ansiedad, el consumo de drogas o alcohol u otros problemas de salud mental. A los servicios que pueden ayudarle con su salud mental se los conoce como “servicios de salud conductual”.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL
Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios de evaluación de problemas.
- Servicios para casos de crisis.
- Asesoramiento y otros tipos de terapia para problemas personales, familiares y de drogas.
- Control de la conducta (capacitación en atención domiciliaria de salud conductual, autoayuda de salud conductual/grupos de apoyo).
- Servicios hospitalarios para pacientes internados, que incluyen la desintoxicación.
- Servicios médicos.
- Servicios de enfermería.
- Medicamentos y servicios de control farmacológico.
- Servicios de laboratorio, radiología e imágenes para diagnóstico y regulación de medicamentos psicotrópicos.
- Transporte, ya sea para emergencias o no, necesario por razones médicas.
- Servicios para emergencias o situaciones de crisis.
- Administración de casos.
- Tratamiento residencial.
- Apoyo vocacional y laboral.
- Servicios de rehabilitación.
- Atención de relevo.
- Servicios de grupos de apoyo y de apoyo familiar.
- Otros tipos de servicios de apoyo.

Todos los afiliados de Health Choice son asignados a un “centro de salud integral” donde podrá obtener ese tipo de servicios. Llame a Servicios para Afiliados para ver a cuál se lo asignó. También podemos ayudarlo a agendar una consulta.

Algunos centros de salud integrales también tienen proveedores de atención primaria para que pueda recibir toda la atención, tanto física como conductual, en un solo lugar. Puede cambiarse a un nuevo centro de salud integral en cualquier momento.

Si necesita servicios de salud conductual, crearemos un equipo para que lo ayude a identificar sus necesidades de salud conductual y obtener servicios relacionados. Estos equipos se

denominan “equipos clínicos”, o más específicamente, “equipos infantiles y familiares” o “equipos de recuperación de adultos”. Luego, el equipo trabajará con usted en sus objetivos, hará evaluaciones continuas y planificará el servicio. Los integrantes del equipo dependerán de los profesionales de la salud conductual que trabajen con usted y de quién usted desee que forme parte del equipo. Los equipos pueden incluir afiliados, tutores, amigos, clérigos y otras personas de apoyo de la comunidad. Muchas veces la evaluación y su plan de servicio individual no se completarán en la primera cita, por lo tanto, trabajará con su equipo para continuar el proceso de evaluación y para desarrollar los servicios que mejor satisfagan sus necesidades y preferencias. Esto le permite a usted y a su equipo revisar continuamente el progreso y las necesidades para que usted pueda obtener la mejor atención.

Equipo infantil y familiar
El equipo infantil y familiar (CFT, por sus siglas en inglés) es un grupo definido de personas que incluye, como mínimo, al niño y su familia, y un representante de salud conductual. El equipo también incluirá a todas las personas importantes en la vida del niño identificadas y que el niño y la familia invitarán a participar. Estas personas pueden ser, por ejemplo, docentes, familiares, amigos, socios de apoyo familiar, proveedores de atención médica, entrenadores, proveedores de recursos comunitarios, representantes de afiliaciones religiosas, como iglesias, sinagogas o mezquitas, o agentes de otros sistemas de servicios como el Departamento de Seguridad Infantil (DCS, por sus siglas en inglés) de Arizona o la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), etc. La cantidad, el alcance y la intensidad de la participación de los integrantes del equipo se determinan por los objetivos establecidos para el niño, las necesidades de la familia para mantener al niño y los recursos necesarios para desarrollar un plan de servicio eficaz. El equipo infantil y familiar puede ampliarse y reducirse, según sea necesario, para que su hijo logre tener éxito.

Equipo de recuperación de adultos
Grupo de personas que trabajan juntas y participan activamente en la evaluación, planificación de servicios y prestación de servicios de una persona al seguir los nueve Principios rectores para los servicios y sistemas de salud conductual para adultos orientados a la recuperación. Como mínimo, el equipo está formado por la persona, su tutor (si corresponde), los defensores (si fueron asignados) y un representante calificado de salud conductual. El equipo también puede incluir integrantes de la familia de la persona inscrita, proveedores de servicios de salud física, salud mental o sociales, representantes u otras agencias que prestan servicios a la persona, profesionales que representan disciplinas relacionadas con las necesidades de la persona u otras personas identificadas por la persona inscrita.

Podrá cambiar los integrantes de equipo para satisfacer mejor sus necesidades y alcanzar los objetivos que se ha fijado.

PROCESO DE DERIVACIÓN POR ENFERMEDADES MENTALES GRAVES

Enfermedad mental grave (SMI, por sus siglas en inglés) es un término utilizado para referirse a las personas que necesitan apoyo adicional porque su enfermedad mental afecta su capacidad para actuar.

Una persona, su tutor, representante designado o familiar pueden solicitar que se determine la condición de SMI. Puede hablar con su proveedor de salud conductual acerca de comenzar este proceso.

Su proveedor de salud conductual completará una revisión y un paquete de evaluación de SMI dentro de los siete (7) días posteriores a la solicitud. Crisis Response Network (CRN) es responsable de revisar todas las solicitudes y determinar las SMI en el estado de Arizona. CRN tiene un plazo de tres (3) días para tomar la determinación. Cuando se haya tomado la decisión, se le enviará un aviso con los resultados con información sobre cómo comenzar a recibir los servicios y cómo apelar la decisión de elegibilidad de SMI. Si se le niega una solicitud de designación de SMI, puede apelar esta decisión a través de CRN. Consulte más información sobre apelaciones en la página 61. Una designación SMI resultará en un cambio de plan de salud a la RBHA en su región.

Si desea obtener más información sobre este proceso, puede visitar el sitio web de CRN en https://www.crisisnetwork.org/smi/community/#what-is-smi-determination o puede comunicarse con nuestro equipo de Servicios para Afiliados.

A veces, las personas necesitan una determinación urgente de SMI mientras están en un hospital por síntomas de una enfermedad mental. El proveedor de salud conductual trabaja con la persona y el hospital para completar la evaluación y el Paquete de evaluación de SMI. Cuando la persona se encuentra en un hospital fuera del área, Crisis Preparation and Recovery, Inc. ayuda a la persona y a su equipo de atención a completar las evaluaciones iniciales en el hospital.

ARIZONA'S VISION PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Todos los servicios de salud conductual se prestan de acuerdo con los siguientes principios del sistema. AHCCCS admite un sistema de prestación de servicios de salud conductual que incluye:

1. Acceso simple a la atención.
2. Participación del destinatario de los servicios de salud conductual y de los familiares.
3. Colaboración con la comunidad en general.
4. Innovación eficaz.
5. Expectativa de mejora.
6. Idoneidad cultural.

LOS DOCE PRINCIPIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A NIÑOS

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

2. **Desenlaces funcionales:**
   a. Los servicios de salud conductual están diseñados y se implementan para ayudar a los niños a alcanzar el éxito en la escuela, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y convertirse en adultos estables y productivos.
   b. La implementación del plan de servicios de salud conductual estabiliza la condición del niño y minimiza los riesgos de seguridad.

3. **Colaboración con otras personas:**
   a. Cuando los niños tienen una participación de múltiples agencias y múltiples sistemas, se desarrolla una evaluación conjunta yse implementa en colaboración un plan de servicios de salud conductual establecido conjuntamente.
   b. Los equipos centrados en el cliente planifican y brindan servicios.
   c. El equipo de cada niño incluye al niño y a sus padres, y a cualquier padre adoptivo, cualquier persona importante en la vida del niño que el niño o los padres inviten a participar. El equipo también incluye a todas las demás personas necesarias para desarrollar un plan eficaz, incluidos, según corresponda, el docente, el trabajador social del DCS o DDD y el oficial de supervisión del niño.
   d. El equipo:
      i. Desarrolla una evaluación común de las fortalezas y necesidades del niño y la familia.
      ii. Desarrolla un plan de servicios individual.
      iii. Supervisa la implementación del plan.
      iv. Realiza ajustes en el plan si no tiene éxito.

4. **Servicios accesibles:**
   a. Los niños tienen acceso a una amplia gama de servicios de salud conductual, suficientes para garantizar que reciban el tratamiento que necesitan.
   b. Se proporciona administración de casos, si es necesaria.
   c. Los planes de servicios de salud conductual identifican el transporte que los padres y el niño necesitan para acceder a estos servicios, y cómo se proporcionará la asistencia para el transporte.
   d. Los servicios de salud conductual se adaptan o crean cuando se necesitan, pero no están disponibles.

5. **Mejores prácticas:**
   a. Los servicios de salud conductual son proporcionados por personas competentes que están capacitadas y son supervisadas.
   b. Los servicios de salud conductual se brindan de acuerdo con las pautas que incorporan las "mejores prácticas" basadas en la evidencia.
   c. Los planes de servicios de salud conductual identifican y abordan adecuadamente los síntomas conductuales que son reacciones a la muerte de familiar, al abuso o maltrato, a los trastornos de aprendizaje y a otras circunstancias traumáticas o aterradoras similares, problemas de abuso de sustancias, necesidades especializadas de salud conductual de niños con discapacidades del desarrollo, desadaptación en su conducta sexual, que incluye conducta abusiva y conducta arriesgada, y la necesidad de estabilidad y de promover la permanencia en la vida de los integrantes de la clase, especialmente de aquellos en cuidado temporal.
   d. Continuamente se evalúan y modifican los servicios de salud conductual para verificar su eficacia en el logro de los resultados deseados.

6. **Entorno más adecuado:**
   a. En la medida de lo posible, los niños reciben servicios de salud conductual en su casa y en la comunidad.
   b. Los servicios de salud conductual se brindan en el entorno más integrado de acuerdo con las necesidades del niño. Cuando se prestan en un entorno residencial, el entorno es el más integrado y más parecido al hogar, lo cual es apropiado para las necesidades del niño.

7. **Pertinencia:**
   a. Los niños que necesitan servicios de salud conductual son evaluados y atendidos de inmediato.

8. **Servicios adaptados al niño y la familia:**
   a. Las fortalezas y necesidades únicas de los niños y sus familias determinan el tipo, la combinación y la intensidad de los servicios de salud conductual brindados.
   b. Se alienta y se ayuda a los padres y a los niños a articular sus propias fortalezas y necesidades, los objetivos que buscan y los servicios que creen que se requieren para alcanzar estos objetivos.

9. **Estabilidad:**
   a. Los planes de servicios de salud conductual tratan de minimizar las ubicaciones múltiples.
   b. Los planes de servicio identifican si un afiliado está en riesgo de experimentar una interrupción en la ubicación y, de ser así, identifican los pasos a seguir para minimizar o eliminar el riesgo.

c. Los planes de servicios de salud conductual anticipan crisis que podrían surgir e incluyen estrategias y servicios específicos que se emplearán si surge una crisis.
d. Al responder a las crisis, el sistema de salud conductual utiliza todos estos servicios apropiados para ayudar al niño a permanecer en la casa, minimizar las interrupciones de ubicación y evitar el uso inapropiado de la policía y el sistema de justicia penal.
e. Los planes de servicios de salud conductual anticipan y planifican adecuadamente las transiciones en la vida de los niños, incluidas las transiciones a nuevas escuelas y nuevas ubicaciones, y las transiciones a servicios para adultos.

10. Respeto por el patrimonio cultural único del niño y la familia:
a. Los servicios de salud conductual se prestan de una manera que respeta la tradición cultural y el patrimonio del niño y la familia.
b. Los servicios se prestarán en español a niños y padres cuyo idioma principal sea el español.

11. Independencia:
a. Los servicios de salud conductual incluyen apoyo y capacitación para padres que satisfagan las necesidades de salud conductual de sus hijos, y apoyo y capacitación para niños en el autocontrol.
b. Los planes de servicios de salud conductual identifican la necesidad de capacitación y apoyo de los padres y los niños para participar como socios en el proceso de evaluación, y en la planificación, la entrega y la evaluación de los servicios, y para garantizar la disponibilidad de dicha capacitación y apoyo, incluida la ayuda para transporte, debates anticipados, y la ayuda para comprender los materiales escritos.

12. Enlace con los apoyos naturales:
a. El sistema de salud conductual identifica y utiliza adecuadamente los apoyos naturales disponibles de la red de asociados del niño y de los padres, incluidos amigos y vecinos, y de organizaciones comunitarias, incluidas organizaciones de servicios y religiosas.

NUEVE PRINCIPIOS RECTORES DE LOS SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD CONDUCTUAL ORIENTADOS A LA RECUPERACIÓN PARA ADULTOS

1. Respeto
El respeto es fundamental. Se debe conocer a la persona donde se encuentra, sin juzgar y con mucha paciencia y compasión.

2. Las personas en recuperación eligen los servicios y están incluidas en las decisiones del programa y en las iniciativas de desarrollo del programa
Una persona en recuperación tiene voz y voto. Su autodeterminación en la orientación del servicio, las decisiones del programa y el desarrollo del programa es posible, en parte, por la dinámica continua de la educación, el análisis y la evaluación, creando así el

"consumidor informado" y la variedad más amplia posible de opciones para elegir. Las personas en recuperación deben participar en todos los niveles del sistema, desde la administración hasta la prestación de servicios.

3. **Concentrarse en la persona como un ser completo, mientras se incluyen o desarrollan apoyos naturales**
   Una persona en recuperación no se considera menos que un ser completo: capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. Por lo tanto, es necesario centrarse en potenciar la mayor autonomía posible y el estilo de vida más natural y completo. Esto incluye el acceso y la participación en los apoyos naturales y los sistemas sociales habituales de la comunidad social de una persona.

4. **Empoderar a las personas que toman medidas hacia la independencia y asumen riesgos sin temor al fracaso**
   Una persona en recuperación encuentra independencia a través de la exploración, la experimentación, la evaluación, la contemplación y la acción. Se mantiene una atmósfera en la que se fomentan y refuerzan los pasos hacia la independencia en un entorno en el que tanto la seguridad como el riesgo se valoran como características que promueven el crecimiento.

5. **Integración, colaboración y participación con la comunidad que se elije**
   Una persona en recuperación es un afiliado valioso y colaborador de la sociedad y, como tal, merece la comunidad y es beneficioso para esta. Tal integración y participación subraya la función de una persona como una parte vital de la comunidad, la dinámica de la comunidad es inextricable a partir de la experiencia humana. Se valora el servicio comunitario y el voluntariado.

6. **Asociación entre personas, personal y familiares/apoyos naturales para la toma de decisiones compartidas con una base de confianza**
   Una persona en recuperación, como cualquier integrante de una sociedad, encuentra fortaleza y apoyo a través de asociaciones. Las alianzas, basadas en la compasión con un enfoque en optimizar la recuperación, refuerzan la autoconfianza, amplían la comprensión en todos los participantes y conducen a la creación de protocolos y resultados óptimos.

7. **Las personas en recuperación definen su propio éxito**
   Una persona en recuperación, según su propia declaración, descubre el éxito, en parte, por los resultados de calidad de vida, que pueden incluir una sensación de mejora en el bienestar, una integración avanzada en la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas en recuperación son los expertos en sí mismos y definen sus propios objetivos y desenlaces deseados.

8. **Servicios basados en fortalezas, flexibles y receptivos que reflejan las preferencias culturales de una persona**
   Una persona en recuperación puede esperar y merece recibir servicios flexibles, oportunos y receptivos que sean accesibles, libres, confiables, responsables y sensibles a los valores y costumbres culturales. Una persona en recuperación es la fuente de su propia fuerza y resistencia. Aquellas personas que sirven como apoyos y facilitadores identifican, exploran y prestan servicios para optimizar las fortalezas demostradas en la persona como herramientas para generar una mayor autonomía y efectividad en la vida.

9. **La esperanza es la base del camino hacia la recuperación**
   Una persona en recuperación tiene la capacidad de tener esperanza y se desarrolla mejor en asociaciones que fomentan la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de la vida y crea el entorno para que los resultados positivos poco comunes e inesperados se hagan realidad. Una persona en recuperación se considera ilimitada en potencial y posibilidades.

CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA DE ESPECIALIDADES MÚLTIPLES (MSIC)
Una clínica interdisciplinaria de especialidades múltiples (MSIC) es una instalación donde especialistas de múltiples especialidades se reúnen con los afiliados y sus familias con el fin de proporcionar servicios interdisciplinarios para tratar a los afiliados.

Nuestras MSIC contratadas ofrecen una amplia gama de especialidades para satisfacer necesidades específicas. A continuación, se muestra una lista de las MSIC de la red de Health Choice:

District Medical Group Clinic 3141 N. 3rd Ave. Phoenix, AZ 85013	Audiología, cardiología, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, laboratorio y radiografías, nefrología, neurología, neurocirugía, nutrición, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla, oftalmología, ortopedia, pediatría (PCP), cirugía pediátrica, cirugía plástica, psicología, psiquiatría, reumatología, escoliosis, urología.
Children's Clinics for Rehabilitative Services 2600 N. Wyatt Dr. Tucson, AZ 85712	Anestesia, análisis conductual/psicología, cardiología, odontología y ortodoncia, pediatría de desarrollo, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, hematología, nefrología, neurología, neurocirugía, ortopedia, oftalmología, optometría, pediatría (PCP), dermatología pediátrica, cuidados paliativos pediátricos, cirugía pediátrica, medicina física, cirugía plástica, neumología, reumatología, urología.
Flagstaff Medical Center Children's Health Center 1215 N. Beaver St. Flagstaff, AZ 86001	Pediatría (PCP), endocrinología pediátrica, gastroenterología pediátrica, nefrología pediátrica, ortopedia pediátrica, fisioterapia, terapia del habla, urología pediátrica, silla de ruedas/asientos.

Yuma Regional Medical Center Children's Rehabilitative Services 2851 S. Avenue B. Yuma, AZ 85364	Audiología, cardiología, evaluación integral, craneofacial (labio leporino y paladar hendido), otorrinolaringología, endocrinología, gastroenterología, neurología, nutrición y alimentación, oftalmología, ortopedia, servicios ortopédicos, psiquiatría, evaluación y terapia del habla y el lenguaje, urología, servicios de sillas de ruedas.

* Algunos proveedores de especialidades y servicios pueden no estar disponibles en todas las áreas. Contáctese con MISC para ver qué servicios y ayudas están disponibles. Para obtener ayuda adicional, contáctese con Servicios para Afiliados.

Agendar una consulta

Agendar una consulta por adelantado con su proveedor es importante. Asegúrese de informar el motivo de la consulta, porque quizás deban atenderlo antes. Puede llamar a su proveedor directamente para agendar una consulta. Si necesita ayuda, también puede llamar a Servicios para Afiliados.

Cancelar o modificar turnos de consultas

Es importante que acuda a sus consultas, sin embargo, sabemos que a veces suceden imprevistos. Llame a su MISC directamente para cancelar o cambiar la consulta. Intente avisar al menos un día antes de la consulta. Si había solicitado a Health Choice Arizona un traslado o un intérprete, avísenos de inmediato para cancelarlos. Cuando reprograme una consulta, probablemente no obtenga otra de inmediato.

SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS (CRS): ¿Qué es el CRS?

El servicio de rehabilitación para niños (CRS, por sus siglas en inglés) es una designación que se proporciona a ciertos afiliados de AHCCCS con afecciones que califican. Los afiliados con una designación de CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos de AHCCCS que los afiliados de AHCCCS que no pertenecen a CRS y pueden obtener atención en la comunidad o en clínicas llamadas clínicas interdisciplinarias de especialidades múltiples (MSIC). Las MSIC reúnen a muchos proveedores especializados en un solo lugar. Su plan de salud ayudará a los afiliados con una designación de CRS con la coordinación y supervisión de la atención más de cerca para asegurarse de que se satisfagan las necesidades especiales de atención médica.

La elegibilidad para una designación de CRS la determina la División de Servicios para Afiliados (DMS, por sus siglas en inglés) de AHCCCS.

¿Quiénes son elegibles para una designación de CRS?

Los afiliados de AHCCCS pueden ser elegibles para una designación de CRS si:

- son menores de 21 años; y
- tienen una afección de CRS que califica.

La afección deberá:

- requerir tratamiento activo; y
- cumplir con los criterios, según el DMS de AHCCCS, tal como se especifica en R9-22-1301-1305.

Cualquier persona puede completar una solicitud de CRS, incluidos familiares, proveedores o representantes del plan médico. Para solicitar la designación de CRS envíe por correo o por fax:

- una solicitud de CRS completa; y
- documentación médica que respalde que el solicitante tiene una afección que califica como CRS y que requiere tratamiento activo.

Health Choice Arizona proporcionará la atención necesaria por razones médicas para los servicios de salud física y conductual y la atención para la afección de CRS.

CONSEJO DEFENSOR DE AFILIADOS

Health Choice Arizona ha desarrollado un consejo defensor que está abierto a todos los afiliados o cuidadores/representantes designados denominado “Consejo Defensor de Afiliados”. El Consejo Defensor de Afiliados es una iniciativa con base en la comunidad dirigida por el líder del área de Experiencia de Afiliados de Health Choice en asociación con el departamento de OIFA, para facilitar y coordinar foros que impulsarán cambios en el sistema. Las reuniones del consejo ofrecerán foros abiertos para que los afiliados, su apoyo y los socios de la comunidad compartan sus experiencias generales de atención. Si le gustaría participar o aprender más sobre el Consejo de Defensa de Pacientes y Familias, contáctese con Servicios para Afiliados.

APELACIONES

Health Choice Arizona puede denegar los servicios que su proveedor le solicite, también podemos limitar o suspender su atención. En ese caso, le enviaremos una carta. Esta se llama "Aviso de determinación adversa de beneficios".

En el aviso de determinación adversa de beneficios se explicarán la decisión y los motivos por los que la tomamos. Contendrá explicación de la ley, norma o política en la que nos basamos para tomar la decisión. Le informará la fecha de la decisión.

El aviso de determinación adversa de beneficios le explicará cómo solicitar una segunda revisión, si no está de acuerdo con nosotros. Esta revisión se llama "apelación". Le informaremos cómo continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación. El aviso de determinación adversa de beneficios también le explicará que, si la apelación no resulta en su favor, deberá pagar la atención que recibió durante el proceso de apelación.

Puede presentar una apelación; sin embargo, se recomienda consultar con su proveedor antes de presentarla. Su proveedor podría tener un plan de atención diferente que podría estar cubierto. El plan de atención puede incluir otro tipo de tratamiento con el mismo resultado para usted.

Si desea conocer los criterios en los que se basan las decisiones de beneficios, puede solicitar esa información.

APELACIONES PARA LOS AFILIADOS QUE PRESENTAN UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Esta sección se aplica a todas las personas con una determinación de enfermedad mental grave (SMI) y a las personas en litigio por la determinación de elegibilidad de enfermedad mental grave.

Se puede presentar una apelación por uno o más de los siguientes motivos:

- Decisiones sobre la determinación de elegibilidad de SMI de un afiliado.
- Suficiencia o idoneidad de la evaluación o cualquier otra revisión.
- Visión a largo plazo, metas del servicio, objetivos o plazos establecidos en el Plan de servicio individual (ISP, por sus siglas en inglés) o el Plan de tratamiento y alta hospitalarios (ITDP, por sus siglas en inglés).
- Servicios recomendados identificados en el informe de evaluación, ISP o ITDP.
- Servicios reales que se proporcionarán, según se describen en el ISP, el plan para servicios provisionales o el ITDP.
- Acceso o pronta prestación de servicios proporcionados conforme al Título 19.
- Decisión sobre la evaluación de cuotas o la denegación de exención de cuotas del afiliado.

- Denegación a una solicitud de revisión del resultado de una revisión, modificación o falta de modificación, o cancelación de un ISP o ITDP.
- Aplicación de los procedimientos y plazos para desarrollar el ISP o ITDP.
- Implementación del ISP o ITDP.
- Decisión de proporcionar planificación de servicios, incluida la prestación de servicios de evaluación o de gestión de casos, a un afiliado que rechace dichos servicios, o una decisión de no prestar dichos servicios al afiliado.
- Denegación del pago de una reclamación.
- Decisiones sobre la competencia, capacidad para tomar decisiones, necesidad de tutela u otros servicios de protección o necesidad de asistencia especial del afiliado.
- Incapacidad de Health Choice Arizona o AHCCCS para actuar dentro de los plazos con respecto a una apelación.
- Determinación de PASRR, en el contexto de una evaluación previa al ingreso o una revisión anual del residente, que afecta negativamente a la persona.

¿Quiénes pueden presentar apelaciones por los afiliados que presentan una enfermedad mental grave?

- El afiliado, su tutor, su representante designado o su proveedor de servicios pueden presentar apelaciones si el afiliado o su tutor lo autorizan.

Solicitud de apelación

- Apelación verbal: llame al (928) 774-7128 o al (877) 923-1400
- Apelación por fax: envíe un fax al (855) 408-3400
- Apelación escrita: Health Choice Arizona, Attn: Appeals 1300 South Yale Street, Flagstaff, AZ 86001

¿Qué sucede si presento una apelación?

- Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la apelación por parte de Health Choice Arizona, se le enviará una carta que confirma que se recibió la apelación donde se le informarán los procedimientos que se deben seguir durante el proceso de apelación.
- Dentro de los siete (7) días posteriores a la recepción del aviso de apelación, Health Choice Arizona celebrará una reunión informal con usted.
- La conferencia informal se programará a una hora y en un lugar convenientes.
- Usted y otros participantes de la reunión pueden participar por teléfono.
- Usted tiene derecho a que un representante designado de su elección lo ayude en la reunión informal.
- Health Choice Arizona informará a los participantes por escrito sobre la hora, la fecha y el lugar dos (2) días antes de la reunión.

Resolución de reunión informal
Si la apelación se resuelve de forma positiva para usted en la reunión informal, recibirá un aviso por escrito que describe el motivo de la apelación, los problemas involucrados, la resolución tomada y la fecha en que esta se implementará.

¿Qué sucede si no se llega a una resolución en la reunión informal con Health Choice Arizona?
Si no se llega a una resolución de la apelación durante la reunión informal con Health Choice Arizona y si la apelación no se relaciona con su elegibilidad para los servicios de salud conductual, el siguiente paso es celebrar una reunión informal con AHCCCS.

- AHCCCS debe celebrar esta reunión informal dentro de los quince (15) días posteriores a la notificación de Health Choice Arizona de que la apelación no se resolvió.
- Para las apelaciones aceleradas, la reunión informal con AHCCCS debe realizarse dentro de los dos (2) días posteriores a la notificación de Health Choice Arizona de que la apelación no se resolvió.
- Puede optar por renunciar a la reunión informal con AHCCCS; esto debe hacerse por escrito.

Apelaciones por determinaciones de elegibilidad de SMI
Si no se llegara a una resolución durante la reunión informal con Health Choice Arizona por una apelación para determinar la elegibilidad de SMI, el siguiente paso es pasar directamente al proceso de audiencia administrativa; no se llevará a cabo una reunión informal con AHCCCS en esta situación. *Consulte la sección "Audiencia administrativa" a continuación para obtener información sobre cómo solicitar este tipo de audiencia*.

¿Qué sucede si no se resuelve la apelación durante la reunión informal con AHCCCS o si renuncio a este tipo de reunión con AHCCCS?
Si renuncia a la reunión informal con AHCCCS, el siguiente paso es solicitar una audiencia administrativa. *Consulte la sección "Audiencia administrativa" a continuación para obtener información sobre cómo solicitar este tipo de audiencia*.

¿Continuaré recibiendo los servicios de SMI durante el proceso de apelación?
Durante el proceso de apelación, continuará recibiendo sus servicios de salud conductual mientras la apelación de una modificación o cancelación de un servicio de salud conductual cubierto estén pendientes, a menos que:

- Un médico decida que es necesario modificar o cancelar los servicios o si usted o su tutor aceptaran por escrito modificar o cancelar los servicios.

APELACIONES PARA LOS AFILIADOS QUE NO PRESENTAN UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE NI SON ELEGIBLES CONFORME A LOS TÍTULOS XIX/XXI

Si no es elegible conforme a los Títulos 19/21 (no a AHCCCS) y se determina que no tiene una enfermedad mental grave, puede apelar las acciones o decisiones relacionadas con los servicios de salud conductual que necesite y que estén disponibles a través de Health Choice Arizona.

SOLICITUD DE APELACIÓN

Puede solicitar una apelación si llama a los Servicios para Afiliados o escribe una carta a Health Choice Arizona dentro de los 60 días posteriores a la decisión.

Para presentar una apelación por teléfono:

- Llame a Servicios para Afiliados al 1-800-322-8670 y un representante lo ayudará.
- Tenga a mano su aviso de determinación adversa de beneficios cuando llame. Esto nos ayudará a obtener toda la información necesaria para comenzar su apelación.

Para presentar una apelación por escrito:

- Su carta de apelación debe enviarse directamente a Health Choice Arizona. No envíe la apelación a AHCCCS.
- Envíe la carta a:
  Health Choice Arizona
  Attn: Member Appeals
  410 N. 44th St., Suite 900
  Phoenix, AZ 85008

Tiene 60 días corridos desde la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios de Health Choice Arizona o la fecha de cualquier acción adversa para presentar su apelación. Health Choice Arizona le enviará una carta indicando que recibimos su solicitud. Se le enviará dentro de los cinco días hábiles.

Puede solicitar ver la información que estamos revisando para tomar la decisión. Puede solicitar ver los registros en cualquier momento durante el proceso de apelación.

También puede enviarnos más información si considera que nos ayudará con nuestra revisión. Esto incluye hablar con personas involucradas en su atención, como otro proveedor o familiar.

Una persona externa a Health Choice Arizona que no estuvo involucrada en el aviso de determinación adversa de beneficios que negó, limitó o suspendió la atención revisará su archivo.

Tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días.

Después de analizar su apelación, le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión. Esta carta se llama “carta de resolución de apelación”.

LIBERTAD DE ELECCIÓN
Tiene la libertad de elegir entre los proveedores dentro de la red de Health Choice Arizona. Puede elegir un médico de atención primaria (PCP) y otros proveedores de la lista de la red Health Choice. Esto también incluye el derecho a rechazar la atención de los proveedores. También tiene derecho a una segunda opinión.

AUDIENCIA ADMINISTRATIVA
Si los problemas en el conflicto no se resuelven a su favor, usted o su tutor recibirán un aviso por escrito que detalle el proceso para solicitar una audiencia administrativa. La solicitud de audiencia por escrito presentada ante AHCCCS OALS debe contener la siguiente información:

- Nombre del caso (nombre del solicitante o afiliado que recibe los servicios, nombres del apelante y el número de expediente de AHCCCS);
- La decisión que se apela;
- La fecha de la decisión que se apela; y
- El motivo de la apelación.

En caso de que se presente una solicitud de audiencia administrativa ante Health Choice Arizona, Health Choice Arizona se asegurará de que AHCCCS OGA reciba dicha solicitud por escrito, el expediente del caso de la apelación y toda la documentación de respaldo dentro de los tres (3) días a partir de esa fecha.

Las audiencias administrativas se llevarán a cabo y se decidirán de conformidad con las secciones 41-1092 y ss. de los A.R.S.

APELACIÓN ACELERADA
Si no puede esperar 30 días hasta que se tome una decisión, puede solicitar a Health Choice que tome una decisión más rápido. Si esperar 30 días pudiera causar un daño grave a su salud, vida o su capacidad para recuperarse o seguir desempeñándose al máximo nivel, puede solicitar una decisión más expeditiva.
Esta se llama “apelación acelerada”. Este proceso sigue los mismos pasos que una apelación estándar, excepto que la decisión se toma en un plazo de 72 horas, en lugar de 30 días.

Cuando Health Choice Arizona tome una decisión rápida, intentaremos llamarlo dentro de las 72 horas. También recibirá una carta con el aviso de resolución de apelación acelerada. En esta carta se le informará nuestra decisión.

Si Health Choice Arizona no acepta que se deba tomar una decisión rápida, se tomará una

decisión dentro de los 30 días. Recibirá una carta con el aviso de resolución de apelación, que le informará nuestra decisión.

AVISO DE EXTENSIÓN
Health Choice Arizona responderá su solicitud de apelación lo antes posible. Sin embargo, a veces le convendrá que se tome más tiempo para tomar una decisión.

Le informaremos por carta en caso de necesitar más tiempo. Esa carta se llama "aviso de extensión". Esto significa que Health Choice Arizona tiene 14 días más para tomar una decisión. También le informaremos cómo puede presentar una queja si no está de acuerdo en que deberíamos tomarnos más tiempo.

Si necesita más tiempo, puede solicitar una extensión. Esto puede ayudarlo a obtener toda la información que necesita para su apelación.

USO DE UN REPRESENTANTE
Si elige apelar el aviso de determinación adversa de beneficios, tiene derecho a permitirle a otra persona que lo ayude. A la persona que lo ayuda se la llama "representante". Esta persona puede ser un familiar, amigo, proveedor o abogado, si lo desea. El proceso es el mismo si presenta la apelación usted mismo o si otra persona lo ayuda. El plazo también es el mismo, en cualquier caso.

Cuando Health Choice Arizona le envíe el aviso de determinación adversa de beneficios, también le enviará una lista de agencias que pueden ayudarlo a presentar su apelación. Si necesita otra lista, llame a Servicios para Afiliados. Debe enviarnos una carta informándonos el nombre de la persona que lo ayuda a presentar una apelación, si la tiene.

Infórmenos si necesita ayuda para presentar una apelación, pero no tiene a nadie que pueda hacerlo. Puede hacerlo por carta.

Envíe su carta con la información del representante a:
Health Choice Arizona
Attn: Member Appeals
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008

PAGO DE LOS SERVICIOS

COPAGOS

Algunas personas que reciben beneficios de AHCCCS Medicaid se les pide que paguen copagos por algunos de los servicios médicos de AHCCCS que reciben.

* NOTA: Los copagos a los que se hace referencia en esta sección se refieren a los copagos cobrados por Medicaid (AHCCCS). No significa que una persona esté exenta de los copagos de Medicare.

No se les pide a las siguientes personas que paguen copagos:

- Personas menores de 19 años,
- Personas determinadas a tener una enfermedad mental grave (SMI),
- Una persona designada elegible para los Servicios de rehabilitación para niños (CRS) de conformidad con el Título 9, Capítulo 22, Artículo 13,
- Miembros de ACC, CMDP y RBHA que residen en centros de enfermería o instalaciones residenciales como un hogar de vida asistida y solo cuando la condición médica del miembro de otro modo requeriría hospitalización. La exención de copagos para estos miembros se limita a 90 días en un año de contrato,
- Personas que están inscritas en el Sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS),
- Personas que son beneficiarios calificados de Medicare,
- Personas que reciben cuidados paliativos,
- Miembros indígenas estadounidenses que son usuarios activos o anteriores del Servicio de Salud para Indígenas, programas de salud tribales operados bajo la Ley Pública 93-638 o programas urbanos de salud para indígenas.
- Personas en el Programa de tratamiento del cáncer de mama y cuello uterino (BCCTP),
- Personas que reciben servicios de bienestar infantil bajo el Título IV-B sobre la base de ser un niño en cuidado de crianza o recibir asistencia de adopción o cuidado de crianza bajo el Título IV-E independientemente de su edad,
- Personas que están embarazadas y durante el período posparto después del embarazo, y
- Individuos en el Grupo de adultos (por tiempo limitado **).

**** NOTA:** Durante un tiempo limitado, las personas que son elegibles en el grupo de adultos no tendrán copagos. Los miembros del grupo de adultos incluyen personas que fueron transferidas del programa AHCCCS Care, así como personas que tienen entre 19 y 64 años de edad, que no tienen derecho a Medicare, que no están embarazadas y que tienen ingresos iguales o inferiores a 133% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y que no son elegibles para AHCCCS bajo ninguna otra categoría. Los copagos para las personas del grupo de adultos con ingresos superiores al 106% del nivel federal de pobreza están planificados para el futuro. Se informará a los miembros sobre cualquier cambio en los copagos antes de que ocurran.

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

• Hospitalizaciones,
• Servicios de emergencia,
• Servicios y suministros de planificación familiar,
• Atención médica relacionada con el embarazo y atención médica para cualquier otra afección médica que pueda complicar el embarazo, incluido el tratamiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas.
• Servicios preventivos, como visitas de bienestar, pruebas de Papanicolaou, colonoscopias, mamografías e inmunizaciones.
• Servicios prevenibles por proveedores, y
• Servicios recibidos en el departamento de emergencias.

PERSONAS CON COPAGOS OPCIONALES (NO OBLIGATORIOS)
A las personas elegibles para AHCCCS a través de cualquiera de los programas a continuación se les pueden cobrar copagos no obligatorios, a menos que:

1. Están recibiendo uno de los servicios anteriores al que no se les puede cobrar un copago, o
2. Están en uno de los grupos anteriores a los que no se les puede cobrar un copago.

Los copagos no obligatorios también se denominan copagos opcionales. Si un miembro tiene un copago no obligatorio, el proveedor no puede negar el servicio si el miembro declara que no puede pagar el copago. Los miembros de los siguientes programas pueden tener que pagar un copago no obligatorio por parte de su proveedor:

• AHCCCS para familias con niños (1931),
• Seguro de transición para adultos jóvenes (YATI) para jóvenes en hogares de acogida,
• Asistencia estatal para la adopción para niños con necesidades especiales que están siendo adoptados,
• Recibir ingresos de seguridad suplementarios (SSI) a través de la Administración del Seguro Social para personas de 65 años o más, ciegas o discapacitadas,
• SSI Medical Assistance Only (SSI MAO) para personas de 65 años o más, ciegas o discapacitadas,
• Libertad para trabajar (FTW).

Pídale a su proveedor que busque su elegibilidad para averiguar qué copagos puede tener. También puede averiguarlo llamando a Servicios para miembros de Health Choice Arizona. También puede consultar el sitio web de Health Choice Arizona para obtener más información.

A los afiliados de AHCCCS con copagos no obligatorios se les puede solicitar que paguen los siguientes copagos no obligatorios por servicios médicos:

CANTIDADES DE COPAGO OPCIONALES (NO OBLIGATORIOS) PARA ALGUNOS SERVICIOS MÉDICOS

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos recetados	$2.30
Servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	$2.30
Consultas en el consultorio del médico u otro proveedor ambulatorio para la evaluación y administración de su atención	$3.40

Los proveedores médicos le solicitarán que pague estas sumas, pero NO le negarán los servicios si usted no puede pagarlos. Si no puede pagar un copago, infórmelo a su proveedor médico para que no se le nieguen los servicios.

PERSONAS QUE DEBEN PAGAR COPAGOS (OBLIGATORIOS)

Algunos afiliados de AHCCCS deben pagar copagos (obligatorios) a menos que estén recibiendo uno de los servicios anteriores por los que no se puede cobrar copago o que pertenezcan a uno de los grupos anteriores en los que no se puede cobrar copago. Los afiliados con copagos obligatorios deberán pagar los copagos para obtener los servicios. Los proveedores pueden rechazar los servicios a estos afiliados si no pagan los copagos obligatorios. Los copagos obligatorios se cobran a las personas en familias con niños que ya no son elegibles debido a los ingresos, a esto se lo conoce como Asistencia Médica Transitoria (TMA, por sus siglas en inglés)

Los adultos que reciben TMA deben pagar copagos (obligatorios) por algunos servicios médicos. Si usted está en el Programa TMA ahora o si es elegible para recibir los beneficios de TMA más adelante, se le informará mediante un aviso de DES o AHCCCS. Los copagos para los afiliados de TMA se enumeran a continuación.

CANTIDADES DE COPAGO OBLIGATORIOS PARA PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS DE TMA

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos recetados	$2.30
Consultas en el consultorio del médico u otro proveedor ambulatorio para la evaluación y administración de su atención	$4.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	$3.00
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios que no sean de emergencia o voluntarios	$3.00

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

LÍMITE DEL 5 % EN TODOS LOS COPAGOS
La suma total de los copagos no puede exceder el 5 % del ingreso total de la familia (antes de impuestos y deducciones) durante un trimestre corrido (enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre y octubre a diciembre). Se aplica el límite del 5 % tanto a los copagos nominales como a los requeridos.

AHCCCS hará un seguimiento de los niveles de copago específicos de cada afiliado para identificar a los que hayan alcanzado el límite de copago del 5 %. Si considera que los copagos totales que ha pagado exceden el 5 % de los ingresos trimestrales totales de su familia y AHCCCS aún no le ha informado esto, debe enviar copias de los recibos u otra constancia de los pagos a AHCCCS, 801 E. Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034.

Si está en este programa, pero sus circunstancias han cambiado, comuníquese con la oficina local del DES para solicitar que se revise su elegibilidad. Los afiliados siempre pueden solicitar una nueva evaluación de su límite del 5 % si sus circunstancias han cambiado.

PAGO DE SERVICIOS CUBIERTOS POR HEALTH CHOICE ARIZONA
Usted puede elegir entre muchos médicos de nuestra red. Si tiene Medicare u otro seguro, elija un médico de la red Health Choice Arizona.

Los médicos que no están en nuestra red deberán comunicarse con nosotros para obtener aprobación previa. Si no obtienen la aprobación, probablemente no podamos cubrir a los médicos fuera de la red. Solo tendrá que pagar su copago obligatorio por todos los servicios cubiertos. Para obtener más información sobre copagos, consulte la página 67.

Su proveedor debe enviar todas las facturas de los servicios cubiertos a Health Choice Arizona. Si recibe una factura de servicios cubiertos:

- Llame de inmediato al proveedor.
- Bríndele toda la información del seguro.
- Asegúrese de que el proveedor tenga la dirección de facturación de Health Choice Arizona.
- No pague la factura de su bolsillo. No le reembolsaremos los servicios cubiertos. Si recibe servicios que no sean de emergencia fuera de Arizona, es posible que deba pagarlos.

Si el proveedor le sigue enviando facturas después de que le proporcionó la información de su plan médico, llame a Servicios para Afiliados. Revisaremos los cargos y trabajaremos con el proveedor para que deje de enviarle facturas.

NOTA: no debe pagar los servicios cubiertos después de inscribirse en Health Choice Arizona porque no le devolveremos el dinero. Solo pagamos los servicios de los proveedores de forma directa.

Infórmenos si recibe una factura o si pagó servicios cubiertos. Trabajaremos con su proveedor para que nos facture a nosotros y devolverle su dinero.

PAGO DE SERVICIOS NO CUBIERTOS POR HEALTH CHOICE ARIZONA

Puede consultar con un proveedor acerca de un servicio que no esté cubierto. El proveedor le informará el costo del servicio. Puede decidir si desea pagar el servicio usted.

Si elige pagar por el servicio, deberá firmar una declaración por escrito en la que acepte pagar los costos. Health Choice Arizona no le reembolsará los servicios que no estén cubiertos.

Si debe pagar un copago para recibir un servicio que no esté cubierto, debe pagarlo usted. Health Choice Arizona no cubrirá este copago.

Ningún proveedor en la red de Health Choice Arizona se niega a proporcionar servicios debido a objeciones morales o religiosas. Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos, también puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener ayuda.

OTROS SEGUROS

Puede tener otro seguro además de AHCCCS. Este se llama “seguro primario”. Por ley, AHCCCS es el pagador de última instancia. Debe informar a AHCCCS y a Health Choice si tiene otro seguro. Incluye Medicare.

Si obtiene otro seguro mientras está en el plan, debe informar a AHCCCS y a Health Choice. Su otro seguro será el que siempre pague primero. Luego, Health Choice Arizona cubrirá su parte. Esto significa que su proveedor le facturará primero al otro seguro. Health Choice Arizona lo ayudará a coordinar sus beneficios de AHCCCS con el otro seguro. Tener otro seguro o Medicare puede afectar los importes de copagos, coseguros o deducibles.

Si tiene Medicare u otro seguro, elija un médico de la red Health Choice Arizona. Los médicos que no están en nuestra red deberán comunicarse con nosotros para obtener aprobación previa. Si se atiende con un proveedor que no está en nuestra red, debe pagar el copago, el coseguro o el deducible. Lleve todas sus tarjetas de seguros a sus consultas médicas. Informe a su médico y a nosotros si usted o su familia tienen otro seguro médico, incluido Medicare. Esto ayudará a que su médico sepa a quién debe facturarle.

BENEFICIARIOS DE MEDICARE (ELEGIBILIDAD DOBLE)
Las personas que tienen AHCCCS y Medicare se denominan “de elegibilidad doble”. Si tiene Medicare, Health Choice Arizona puede ayudarlo a pagar coseguros y deducibles de Medicare (esto también se conoce como “costo compartido”). Sin embargo, Medicaid no cubre medicaciones cubiertas por la Parte D de Medicare y no paga copagos, coseguros ni lo deducible por las medicaciones de la Parte D de Medicare. AHCCCS cubre las medicaciones que no están incluidas en la cobertura de la Parte D de Medicare cuando sea médicamente necesario. Un medicamento excluido es un medicamento que no es elegible para la cobertura de la Parte D de Medicare. AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos de venta libre, consulte la lista de medicamentos de venta libre de Health Choice Generations para ver productos disponibles en nuestro sitio web en https://www.healthchoicegenaz.com/members/member-information/ o llame a Servicios para Afiliados a fin de solicitar una copia impresa.

Para aquellos afiliados que hayan recibido el diagnóstico de una enfermedad mental grave, Health Choice Arizona cubrirá los copagos de medicamentos recetados a los afiliados a los que un proveedor de salud mental contratado les haya recetado un medicamento de salud mental.

Si está inscrito en un Plan de Atención Administrada de Medicare (HMO), busque un PCP que forme parte de su HMO de Medicare y de la red de Health Choice Arizona. Debe optar por un proveedor de Health Choice Arizona para cualquier otro servicio que reciba.

Si necesita ayuda para encontrar un PCP o proveedor que forme parte de la red de Health Choice Arizona, llámenos. Con gusto lo ayudaremos.

Si tiene Medicare, Health Choice ahora será su proveedor de salud conductual.
Si tiene preguntas, llámenos. Con gusto lo ayudaremos.

BENEFICIARIOS CALIFICADOS DE MEDICARE (QMB)
Algunos afiliados con elegibilidad doble pueden ser Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB). Si usted es un afiliado QMB, puede obtener más ayuda con los costos compartidos para servicios que generalmente no están cubiertos por AHCCCS o no los presta un proveedor de Health Choice Arizona. Llámenos para poder ayudarlo a comprender sus beneficios.

PLAZOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA FARMACIAS Y SERVICIOS MÉDICOS
Todas las solicitudes de autorización previa para farmacias se revisan dentro de las 24 horas posteriores a la recepción. Las decisiones se tomarán dentro de las 24 horas para aquellas solicitudes con información completa del prescriptor. Si se necesita más información del

prescriptor para poder tomar una decisión, nos comunicaremos con esta persona y la decisión se tomará dentro de los 7 días corridos posteriores a la recepción del caso. Se podrá enviar un aviso de extensión si Health Choice Arizona necesitara información adicional para decidir.

Para las autorizaciones previas de servicios médicos, tomaremos una determinación dentro de los 14 días corridos posteriores a la recepción de la solicitud. Si tiene un problema de salud grave y potencialmente mortal, su médico puede solicitarnos que tomemos la determinación más rápidamente. En este caso, su médico puede enviarnos una solicitud acelerada de aprobación dentro de las 72 horas.

RECLAMOS (QUEJAS)

Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna parte de su atención médica, o si desea presentar una queja sobre Health Choice Arizona, comuníquese con Servicios para Afiliados. Su problema o inquietud se tratará como un reclamo (o queja).

PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA

Si no está satisfecho con la atención médica que recibió, tiene derecho a presentar una queja. También puede presentar una queja o reclamo sobre Health Choice Arizona. Le da la oportunidad de exponernos sus inquietudes.

Puede presentar una queja sobre asuntos relacionados con su atención médica, como:

- Pertinencia.
- Si la atención del tratamiento es apropiada.
- Acceso a la atención.
- Calidad de la atención.
- Actitud del personal.
- Actitudes groseras.
- Adecuación de las cartas de aviso de determinación adversa de beneficios.
- Cualquier otro tipo de problema que haya tenido con su servicio de atención médica.
- Cualquier otro tipo de problema que pueda tener con su plan médico.

Puede presentar una queja formal por teléfono o por escrito.

Para presentar una queja por teléfono:

- Llame a Servicios para Afiliados y lo ayudaremos.
- El representante le preguntará sobre la inquietud. Esto nos ayudará a obtener toda la información necesaria para abordar el tema.
- Dígale al representante la fecha en que ocurrió el problema y cualquier otro dato sobre el problema.

Para presentar una queja formal por escrito, envíe una carta a:
Health Choice Arizona
Attn: Member Grievances
410 N. 44th St., Suite 500
Phoenix, AZ 85008

Health Choice Arizona analizará cuidadosamente su inquietud. Estamos para ayudarlo. Quizás nos contactemos con usted para obtener más información o hablar con otras personas

involucradas en su atención. Una vez que revisemos el asunto, le enviaremos una carta informándole la resolución.

Tenga en cuenta lo siguiente: también tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Administración Médica de AHCCCS si considera que Health Choice no resolvió sus inquietudes sobre la adecuación de una carta de aviso de determinación adversa de beneficios (también se la describe en "Apelaciones"). Puede enviar un correo electrónico al Departamento de Administración Médica de AHCCCS a MedicalManagement@azahcccs.gov.

QUEJA DE SMI/SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN PARA LOS AFILIADOS QUE PRESENTAN UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

El proceso de reclamo/solicitud de investigación de SMI se aplica a los servicios de salud conductual recibidos por afiliados adultos que tengan una enfermedad mental grave sobre.

Puede presentar una queja/solicitud de investigación de SMI si considera que:

- No se respetaron sus derechos.
- El personal de un proveedor abusó de usted o lo maltrató.
- Ha sido sometido a un entorno de tratamiento peligroso, ilegal o inhumano.

Tiene 12 meses desde el momento en que ocurrió la infracción de los derechos para presentar una queja/solicitud de investigación de SMI sobre cualquier servicio de salud conductual que haya recibido. Puede presentar una queja/solicitud de investigación de SMI de forma verbal o por escrito. Puede solicitar los formularios de quejas/solicitud de investigación en Health Choice Arizona y a los proveedores de servicios de salud conductual. También puede solicitar ayuda para completarlos. Para presentar su queja/solicitud de investigación de SMI de forma verbal o escrita, comuníquese con:

Por escrito:
Office of Grievance and Appeals
1300 South Yale Street
Flagstaff, AZ 86001

Teléfono:
1-800-322-8670, TTY: 711

AHCCCS investiga las quejas relacionadas con el abuso físico, el abuso sexual o la muerte de una persona. Para presentar una queja verbal o escrita sobre abuso físico, abuso sexual o la muerte de una persona, comuníquese con AHCCCS/OALS, Behavioral Health Grievance and Appeals Office of Grievance and Appeal, 701 E. Jefferson St., Mail Drop 6200, Phoenix, Arizona 85034, o llame al número gratuito del estado de AHCCCS: Número sin cargo para

llamar desde fuera del estado: 1-800-654-8713 (fuera del condado de Maricopa). 1-800-523-0231. Las personas hipoacúsicas o con problemas de audición pueden llamar al Servicio de Retransmisión de Arizona al 711.

En caso de realizarse una investigación, se le informará el nombre del investigador en la carta. Esta se enviará dentro de los 7 días posteriores a la presentación de su reclamo. El investigador se comunicará con usted para hacerle una entrevista sobre la queja. También se comunicará con la persona que usted considere que fue responsable de incumplir sus derechos. El investigador entrevistará a esa persona y a otras personas involucradas. También recopilará cualquier otra información necesaria para determinar si se infringieron sus derechos.

Dentro de los 35 días posteriores a la asignación de un investigador, a menos que se solicite una extensión, se le enviará la decisión por escrito de los hallazgos, conclusiones y recomendaciones de la investigación. También se le informará si tiene derecho a apelar la decisión en caso de que no esté de acuerdo con las conclusiones de la investigación. Para apelar la decisión de reclamo de SMI, debe escribir a AHCCCS/The Office of Administrative Legal Services (OALS) Behavioral Health Office of Grievances and Appeals dentro de los 30 días.

Si presenta una queja/solicitud de investigación, la calidad de su atención no se verá afectada.

AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL

DERECHO DEL AFILIADO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de Health Choice Arizona, tiene derecho a solicitar una audiencia. Esta se llama “audiencia estatal imparcial”.

La información sobre cómo solicitar una audiencia estatal imparcial se incluirá en la carta de aviso de resolución de apelación (o aviso de resolución de apelación acelerada).

El proceso de audiencia estatal imparcial ofrece la oportunidad de que un juez de un tribunal administrativo escuche su solicitud. Debe solicitar esta audiencia por escrito. Tiene 120 días a partir de la fecha en que reciba la carta de aviso de resolución de apelación (o aviso de resolución de apelación acelerada) para solicitar una audiencia estatal imparcial.

Para solicitar una audiencia estatal imparcial por escrito, envíe una carta a:
Health Choice Arizona
Attention: Member Appeals
1300 South Yale Street
Flagstaff, AZ 86001

Después de solicitar una audiencia imparcial estatal, recibirá un aviso de audiencia. El aviso le informará la ley, norma o política que se utilizará en la audiencia. También le informará la ubicación y la hora de la audiencia.

Recibirá información sobre el proceso de audiencia. Tendrá derecho a hablar en la audiencia.

Puede otorgar permiso por escrito a un abogado, un familiar, un amigo o cualquier otra persona para que hable en su representación en la audiencia.

Antes y durante la audiencia, usted (y la persona que lo ayuda) puede ver toda la documentación que se utilizará en la audiencia.

Puede llevar a la audiencia a cualquier persona que conozca su caso. También puede llevar información sobre su caso.

QUÉ ESPERAR EN LA AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL

Un juez de derecho administrativo celebrará la audiencia estatal imparcial. El juez escuchará todo lo que se diga en la audiencia. También leerá todos los documentos.

Después de la audiencia, el juez enviará una decisión recomendada a AHCCCS. AHCCCS leerá la decisión recomendada y estará de acuerdo con ella, la modificará o la rechazará. AHCCCS luego le enviará una carta informándole la decisión. Esta carta se llama “Decisión del director”.

En ella se informará si la decisión lo beneficia o no. También le informará los motivos por los cuales AHCCCS tomó esa decisión y si tiene más derechos para apelar.

AHCCCS enviará la decisión del director aproximadamente 90 días después de la audiencia estatal imparcial. En caso de una apelación rápida, recibirá la decisión del director tres días hábiles después de que AHCCCS reciba toda la información por parte de Health Choice Arizona.

Si la audiencia estatal imparcial no resulta a su favor, por medio de la decisión del director se le indicará si debe pagar la atención que recibió durante el proceso de la audiencia.

RECIBIR BENEFICIOS CONTINUOS

Puede seguir recibiendo atención médica durante los procesos de apelación y audiencia estatal imparcial si se cumplen **todas** las siguientes condiciones:

- Health Choice Arizona cancela o limita la atención ya aprobada anteriormente.
- Su médico indicó la atención.
- El periodo desde que aprobamos su atención no ha expirado.
- Usted solicitó seguir recibiendo atención.
- Usted nos envió su apelación antes de que suspendamos o limitemos sus tratamientos, o dentro de los diez días posteriores a la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios, lo que ocurra más tarde.

Usted continuará obteniendo la atención **hasta que**:

- Solicite detener la apelación o audiencia.
- No solicite atención continua o una audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha en que le enviemos el aviso de resolución de apelación.
- Usted no se presente a la apelación estatal imparcial.
- El periodo de tiempo aprobado para su atención finalice.

Nota: tendrá que pagar por toda la atención que reciba si no se presenta a la apelación o la audiencia estatal imparcial.

TRANSFERENCIA DE SUS SERVICIOS MÉDICOS A UN PLAN AHCCCS (exclusión voluntaria)
Los afiliados con una determinación de enfermedad mental grave e inscritos en un plan para servicios médicos y de salud conductual pueden solicitar un plan diferente. Este proceso se llama "exclusión voluntaria". Solo se aprobará la exclusión voluntaria por ciertas razones. Para solicitar una exclusión voluntaria, el afiliado deberá demostrar daño o trato injusto en cuanto a:

1. La obtención de la atención médica.
2. La obtención de atención médica de calidad.
3. Proteger la privacidad o los derechos de los afiliados.
4. Elegir un proveedor.

Si desea solicitar una exclusión voluntaria, comuníquese con los Servicios para Afiliados al 1-800-322-8670.

Antes de que lo transfieran a otro plan de atención médica de AHCCCS, Health Choice Arizona intentará resolver sus inquietudes. Si Health Choice Arizona no puede resolver sus inquietudes, usted o su representante designado pueden solicitar un cambio de plan médico si se comunican con Servicios para Afiliados.

Si solicita un cambio porque se lo discriminó, trató injustamente o si cree que existe la posibilidad de que se lo discrimine o trate de forma injusta, deberá presentar pruebas. El solo hecho de estar inscrito en una RBHA integrada no prueba una discriminación real o potencial, ni un trato injusto.

En el proceso de revisión de Health Choice Arizona se seguirán estos pasos:

1. Le confirmaremos que está inscrito en el plan integrado.
2. Un representante de Servicios para Afiliados registrará sus reclamaciones de daño real o de posible discriminación o tratamiento injusto a causa de la inscripción en el plan de la RBHA.
3. El representante de Servicios para Afiliados completará el formulario "Transferencia de un afiliado de SMI inscrito en una RBHA integrada a un contratista de atención aguda de AHCCCS" e incluirá cualquier evidencia que usted o su representante proporcionen.

La aprobación o denegación se le informará por escrito dentro de los diez (10) días de su solicitud. Si se aprueba su solicitud, Health Choice Arizona trabajará con su nuevo plan de atención médica de AHCCCS para garantizar que no haya interrupciones en su atención. Si su solicitud se rechaza, se le informarán los motivos y su derecho a presentar una apelación.

DERECHOS DE LOS AFILIADOS

Como afiliado de Health Choice Arizona, usted tiene el derecho de:

- Elegir un médico de atención primaria (PCP) y otros proveedores de la lista de la red de Health Choice Arizona. Esto también incluye el derecho a rechazar la atención de los proveedores.
- También tiene derecho a obtener una segunda opinión.
- Usted tiene libertad para elegir entre los proveedores dentro de la red de Health Choice Arizona.
- Presentar quejas sobre Health Choice Arizona. Esta queja puede ser completada con Health Choice Arizona o AHCCCS. No se le pueden negar los servicios si presenta una queja.
- Solicitar información sobre la estructura y la operación de Health Choice Arizona o sus subcontratistas.
- Solicitar información sobre si Health Choice Arizona tiene o no planes de acciones médicas (PIP, por sus siglas en inglés) que afecten el uso de los servicios de derivación, derecho a conocer los tipos de acuerdos de compensación que usa Health Choice Arizona, derecho a saber si se requiere un reaseguro por exceso de pérdidas y derecho a obtener un resumen de los resultados de la encuesta de afiliados, de acuerdo con la reglamentación de los PIP.
- Que se lo trate de manera justa cuando reciba atención médica. Esto significa poder tener acceso igualitario a todos los servicios de Health Choice Arizona. Health Choice no discrimina a ningún afiliado por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, estado de salud conductual (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética ni capacidad de pago.
- Todos los afiliados también tienen derecho a ejercer sus derechos y que el ejercicio de esos derechos no afecte negativamente la prestación de servicios al afiliado (Título 42, parte 438, sección 100, subparte (c) del CFR).
- Obtener una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado dentro de la red o una segunda opinión de un profesional fuera de la red, solo si no hubiese cobertura adecuada dentro de la red, sin costo.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de acuerdo con su afección y de manera que pueda comprenderlas.
- Crear un plan que informe a los proveedores de atención médica qué tipo de tratamiento desea o no desea recibir si se enfermara gravemente como para tomar sus propias decisiones de atención médica. Se llaman “Directivas anticipadas”. Podemos brindarle información para ayudarlo a elaborar sus propias directivas anticipadas.
- Obtener un cuidador suplente para “servicios críticos” dentro de las dos horas.
- Tiene derecho a obtener otro tipo de información, por ejemplo:
  - Cómo obtener servicios fuera de los horarios de atención y de emergencia.
  - Opciones de tratamiento disponibles (incluso la opción de no recibir tratamiento).
  - Autorización previa, derivaciones o cualquier procedimiento especial necesario para recibir servicios médicos.

- Cómo obtener servicios de salud mental y contra abuso de sustancias.
- Cómo obtener servicios fuera del área de servicio de Health Choice Arizona.
- Cómo recibir servicios cubiertos que no se ofrecen o no están disponibles a través del plan médico.
- El derecho a recibir servicios de planificación familiar por parte del proveedor registrado apropiado.
- Una descripción de cómo la organización evalúa el uso apropiado de los nuevos desarrollos en tecnología médica y las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes para su inclusión como beneficio cubierto. Los nuevos dispositivos y procedimientos médicos son evaluados por el equipo de administración médica de Health Choice Arizona para:
  - Mantenerse al tanto de los cambios continuos en la tecnología médica.
  - Asegurar que nuestros afiliados tengan una atención segura, eficaz y basada en la evidencia.
  - Revisar la información de los organismos reguladores gubernamentales apropiados, como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
  - Obtener información de especialistas y profesionales con conocimientos únicos sobre la tecnología específica revisada.
  - Mantener el cumplimiento de todos los organismos reguladores federales y estatales y agencias de acreditación aplicables a los planes de Health Choice.
- Información sobre quejas, apelaciones y solicitudes de audiencias.
- Revisar sus historias clínicas en cualquier momento. Tiene derecho a solicitar una copia de estas por lo menos una vez por año. Usted no debe pagar nada.
- Tiene derecho a recibir una respuesta por escrito de Health Choice Arizona dentro de los 30 días de su solicitud.
- En el caso de una denegación, tiene derecho saber por qué se rechazó su solicitud.
- Tiene derecho a solicitar que se revise una denegación de acuerdo con la Parte 164 del Título 45 del CFR.
- Tiene derecho a cambiar o corregir sus historias clínicas.
- Solicitar restricciones.
- Comunicaciones privadas.
- Detalle de revelaciones.
- Recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad. Consulte la sección “Su privacidad” de este manual para obtener más información.
- Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los afiliados de la organización.
- Solicitar información sobre Health Choice Arizona como, por ejemplo:
  - El programa de incentivos para médicos del plan: esto significa que puede consultar sobre las formas en que el plan médico les paga a nuestros proveedores.
  - Si se requiere un reaseguro por exceso de pérdidas.
  - Los resultados de la encuesta de afiliados sobre el plan médico.

- Obtener servicios de atención médica de acuerdo con el acceso a la atención y los estándares de calidad.
- Asegurarse de que Health Choice Arizona no tomará represalias en su contra si elige hacer uso de cualquiera de sus derechos.
- No sufrir ningún tipo de control ni aislamiento como un medio de fuerza, autoridad, conveniencia o represalia. No se lo puede retener contra su voluntad. No se le puede obligar a hacer algo que no desee hacer. Esto también significa que tiene derecho a no sufrir ninguna forma de restricción o reclusión como medio de coerción, medida disciplinaria, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el beneficiario y la información del plan.
- Tener privacidad y que se lo trate con respeto y dignidad.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados, en la medida de lo posible.
- Tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye estar de acuerdo con el tratamiento. También puede incluir el derecho a rechazar el tratamiento.
- Que se le proporcionen servicios y materiales que lo ayuden a comprender. Por ejemplo, ayuda con:
  - **Necesidades idiomáticas:** incluye poder tener materiales traducidos a su propio idioma. Podemos ayudarlo a encontrar proveedores que hablen su idioma. Si su proveedor no habla su idioma, podemos coordinar la presencia de un intérprete en sus consultas médicas. Este servicio se ofrece gratis. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.
  - **Necesidades visuales:** esto puede incluir materiales grabados, como en un CD, o materiales en braille. También puede solicitar materiales en letra más grande. Este servicio se ofrece gratis. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.
  - **Necesidades de audición:** si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar a los Servicios de Retransmisión de Arizona al 711. La retransmisión telefónica, o TTY/TDD, es un servicio público gratuito. Usted no debe pagar nada. También podemos coordinar los servicios de un intérprete de lenguaje de señas para sus consultas médicas. Este servicio se ofrece gratis. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.
- Use cualquier hospital u otro tipo de centro para la atención de emergencia.

SU PRIVACIDAD

La privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Deseamos mantener de forma privada y confidencial sus expedientes.

Por ejemplo, al verificar la identidad de todas las personas que llaman. Nuestro personal de Servicios para Afiliados solo se comunicará con usted o con las personas autorizadas para

hablar de su atención. Las personas autorizadas son personas con las que usted nos autoriza a hablar, como un familiar, un amigo cercano, un tutor o con poder de representación médica.

Indíquenos con quién podemos hablar sobre su atención. Llame a Servicios para Afiliados con la información del familiar o amigo. O envíenos copias de cualquier orden judicial u otros documentos legales que demuestren dicha autorización. Actualizaremos nuestros registros para incluir a las personas que usted identifique. Puede obtener más información sobre cómo obtener los documentos que demuestren que otra persona puede actuar en su representación. Revise la sección “Directivas anticipadas” de la página 25.

Además, Health Choice Arizona tiene políticas para proteger su privacidad. Una de estas políticas describe nuestro aviso de prácticas de privacidad (en lo sucesivo, el “Aviso”). Este Aviso le informa cómo gestionamos y protegemos su información médica. También le explica sus derechos sobre su información médica. Consúltelo en nuestro sitio web. O llame a Servicios para Afiliados si desea obtener una copia impresa. Le enviaremos una gratis.

¿Mi información de salud conductual es privada?
Existen leyes sobre las personas que pueden ver su información de salud conductual con o sin su autorización. El tratamiento contra el abuso de sustancias y la información sobre enfermedades contagiosas (por ejemplo, información sobre el VIH/SIDA) no se pueden compartir con otras personas sin su permiso por escrito.

En ocasiones, con motivo de organizar y pagar su atención, se compartirá su información sin obtener primero su permiso por escrito. Algunos ejemplos de esto podrían incluir compartir información con:

- Médicos y otras agencias que brindan servicios médicos, sociales o de bienestar.
- Su proveedor de atención primaria.
- Ciertas agencias estatales e instituciones educativas que cumplen con la ley, involucradas en su atención y tratamiento, según sea necesario.
- Integrantes del equipo clínico* involucrados en su atención

En otras ocasiones, podrá resultar útil compartir su información de salud conductual con otras agencias estatales, como instituciones educativas. Es posible que se requiera su permiso por escrito antes de compartir su información.

*Los equipos clínicos incluyen equipos infantiles y familiar y equipos de recuperación de adultos.

FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO (FWA)

Health Choice Arizona se compromete a detectar, informar y prevenir el fraude y el abuso.

El **fraude**, según lo define la ley federal (sección 455.2 del título 42 del CFR) es "un engaño intencional o distorsión que hace una persona consciente de que dicho engaño podría brindar algún beneficio no autorizado para ella misma o para alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude según la ley federal o estatal vigente".

Un ejemplo de **fraude de proveedores** es la facturación de un médico por servicios que no le fueron proporcionados o que no necesitaba. Un ejemplo de **fraude entre afiliados** es compartir, vender o dar la tarjeta de identificación de AHCCCS a otras personas.

El despilfarro no se define en la ley federal, pero según la carta de National Association of Medicaid Directors a los CMS, con fecha de marzo de 2012, el concepto de trabajo es "la utilización excesiva o inadecuada de los servicios y el uso indebido de los recursos, que generalmente no constituye un delito ni acto intencional".

El **abuso** según lo define la ley federal (sección 455.2 del título 42 del CFR) son "las prácticas de proveedores que no concuerdan con las sólidas prácticas fiscales, comerciales o médicas, y causan un costo innecesario para el programa de Medicaid, o el reembolso de servicios que no son necesarios por razones médicas o no cumplen con los estándares profesionalmente reconocidos para la atención médica. También se incluyen las prácticas del beneficiario que generen un costo innecesario para el programa de Medicaid".

El abuso incluye cualquier práctica que no se atenga a las reglas o leyes. Pago de artículos o servicios cuando no haya derecho legal a recibir ese pago y la persona no ha falsificado a sabiendas o intencionalmente hechos para recibir el pago. El abuso incluye cualquier práctica que no se atenga a las reglas o leyes. También incluye el abuso físico, mental, sexual o el maltrato de un afiliado.

Si comete fraude, despilfarro o abuso (FWA, por sus siglas en inglés), podría estar sujeto a una sanción conforme a la ley.

- Si sospecha hechos de FWA por parte de un proveedor, afiliado u otra persona, infórmenos. Puede informar esto a través de cualquiera de las siguientes opciones: llame a Servicios para Afiliados y solicite que lo contacten con el funcionario designado del Departamento de Cumplimiento: Nicole Larson o cualquier otro representante de esta área de Health Choice.
- Envíe los detalles de la sospecha de FWA por correo electrónico en: www.azahcccs.gov/Fraud/ReportFraud.

- Envíe los detalles de la sospecha de FWA por correo electrónico a HCHFWA@healthchoiceaz.com
- Comuníquese con alguna de las siguientes líneas directas:
- 602-417-4045 (AZ: sospecha de fraude de proveedores de Medicaid; en el condado de Maricopa) o 1-888-ITS-NOT-OK u 888-487-6686 si llama desde fuera del condado de Maricopa; o
- 602-417-4193 (AZ: sospecha de fraude de afiliados de AHCCCS; en el condado de Maricopa) o 1-888-ITS-NOT-OK u 888-487-6686 si llama desde fuera del condado de Maricopa.

No perderá sus beneficios médicos por informar fraude, despilfarro o abuso. Mantendremos su informe de forma privada en la medida que la ley lo permita.

RECURSOS

Utilice esta sección para encontrar información sobre le cesación de taco, programas y recursos comunitarios, acceso a servicios de bajo costo o gratuitos, y recursos de abogacía.

¿QUIERE DEJAR DE FUMAR O DEJAR EL HÁBITO DE CONSUMIR TABACO?

Si fuma o consume tabaco, una de las mejores maneras de mantenerse saludable es dejar el hábito. El consumo de tabaco acarrea alto riesgo de contraer cáncer, sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares e incluso problemas sexuales. Los riesgos son aún mayores si tiene diabetes, sobrepeso u otros problemas de salud.

Una madre embarazada que fuma también arriesga la salud de su bebé nonato. Los estudios muestran que las drogas, los medicamentos para dejar de fumar, el asesoramiento, el apoyo y los cambios de hábitos pueden ayudarlo a dejar de consumir tabaco.

Dé el primer paso:

- Decida dejar de fumar y establezca una fecha.
- Obtenga el apoyo de familiares y amigos.
- Deje de fumar con un amigo o compañero.
- Obtenga ayuda del médico.
- Llame a Health Choice Arizona y la línea de ayuda Arizona Smoker's Helpline (ASHLine, por sus siglas en inglés) al 800-556-6222 o ingrese en www.ashline.org.
- ASHLine puede proporcionarle muestras gratuitas de ayuda para dejar de fumar. ASHLine también puede brindarle asesoramiento y apoyo para ayudarlo a dejar el hábito.

Además de ASHLine, existen otros recursos disponibles. Para obtener más información sobre cómo dejar el tabaco, ingrese en Tobacco Free Arizona: www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php.

Tobacco Free Arizona es un programa para ayudar a los habitantes de Arizona a conocer los riesgos del consumo de tabaco y los recursos para dejar de fumar.

Los servicios para dejar de consumir tabaco, incluidos medicamentos tales como goma de mascar, parches y pastillas de nicotina sin costo para usted, a fin de ayudarlo con su esfuerzo para dejar el tabaco.

Llámenos y hable con un administrador de casos de Health Choice Arizona para obtener ayuda para dejar el hábito del tabaco.

PROGRAMAS COMUNITARIOS

Programa Head Start

Head Start es un programa de preescolar para niños. Head Start puede ayudar a preparar a su hijo para el jardín de infantes.

Los niños de 3 a 5 años son elegibles para los servicios de Head Start. Las mujeres embarazadas y los niños desde el nacimiento hasta los 3 años son elegibles para los servicios de Early Head Start. Estos programas ofrecen:

- Educación de la primera infancia.
- Comidas y meriendas nutritivas.
- Servicios sociales para las familias.
- Ayuda para niños con necesidades especiales.

Para obtener más información sobre Head Start, visite el sitio web de Head Start en AZHeadStart.org.

Programa de Intervención Temprana de Arizona (AZEIP)

Este programa brinda apoyo y servicios para familias de niños desde recién nacidos hasta los 3 años de edad con discapacidades o retrasos en el desarrollo. El objetivo del programa es respaldar el crecimiento, desarrollo y aprendizaje de los niños.

Hable con el médico de su hijo si le preocupa cómo juega, aprende, se comunica, se mueve, ve u oye su hijo.

¿Cómo ayuda AzEIP? El Programa de Intervención Temprana de Arizona:

- Considera las preocupaciones, esperanzas, prioridades y preguntas de su familia.
- Responde sus preguntas y le brinda más información sobre la intervención temprana.
- Ayude a descubrir cómo su hijo aprende, se comunica, se mueve y juega mejor.
- Brinda información y apoyo para satisfacer las necesidades únicas de su familia.
- Identifica recursos en su comunidad que coincidan con sus prioridades y preocupaciones.

Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

El Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) es un programa de nutrición que ayuda a su familia a aprender a comer bien y mantenerse sana. WIC es para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, mujeres que acaban de tener un bebé y bebés y niños de hasta 5 años. WIC también puede ayudar a proporcionar comidas saludables para usted y su hijo. Para obtener más información, llame al 800-252-5942. WIC puede ayudarlo a encontrar una oficina cercana. También puede visitar su sitio web en www.azwic.gov.

Área para Personas Mayores (AAA)
El Área para personas mayores (AAA, por sus siglas en inglés) es un recurso para adultos mayores de 60 años, adultos mayores de 18 años que viven con VIH/SIDA, discapacidades y necesidades de atención a largo plazo, y familiares que los cuidan. Ofrece muchos programas y servicios para mejorar la calidad de vida. Para obtener más información, ingrese en www.aaaphx.org.

AZLinks.gov
AZLinks.gov es un recurso en línea que ofrece asistencia e información sobre el envejecimiento y la discapacidad. Puede usar esta herramienta para encontrar grupos de apoyo, servicios de comidas y servicios de recreación, entre otros.

RECURSOS COMUNITARIOS

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB:
Servicios de Protección para Adultos de Arizona (línea directa para abuso de adultos)	1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385)	https://des.az.gov/services/basic-needs/adult-protective-services
Alzheimer's Association	LÍNEA DE AYUDA LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA (800) 272-3900	alz.org
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP)	Oficina central 602-532-9960 Línea de derivación central 888-592-0140 (número gratuito)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant
Información comunitaria y servicios de derivación de Arizona 2-1-1	2-1-1 o 877-211-8661 (número gratuito)	211arizona.org
AZLinks.gov	n/c	azlinks.gov
Arizona Job Connection	602-542-2460	azjobconnection.gov/ada/r/
Arizona Head Start	602-338-0449	azheadstart.org
Coalición para la Prevención de Suicidios de Arizona	602-248-8337 (Nikki Kontz, presidente del directorio)	azspc.org

Departamento de Servicios de Salud de AZ Oficina de Salud de Mujeres y Niños	602-542-1025	https://www.azdhs.gov/prevention/womens-childrens-health/index.php
Departamento de Servicios de Salud de Arizona	602-542-1025	des.az.gov
Departamento de Servicios de la Salud de Arizona (ADHS, por sus siglas en inglés)	602-542-1025	azdhs.gov
Línea ASH de Arizona. Línea para abandonar el consumo de tabaco	800-556-6222 (número gratuito)	www.ashline.org/about-ASHLine
Departamento de Seguridad Económica de AZ	602-542-4791	des.az.gov
Asociación de Arizona para la Inmunización (TAPI, por sus siglas en inglés)	602-288-7568	whyimmunize.org
Coalición de Arizona contra la Violencia Sexual e Intrafamiliar	1-800-782-6400 TTD/TTY: 602-279-7270	azcadv.org
Certificados de nacimiento y defunción	602-364-1300 888-816-5907 (número gratuito)	www.azdhs.gov/vital-records/
Birth to Five Helpline	877-705-KIDS (5437)	https://www.swhd.org/programs/health-and-development/birth-to-five-helpline/
Breastfeeding Hotline	Línea disponible las 24 horas: 1-800-833-4642	https://www.azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/index.php#24-hr-bf-hotline
División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)	844-770-9500 (número gratuito)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-disabilities
Disability Benefits 101 (DB101)	1-866-304-WORK (9675)	az.db101.org
Abandone las drogas	**Información general y pública:** (602) 542-1025	https://azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/
KidsCare. Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) de Arizona	Condado de Maricopa: 602-417-5437 Para todos los estados: 855-432-7587 (número gratuito)	https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/Categories/KidsCare.html

Health-e-Arizona Plus	855-432-7587 (número gratuito)	healthearizonaplus.gov
Medicaid. Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS)	Condado de Maricopa: 602-417-4000; todos los estados (número gratuito): 800-962-6690 TDD: 602-417-4191	azahcccs.gov
National Suicide Prevention Lifeline (Línea de apoyo nacional para la prevención del suicidio)	1-800-273-8255	suicidepreventionlifeline.org
Línea de Asistencia Opioide y Referencia (OAR, por sus siglas en inglés)	1-888-688-4222	azdhs.gov/oarline
Postpartum Support International	Línea de ayuda: 1-800-944-4773	postpartum.net
Power Me A2Z (vitaminas gratuitas para el programa de mujeres a través de ADHS)	N/C	powermea2z.org
Centro de Información de Envenenamiento y Drogas	800-222-1222 (número gratuito)	azpoison.com
Prevent Child Abuse Arizona	928-445-5038 o 602-255-5540	pcaaz.org
Raising Special Kids	800-237-3007	raisingspecialkids.org
Strong Families (AZ sitio web para programas de visita de hogares)	N/C	strongfamiliesaz.com
Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)	855-777-8590 (número gratuito)	https://des.az.gov/services/basic-needs/food/nutrition-assistance-formerly-food-stamp-program
Teen Life Line	602-248-8336 (TEEN) o 800-248-8336 (TEEN)	www.teenlifeline.org

Beneficios de seguro de desempleo	Phoenix: 602-364-2722 Tucson: 520-791-2722 877-600-2722 (número gratuito) TDD/TTY: 711	https://des.az.gov/services/employment/unemployment-individual
Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)	1-800-252-5942	www.azdhs.gov/azwic/

ACCESO A SERVICIOS DE BAJO COSTO O SIN COSTO

Si un afiliado de AHCCCS pierde su elegibilidad para AHCCCS, puede ser elegible para recibir servicios de atención primaria de bajo costo o sin costo de proveedores identificados en el sitio web de la Oficina de Desarrollo de Sistemas de Salud (HSD, por sus siglas en inglés) en https://www.azdhs.gov/prevention/health-systems-development/index.php

El HSD respalda una variedad de programas y servicios destinados a mejorar el acceso a la atención médica primaria de alta calidad, para las personas sin seguro y otras poblaciones vulnerables. También puede llamar a la HSD al 602-542-1219, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los feriados.

AYUDA PARA NECESIDADES ESPECIALES

Una persona puede obtener asistencia especial si se determina que tiene una enfermedad mental grave (SMI) y no puede expresar sus preferencias de tratamiento o aprovechar los servicios y protecciones de derechos que le brindan las normas de SMI. Si necesita asistencia especial, comuníquese con la Oficina de Derechos Humanos (OHR, por sus siglas en inglés) de AHCCCS. OHR ayuda a las personas a comprender, proteger y ejercer sus derechos:

Condados de Maricopa, Pinal o Gila: 602-364-4585 o 1-800-421-2124;

Condados de Pima, Santa Cruz, Cochise, Graham, Greenlee, Yuma o La Paz: 520-770-3100 o 1-877-524-6882;

Condados de Mohave, Coconino, Yavapai, Navajo o Apache: 1-928-214-8231 o 1-877-744-2250

*Nota: los miembros tribales deben comunicarse con la Oficina de Derechos Humanos que brinda servicios en el condado en el que viven.

RECURSOS DE ASESORAMIENTO (AYUDA PARA NECESIDADES ESPECIALES)

Hay muchos grupos que pueden apoyarlo o abogar por usted. A continuación, encontrará una lista de agencias con las que puede contactarse para obtener ayuda adicional:

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB:
Division of Aging and Adult Services: servicios para personas mayores y discapacitados	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services
Division of Aging and Adult Services: atención a largo plazo	602-542-6454	https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman
Área para Personas Mayores (AAA)	Línea de ayuda las 24 horas: 602-264-help (4357) 888-783-7500 (número gratuito)	aaaphx.org
Ability360	602-256-2245 800-280-2245 (número gratuito)	ability360.org
Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI, por sus siglas en inglés), Arizona	480-994-4407	namiarizona.org
Coalición de Arizona contra la Violencia Sexual y Doméstica	602-279-2900 800-782-6400 (número gratuito)	acesdv.org

ASISTENCIA JURÍDICA

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB:
Centro Jurídico de Apoyo a las Discapacidades de Arizona	602-274-6287 800-927-2260 (número gratuito)	azdisabilitylaw.org
Division of Aging and Adult Services: servicios para personas mayores y discapacitados	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services
Community Legal Services, Inc.	1-800-852-9075	clsaz.org

GLOSARIO

TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Afección de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o trastorno (incluido un dolor intenso) que de no atenderse de inmediato podría:

- Poner en peligro la salud de la persona.
- Poner en peligro al bebé de una embarazada.
- Causar daños graves a las funciones corporales.
- Causar daños graves a cualquier órgano o parte del cuerpo.

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

Atención de enfermería especializada: servicios especializados que enfermeros o profesionales terapeutas prestan en el domicilio o en una residencia para ancianos o convalecientes.

Atención de pacientes ambulatorios: atención en un hospital que generalmente no requiere pasar la noche.

Atención de servicio de urgencias: atención que recibe en un servicio de urgencias.

Atención de urgencia: atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para la atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en el servicio de urgencias.

Atención médica domiciliaria/Servicios médicos domiciliarios: servicios de enfermería, asistencia médica a domicilio y terapia, insumos médicos, equipos y aparatos provistos a un afiliado en su casa de acuerdo con una indicación del médico.

Autorización previa: aprobación de un plan médico que puede ser necesaria antes de obtener un servicio. No representa un compromiso de que el plan médico cubrirá el costo del servicio.

Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos recetados y cubiertos por su plan médico.

Copago: dinero que se le pide a un afiliado que pague por un servicio médico cubierto, cuando se presta el servicio. (También se llama copago).

Equipo médico duradero: equipos e insumos indicados por un proveedor de atención médica por una necesidad médica para uso continuo.

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

Hospitalización: ser admitido o permanecer en un hospital.

Medicamentos recetados: medicamentos indicados por un profesional médico y que administra un farmacéutico.

Médico de atención primaria: médico responsable de administrar y tratar la salud del afiliado.

Necesario por razones médicas: un servicio prestado por un médico o profesional médico que ayuda con problemas de salud, a combatir enfermedades, discapacidades o a prolongar la vida.

Plan: consulte PLAN DE SERVICIOS.

Plan de servicios: descripción escrita de los servicios médicos cubiertos y otros apoyos que pueden incluir:

- Objetivos individuales.
- Servicios de apoyo familiar.
- Coordinación de la atención.
- Planes para ayudar al afiliado a mejorar su calidad de vida.

Preautorización: consulte AUTORIZACIÓN PREVIA.

Prima: La cantidad mensual que un afiliado paga por el seguro médico. Un afiliado puede tener otros costos de atención que incluyen deducibles, copagos y coseguros.

Proveedor: persona o grupo que tiene un acuerdo con AHCCCS para proporcionar servicios a los afiliados de AHCCCS.

Proveedor de atención primaria (PCP): una persona responsable de la administración de la atención médica del afiliado. Un PCP puede ser:

- una persona autorizada como un médico alopático u osteopático;
- un auxiliar médico;
- un enfermero.

Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red: proveedor de atención médica que tiene un acuerdo para prestar servicios con AHCCCS, pero no tiene un contrato con su plan médico. Usted puede ser responsable del costo de la atención de proveedores fuera de la red.

Proveedor participante/Proveedor dentro de la red: proveedor de atención médica que tiene un acuerdo con su plan médico.

Queja: un reclamo que hace el afiliado ante su plan médico. No incluye quejas por la decisión del plan médico de negar o limitar una solicitud de servicios.

Red: médicos, proveedores de atención médica, prestadores y hospitales que tienen contrato con un plan médico para brindar atención a los afiliados.

Seguro médico: cobertura de costos por servicios médicos.

Servicios de cuidados paliativos: servicios de comodidad y apoyo para un afiliado cuyo médico considera que se encuentra en las últimas etapas de la vida (seis meses o menos).

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

Servicios excluidos: servicios que AHCCCS no cubre. Por ejemplo:

- Servicios que excedan el límite.
- Servicios experimentales.
- Servicios que no sean necesarios por razones médicas.

Servicios médicos: servicios de atención médica que presta un profesional médico.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios que ayudan a una persona a adquirir y mantener habilidades y capacidades para la vida diaria.

Servicios y dispositivos de rehabilitación/Rehabilitación: servicios que ayudan a una persona a restaurar y mantener habilidades y capacidades para la vida diaria que se perdieron o dañaron.

Transporte médico de emergencia/Servicios de ambulancia de emergencia: transporte en ambulancia por una afección de emergencia.

DEFINICIONES DE ATENCIÓN DE MATERNIDAD

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

Coordinación de la atención de maternidad: Consiste en las siguientes actividades relacionadas con la atención de maternidad: determinar las necesidades médicas o sociales del miembro a través de una evaluación de evaluación de riesgos; desarrollar un plan de atención diseñado para abordar esas necesidades; coordinar las referencias del miembro a los proveedores de

servicios y recursos comunitarios apropiados; monitorear las referencias para asegurar que se reciban los servicios; y revisar el plan de atención, según corresponda.

Enfermero especializado: este término se refiere a enfermeros certificados en obstetricia, auxiliares médicos y otros tipos. Las asistencias médicas y los enfermeros especializados se definen en el Título 32, capítulos 25 y 15 del A.R.S., respectivamente.

Puerperio: periodo que comienza el día del parto y termina el último día del mes en el que cae el día 57 después del parto.

Atención posparto: Atención médica proporcionada por un período de hasta 57 días después del parto. Los servicios de planificación familiar están incluidos, si los proporciona un médico o un profesional.

Asesoramiento previo a la concepción: prestación de asistencia y orientación dirigida a identificar/reducir los riesgos sociales y conductuales, a través de intervenciones preventivas y de control, en mujeres en edad fértil que pueden quedar embarazadas, independientemente de si planean concebir. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y el control de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye iniciativas para influir en los comportamientos que pueden afectar al feto antes de la concepción. El propósito del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que la mujer esté sana antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción se considera incluido en la consulta de atención preventiva de bienestar femenino y no incluye estudios genéticos.

Servicios perinatales: servicios médicos para el tratamiento y control de pacientes obstétricas y neonatos.

Atención prenatal: se refiere a la atención médica que se brinda durante el embarazo e incluye: evaluación temprana y continua de riesgos; educación para la salud; control médico e intervención y seguimiento.

Embarazo de alto riesgo: embarazo en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen, o se anticipa que tendrán, un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina mediante el uso de herramientas de evaluación de riesgos médicos estandarizados de la Compañía de Seguros Médicos de Arizona (MICA, por sus siglas en inglés) o del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés).

Centros de parto independientes: instalaciones obstétricas ambulatorias fuera del hospital, autorizadas por ADHS y certificadas por la Comisión para la Acreditación de Centros de Parto Independientes. Estas instalaciones cuentan con personal de enfermería para brindar asistencia con los servicios de trabajo de parto y parto. Están equipados para actuar en trabajos de parto y partos

sin complicaciones y de bajo riesgo. Estas instalaciones deberán estar afiliadas y trabajar junto con un hospital de cuidados intensivos para el tratamiento de complicaciones en caso de que surjan.

Bebé de bajo peso al nacer: Bebé con un peso de 5 lb 8 oz o menor al nacer. Las mujeres que tienen antecedentes de bebés con bajo peso al nacer deben comunicarse con su médico obstetra tan pronto como se enteren de que están embarazadas. La atención prenatal temprana es muy importante. La atención temprana puede disminuir el riesgo de tener otro bebé con bajo peso al nacer.

Administrador de casos de obstetricia: personal de enfermería o asistente social. Un administrador de casos de obstetricia ayuda a las embarazadas con sus necesidades de salud antes y después del embarazo, y durante él. El administrador de casos de obstetricia también puede ayudarlo con referencias a agencias comunitarias como WIC, salud conductual y "Familias sanas".

Obstetra: médico que atiende a las mujeres mientras están embarazadas, durante el parto y después del nacimiento del bebé.

Médico materno/fetal: médico que se especializa en el tratamiento de mujeres embarazadas que tienen afecciones médicas de alto riesgo durante el embarazo.

Enfermero partero certificado (CNM): enfermero con capacitación especial y certificado por el American College of Nursing Midwives (ACNM, por sus siglas en inglés) con base en pruebas de certificación nacionales específicas y habilitado para ejercer en Arizona por la Junta Estatal de Enfermería. Los enfermeros parteros certificados (CNM, por sus siglas en inglés) ejercen el tratamiento independiente de la atención para mujeres embarazadas y recién nacidos. El nivel de atención que brindan incluye: atención preparto, intraparto, posparto, ginecológica y neonatal. Esta atención se brinda dentro de un sistema de atención médica que proporciona consultas médicas, gestión colaborativa o derivación.

Partera: Esta es una persona autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS). Una partera autorizada para brindar atención de maternidad de conformidad con A.R.S. Título 36, Capítulo 6, Artículo 7 y A.A.C. R9-16 (Este tipo de proveedor no incluye enfermeras parteras certificadas con licencia de la Junta de Enfermería como enfermeras practicantes en partería o asistentes médicos con licencia de la Junta Médica de Arizona).

Notice of Non-Discrimination

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

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

Health Choice Arizona:

Provides free aids and services 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 free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:
Grievance Manager/Civil Rights Coordinator
Address:
410 N. 44th Street, Ste. 900,
Phoenix, AZ 85008
Phone: **1-800-322-8670,** TTY: **711**
Fax: **480-760-4739**
Email: **HCH.GrievanceForms@healthchoiceaz.com**

If you believe that Health Choice Arizona has 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:
Grievance Manager/Civil Rights Coordinator
Address:
410 N. 44th Street, Ste. 900,
Phoenix, AZ 85008
Phone: **1-800-322-8670,** TTY: **711**
Fax: **480-760-4739**
Email: **HCH.GrievanceForms@healthchoiceaz.com**

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

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

Notificación de no discriminación

Health Choice Arizona cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Choice Arizona no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Arizona:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, con el Coordinador de Derechos Civiles,
410 N. 44th Street, Ste. 900,
Phoenix, AZ 85008,
Teléfono: **1-800-322-8670,** TTY: **711**
Fax: **480-760-4739**
Email: **HCH.GrievanceForms@healthchoiceaz.com**

Si considera que Health Choice Arizona no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:
Coordinador de Derechos Civiles,
410 N. 44th Street, Ste. 900,
Phoenix, AZ 85008,
Teléfono: **1-800-322-8670,** TTY: **711**
Fax: **480-760-4739**
Email: **HCH.GrievanceForms@healthchoiceaz.com**

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,** o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.**

Multi-Language Interpreter Services

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-322-8670** (TTY: **711),** 6 a.m. – 6 p.m., Monday through Friday.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

請注意：若您使用繁體中文，您可以接受免費的語言協助服務。請致電 **1-800-322-8670** (TTY: **711)**。

Bilagáana bizaad doo bee yáníłti' dago dóó saad nááná ła' bee yáníłti'go, saad bee ata' hane', t'áá níík'eh, ná bee ahóót'i' . Kojį' hodíílnih **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

ATENÇÃO: Se você fala português brasileiro, oferecemos serviços gratuitos de assistência para idiomas. Ligue para **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói [Tiếng Việt], chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر لديك خدمات المساعدة اللغوية، مجانًا. اتصل على **1-800-322-867** (هاتف نصي: **711)**

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Rele **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Fremdsprachenservice zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-322-8670** (TTY: **711)** an.

ΠΡΟΣΟΧΗ: εάν μιλάτε Ελληνικά, μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

સૂચના: જો તમે બોલતા હોવ, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સંપર્ક **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। **1-800-322-8670** (TTY: **711)** पर कॉल करें।

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

Multi-Language Interpreter Services

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

注意：日本語を話される場合、無料で言語支援サービスをご利用いただけます。次の番号までお電話してください：**1-800-322-8670** (TTY: **711)**

주의: 한국어를 사용하는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-322-8670** (TTY: **711)** 번으로 전화하십시오.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មជំនួយភាសាដល់លោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃនោះទេ។ សូមហៅទូរសព្ទមកលេខ **1-800-322-8670** (TTY៖ **711)**។

नेपाली – **बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि नि:शुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन् । ध्यान दिनुहोस्: तपाईं 1-800-322-8670** (TTY: **711)** मा कल गर्नुहोस् ।

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارائه می‌شود.با **1-800-322-8670** (TTY: **711).** تماس بگیرید.

UWAGA: Jeżeli mówi Pan/Pani po polsku, oferujemy bezpłatne usługi pomocy językowej. Prosimy o kontakt pod numerem **1-800-322-8670** (telefon tekstowy (TTY: **711).**

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на Русский, вам бесплатно доступны услуги языковой поддержки. Звоните **1-800-322-8670** (телетайп: **711).**

PAŽNJA: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su Vam besplatno. Pozovite **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

معيِّرَنوّةًا: ايِّن بعِالنُوّكٌ دمَخكِة (لِشَنًا اُسوٌريًيًا) وبمَجَن دلًا اَجٌرًا بنيِّشًا دةِشمِشةًا وعَدرَنةًا. **1-800-322-8670 (711:**TTY) عبُوُد شقَلَيَبٌَلةًا بنَن مِنيِنًا.

ATENSIYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, na walang singil, ay magagamit mo. Tumawag sa **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษา ไทย คุณจะสามารถใช้บริการความช่วยเหลือด้านภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร **1-800-322-8670** (TTY: **711)**

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai **1-800-322-8670** (TTY: **711).**

Member Services / *Servicios Para Miembros:*

410 N. 44th Street, Suite 900
Phoenix, Arizona 85008

Phone: 480-968-6866
Toll-free: 1-800-322-8670 | TTY/TDD: 711
Monday - Friday, 6 a.m. - 6 p.m.
www.HealthChoiceAZ.com

Health CHOICE

BlueCross BlueShield Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association