



HEALTH CHOICE ARIZONA

2017 - 2018

MEMBER HANDBOOK

MANUAL DE MIEMBRO



WELCOME TO OUR FAMILY!
¡BIENVENIDOS A NUESTRA FAMILIA!

NEW BENEFITS FOR ADULT AHCCCS MEMBERS STARTING OCTOBER 1, 2017

OUTPATIENT OCCUPATIONAL THERAPY BENEFIT:

Beginning October 1, 2017, the AHCCCS Program will add a new outpatient occupational therapy benefit for adult members 21 years of age or older. This new benefit will cover 15 outpatient occupational therapy visits when they are needed to **keep** a level of function or help **get** to a level of function, and 15 outpatient occupational therapy visits to **restore** a level of function. This new outpatient occupational therapy benefit will start October 1, 2017. The outpatient physical therapy visits are covered during each benefit year.

\$1,000 EMERGENCY DENTAL BENEFIT:

Beginning October 1, 2017, the AHCCCS Program will add an Emergency Dental benefit for adult members 21 years of age or older. This new benefit is limited to a total amount of \$1,000 of emergency dental benefits for each 12 month period beginning October 1st through September 30th.

If you have any questions about coverage of these benefits contact us at 1-800-322-8670

**NUEVOS BENEFICIOS PARA ADULTOS AFILIADOS A AHCCCS A PARTIR DEL 1
DE OCTUBRE DE 2017**

BENEFICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL AMBULATORIA:

A partir del 1 de octubre de 2017, el programa AHCCCS agregará un nuevo beneficio de terapia ocupacional ambulatoria para los afiliados adultos mayores de 21 años. Este nuevo beneficio cubrirá 15 visitas de terapia ocupacional ambulatoria cuando sean necesarias para **mantener** un nivel de función o ayudar a **alcanzar** un nivel de función, y 15 visitas de terapia ocupacional ambulatoria para **restaurar** un nivel de función. Este nuevo beneficio de terapia ocupacional ambulatoria empezará el 1 de octubre de 2017. Las visitas ambulatorias de fisioterapia se cubren durante cada año del beneficio.

BENEFICIO DENTAL DE EMERGENCIA DE \$1,000:

A partir del 1 de octubre de 2017, el programa AHCCCS agregará un beneficio dental de emergencia para los afiliados adultos mayores de 21 años. Este nuevo beneficio se limita a un importe total de \$1,000 de beneficios dentales de emergencia por cada período de 12 meses del 1 de octubre al 30 de septiembre.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de estos beneficios, póngase en contacto con nosotros al 1-800-322-8670.

INTRODUCTION TO HEALTH CHOICE ARIZONA

Welcome to Our Family!
¡Bienvenido a Nuestra Familia!

Health Choice Arizona is an AHCCCS and KidsCare Health Plan

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

Health Choice Arizona provides health care services for individuals who live in Apache, Coconino, Maricopa, Mohave, Navajo, Pima, Gila and Pinal counties.

This is your Member Handbook. Please read this handbook carefully. It will help you learn about your benefits as a Health Choice Arizona member.

If you need another copy of this handbook, you can call Member Services. We will send you a new copy at no cost.

You can learn more about your rights as a Health Choice Arizona member on page 61 of the handbook. If you have questions, our Member Services team will be happy to help you.

Si necesita ayuda de traducción o de intérprete, por favor llame al Departamento de Servicios de Miembros al 800-322-8670.

We want you to be happy with your health care plan. If you are not happy with our services, we would like to know. Please call us and tell us how we can help you.

We have toll-free numbers so you can reach us easily. The Member Services phone number is 800-322-8670. It is also at the bottom of every even page in this handbook.

To learn more about Health Choice, visit our website at HealthChoiceAZ.com. We look forward to serving you! All contract services are funded under contract with AHCCCS.

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS.....2	CHANGING YOUR HEALTH PLAN...15	STATE FAIR HEARING...59
GETTING CARE.....3	WHAT IS AN EMERGENCY? ...15	MEMBER RIGHTS.....61
QUICK REFERENCE...4	WHAT TO DO IN AN EMERGENCY...16	YOUR PRIVACY.....61
MEMBER SERVICES...5	TRANSPORTATION.....16	FRAUD AND ABUSE.....63
IMPORTANT PLAN RELATED NUMBERS.....6	PRIMARY CARE PROVIDERS... 25	QUITTING SMOKING.....64
NURSE ADVICE LINE.....7	SERVICES FOR CHILDREN.....29	COMMUNITY RESOURCES...65
CRISIS LINES.....8	IMMUNIZATIONS.....32	OTHER SERVICES...68
LANGUAGE INTERPRETATION AND TRANSLATION SERVICES...10	PREGNANCY / MATERNITY SERVICES.....35	CASE MANAGER SERVICES...68
PROVIDER DIRECTORY...11	FAMILY PLANNING.....37	DISEASE MANAGEMENT SERVICES...68
MEMBER ID CARDS...12	DENTAL.....39	VISION SERVICES...69
CHANGES TO YOUR PERSONAL INFORMATION...13	PRESCRIPTION DRUGS.....41	ADVOCACY RESOURCES...69
MEMBER RESPONSIBILITIES...13	BEHAVIORAL HEALTH SERVICES.....43	LEGAL ASSISTANCE.....70
HEALTH CHOICE ARIZONA SERVICE AREA...14	APPEALS.....50	MANAGED CARE TERMINOLOGY.....71
WHAT IF I MOVE? ...14	COPAYMENTS 53	MATERNITY CARE DEFINITIONS74
	GRIEVANCES (COMPLAINTS) ...58	ALPHABETICAL INDEX...77

GETTING CARE

This Member Handbook describes Health Choice Arizona services.

It explains how to get health care services covered by your plan. It will also help you learn how to get the most from your benefits.

Information in your Member Handbook includes:

- How to find a doctor
- How to get medical care
- Your rights and responsibilities
- Services that are covered
- Services that are not covered
- Payment for services
- Advance directives
- How to get help
- How to file a complaint

The handbook will help you know how to get approval for a service. It will also help you know when you may need to pay for services.

If you need a new Member Handbook, call us. We will send you a copy at no cost. You can also find the Member Handbook on our website at HealthChoiceAZ.com.

QUICK REFERENCE

Address: Health Choice Arizona
Member Services
410 N. 44th Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Member Services: 480-968-6866 (in Maricopa County)
800-322-8670 (toll-free)

TTY/TTD: 711 (800-842-2088 Spanish Relay Arizona)

Hours: Monday – Friday, 6 a.m. – 6 p.m.

Email: Comments@HealthChoiceAZ.com

Website: HealthChoiceAZ.com

Emergency: 911

PERSONAL NOTES:

My Member ID #: _____

My Primary Care Doctor (PCP): _____

PCP's Address: _____

PCP's Phone Number: _____

Use this page to list important numbers you may need. This will help keep numbers in one place. The numbers will be easy to find if you need them.

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 doctor?
- 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.

Please tell us if our website is not easy to use. You can send comments about our website to: comments@healthchoiceaz.com. Please include any details. This helps us understand how we can improve our website. If you would like a response, please include your contact information. We will answer e-mail questions by the next business day.

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

AHCCCS.....Arizona Health Care Cost Containment System
ALTCSArizona 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
HIPAAHealth 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
RBHARegional Behavioral Health Authority
SOBRA.....Sixth Omnibus Budget Reconciliation Act
TRBHA.....Tribal Regional Behavioral Health Authority
WIC.....Women, Infant and Children (nutritional program)

IMPORTANT PLAN RELATED NUMBERS

If you need help, you can call us at the toll-free numbers listed below.

Member Services	800-322-8670	For more information, see page 5
Nurse Advice Line	855-354-9006	For more information, see page 7
Transportation	800-322-8670 and listen for the prompts for transportation	For more information, see page 16
Pharmacy/ Prescription Drugs	800-322-8670 and listen for the prompts for pharmacy	For more information, see page 41
Prior Authorization	800-322-8670 and listen for the prompts for prior authorization	For more information, see page 27

URGENT CARE AND AFTER HOURS CARE

If you have a question about your health, call your doctor first. Your doctor can answer many of your questions. This means weekends and holidays, too.

Even if your doctor's office is closed, you can call the office. An answering service will make sure your doctor gets your message.

It might take a little while for your doctor to get back to you, but your doctor will call you back. Your doctor will tell you what you should do.

The doctor's office may tell you to go to an urgent care center. You can call us and we can help you find an urgent care center or after hours care near you.

Check your provider directory for an urgent care center near you. You can also visit our website and find an urgent care center near you.

Common reasons to go to urgent care include:

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

- Stomach ache
- Cut or scrape

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, listen to your symptoms, 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.

Health Choice members can call our Nurse Advice Line anytime, including weekends and holidays. Members can call the Nurse Advice Line at 855-354-9006.

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 SERVICES

Some personal problems can affect your health. Personal problems can also affect your family. Stress, depression, anxiety, drug or alcohol abuse, or other mental health issues could cause these.

Services that can help you with your mental health are called behavioral health services.

If you have Medicare, you will get your behavioral health services from Health Choice Arizona. Members who don't have Medicare, who need behavioral health services will get these services through an Integrated Regional Behavioral Health Authority (RBHA).

Some members may get services through a Tribal Regional Behavioral Health Authority (TRBHA).

If you have any questions, your AHCCCS ID card has the phone number of the provider that will give you behavioral health or substance abuse services. You are assigned to a provider based on where you live and if you have Medicare. The provider (RBHA) will pay for most behavioral health services including most prescriptions for behavioral health conditions.

If you have questions or need help getting behavioral health services, please call the number on your card.

Important things to know:

- You do not need permission to get behavioral health services.
- If you need help, please call the behavioral health services number on your ID card.

- You can always call Health Choice Arizona for help.
- For behavioral health emergencies, contact one of the 24-hour crisis lines listed on the next page.

Crisis Lines

If you are having an emotional crisis or know someone who is at risk of physical harm or hurting themselves or someone else, call the Crisis Line 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 abuse
- Withdrawing from family and friends

Call 911 if:

- If you are concerned about harming or hurting yourself or someone else
- Thinking about killing yourself, looking for ways
- Talking about death, dying or suicide
- If you are abusing drugs or alcohol

The Crisis Line can help even after business hours. The Crisis Line connects members in crisis and their families and friends with information and qualified caring health care professionals.

Behavioral health services include:

- Services to evaluate your problems
- Counseling and other kinds of therapy for personal, family and drug problems
- Inpatient hospital services
- Doctor services
- Nursing services
- Medication and services to monitor your medication
- Emergency or crisis services
- Case management
- Rehabilitation services
- Transportation
- Respite care
- Other support services

Your doctor can help you with your behavioral health concerns. He or she can talk with you about your choices for treatment. If you have any questions, call us. We are happy to help you.

Below is a list of RBHAs/TRBHA by county that provide Behavioral Health, Substance Abuse and Crisis services. Remember, if you have Medicare, Health Choice will provide Behavioral Health and Substance Abuse services.

For information regarding Adult Crisis Respite Services, please contact the RHBA in your area at the number listed below.

REGIONAL BEHAVIORAL HEALTH AUTHORITY (RBHA)	PHONE NUMBER
Maricopa County Mercy Maricopa Integrated Care (MMIC)	Crisis Line: 602-222-9444 Staffed 24 hours Member Services: 800-564-5465 Staffed 24 hours
Pima and Pinal Counties Cenpatco Integrated Care (CIC)	Crisis Line: 866-495-6735 Staffed 24 hours Member Services: 866-495-6738
Apache, Coconino, Gila, Mohave, and Navajo Counties Health Choice Integrated Care (HCIC)	Crisis Line: 877-756-4090 Staffed 24 hours Member Services: 800-640-2131
TRIBAL BEHAVIORAL HEALTH AUTHORITY	PHONE NUMBER
Pascua Yaqui Behavioral Health	Crisis Line: 520-591-7206 Staffed 24 hours Member Services: 520-879-6060
Navajo Nation Regional Behavioral Health Crisis Line Unavailable ** Please go to your local Indian Health Services Hospital for help, call 911 or call your PCP	928-871-7619
White Mountain Apache Behavioral Health Crisis Line Unavailable **Please go to your local Indian Health Services Hospital for help, call 911 or call your PCP	928-338-4811
Gila River Regional Behavioral Health Authority	Crisis Line: 800-259-3449 Staffed 24 hours Health Services: 888-484-8526

LANGUAGE INTERPRETATION 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 want to help you. Here is how we can help you:

- We have many doctors in our network who speak or sign in other languages. Call us and we can try to help you find a doctor who speaks your language.
- If you need language services, we will provide them at no cost. Call 800-322-8670 and ask for an interpreter. Please call at least four days before your appointment.
- If you are hard of hearing, you can call Arizona Relay Services at 711. Telephone relay, or TTY/TDD, is a free public service.
- We can provide sign language interpreters at no cost to you. Please call 800-322-8670 at least four days before your appointment.
- If you have a hard time speaking, you can call 800-842-6520. We can find someone who will help you.
- Call us if you need 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.
- If you need interpretation services for oral information at no cost, call us and we can help.
- Our Provider Directory shows other languages our doctors 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 doctor that accommodates physical disabilities, you can call us at 800-322-8670 and we will help you find a doctor who meets your needs.

Sign Language Interpreters and Auxiliary Aids

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

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

Sign Language Interpreters are skilled professionals certified to 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.acdnh.org or call (602) 542-3323 (V); (602) 364-0990 (TTY); 800-352-8161 (V/TTY); (480) 559-9441 (Video Phone).

Accommodating Physical Disabilities

If you have physical disabilities and want to know information on each network provider's

abilities to accommodate your needs, contact Health Choice Arizona Member Services.

PROVIDER DIRECTORY

The Provider Directory is a list of doctors, specialists, hospitals and drug stores in the Health Choice Arizona network.

If you need a printed copy of the directory, call us at 800-322-8670. We will send you a copy at no cost. You can also find the Provider Directory on our website at HealthChoiceAZ.com.

ABOUT HEALTH CHOICE ARIZONA

Health Choice Arizona provides health care to people in the Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS). This is Arizona's Medicaid program.

Health Choice provides health care services to members who live in the following counties:

- Apache
- Coconino
- Gila
- Maricopa
- Mohave
- Navajo
- Pima
- Pinal

This means that Health Choice has a contract with the State of Arizona to provide Medicaid covered services.

Health Choice Arizona is a managed care plan. This means we provide health care to our members through a selected group of doctors, hospitals, and drug stores. You and your doctor 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 determine your health care needs. Your PCP will help figure out if you need to see a specialist or have additional care. Your PCP will work with Health Choice to find the best provider available to you.

Being a Health Choice Arizona member means that:

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

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

- Our compassionate member services team
- Working with doctors who help members get the care they need
- Cultural awareness, language and special services
- Programs to help members and their families stay healthy

We want to improve health literacy in our community. The T.H.A.N.X.TM (Think Healthy About Nutrition and Exercise) program provides after school health and wellness education.

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

MEMBER ID CARDS



We will mail you the Member ID Cards for you and your family. Each family member enrolled in Health Choice will get a card. The cards will show the 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 medical care. You must also show your ID card to get prescription drugs. Bring your card with you when you go to the doctor or pharmacy.

Your ID card has a phone number to access behavioral health and substance abuse services. Services are assigned to a provider based on where you live. If you have questions or need help getting behavioral health services, please call the number on your 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.

MEDICAL ID THEFT

Medical identity theft occurs when someone steals your personal information. The personal information could be your name, Social Security Number, or Medicare or Medicaid number.

Your information may be stolen and used by someone to get medical care or buy drugs. It could also be stolen to submit fake billings to Medicare or Medicaid in your name.

This kind of theft upsets lives, ruins credit ratings and wastes taxpayer dollars. The effects can even be fatal if the wrong information ends up in personal medical records.

It is important to report identity theft right away. To report identity theft please call 888-400-5530.

CHANGES TO YOUR PERSONAL INFORMATION

Please contact both AHCCCS and Health Choice if your information changes. This way we have your correct information. Tell us about any of these changes:

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

HOW TO TELL AHCCCS ABOUT ANY CHANGES

To change your residence or mailing address, login to www.healtharizonaplus.gov, then log-in or sign up for an account to change your address.

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

- DES (602-542-9935 or 800-352-8401 outside Maricopa County) 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)

MEMBER RESPONSIBILITIES

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 doctor (PCP). This is your assigned doctor. 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 doctor's instructions and treatment plan. This includes:
 - Taking all of your medicines as directed by your doctor
 - Talking with your doctor about your medical care
- Make sure your doctor gets prior approval for services when needed.
- Use the hospital emergency room for true emergencies only. Go to your doctor 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 doctor ahead of time if you cannot make your appointment. Arrive at the office early if you are seeing the doctor for the first time.
- If you need a ride to your appointment, call 800-322-8760 at least three 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 day in advance, if you cannot make your doctor 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 AHCCCS if you suspect fraud or abuse by a provider, member or other person.
- 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.

HEALTH CHOICE ARIZONA SERVICE AREA

Health Choice provides health care services to members who live in the following counties:

- Apache
- Coconino
- Gila
- Maricopa
- Mohave
- Navajo
- Pima
- Pinal

WHAT IF I MOVE?

If you move to another county in Arizona, out of the state or out of the country, you must call AHCCCS to notify them of the change. See page 13 for information on how to change your personal information.

CAN I CHANGE MY HEALTH PLAN?

ANNUAL ENROLLMENT CHOICE (AEC)

Once a year you may change your health plan. This is called the Annual Enrollment Choice process (AEC). You will get AEC information two months before your enrollment anniversary date.

We value you as a member of the Health Choice family. Please call us if you have any problems with your health care.

CHANGING YOUR HEALTH PLAN

You can change your plan if:

- You did not get a choice of health plans.
- You did not get your AEC letter from AHCCCS.
- You got your AEC letter, but you were not able to take part in your AEC.
- Other members in your family are enrolled with another health plan.
- You are a member of a special group and you need to be in a different health plan.
- You lost AHCCCS and came back within 90 days, but you did not return to the health plan you had before.
- You have medical reasons why you must stay with your current doctor and the doctor is not in the Health Choice network. This is also called continuity of care.
- You are pregnant and receiving prenatal care from a provider who is affiliated with another Contractor

If you need to change your health plan for medical continuity of care reasons, please call Member Services at 800-322-8670 (TTY 711).

If you need to change your health plan, please call AHCCCS at 800-962-6690, or in Maricopa County call 602-417-4000. If you have questions, please call us. We always want to help you.

If you change your health plan, 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.

WHAT IS AN EMERGENCY?

A true emergency is when you think your life is in danger, a body part is hurt badly, or you are in great pain. Emergencies need to be treated right away.

If you are having a true emergency, call 911 right away.

Emergencies can include:

- Poisoning
- Overdose
- Life threatening injuries
- Severe burns
- Severe chest pains

- Pregnant with bleeding and/or pain
- Deep cut in which bleeding will not stop
- Loss of consciousness
- Suddenly not being able to move or speak

Most illnesses are not emergencies and can be treated at your doctor'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 a true emergency.
- If you are sick, but it is not a true emergency, call your doctor.
- If you are not sure if your problem is a true emergency, call your doctor for advice.
- You can also call the Health Choice Nurse Advice Line at 855-354-9006, 24 hours a day, 7 days a week. For more information about the Nurse Advice Line, see page 7.

WHAT TO DO IN AN EMERGENCY

In a true emergency, it is important to get care right away.

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 in the Health Choice Arizona network.

Note: You may have a copay if you go to the emergency room when it is not an emergency. If you are 17 or younger or you are pregnant, you will not have a copay.

TRANSPORTATION

If you are having a true emergency, call 911 right away. Your health plan covers emergency transportation.

If you do not have your own transportation to your medically necessary appointments, we can help you get a ride. Please call three days before your appointment.

Here is how to get transportation:

- Call toll-free: 800-322-8670
- TTY users, call: 711

Have the following information ready when you call:

- Your appointment time and date (if you have more than one doctor 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.
- 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 doctor, drug store or lab.
- 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 that does not live with you drives you in their car to an appointment, Health Choice Arizona may reimburse them. The appointment must be for a covered service. Please call us for more information.
- Your ride may be by bus, shuttle, van or taxi. If you live in Pima or Maricopa County, you may qualify for a bus pass. 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.
- 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-emergent transportation to the Emergency Room if your doctor calls Health Choice Arizona to arrange it.

Health Choice Arizona can transport you to your intake visit, once a year, for behavioral health services, if needed. After that intake visit, if you need transportation for behavioral health services or medications, please call your behavioral health provider.

If you have Medicare in addition to Health Choice Arizona, we will transport you to all covered behavioral health appointments if you do not have your own transportation.

Please call us to find out if you have a copay.

COVERED SERVICES

We want to help you get the care you need. Health Choice Arizona provides all AHCCCS covered services. Health Choice Arizona will only pay for covered services. All services must be medically necessary. A doctor or a provider who is part of the Health Choice Arizona network must provide services. Your PCP can help you get the covered services you need. If you have any questions about covered services, please see your PCP or call Member services.

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

- Breast reconstruction after mastectomy
- Chemotherapy and radiation
- Dental Services
- 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
- 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 (Shots)
- Incontinence briefs can be provided to members over the age of 21
- Inpatient speech therapy, occupational therapy and physical therapy
- Insulin pumps
- Laboratory services and X-rays
- Podiatry
- Pregnancy care
- Transportation to medically necessary services
- Nutritional assessments, medical foods
- Outpatient surgery centers
- Prescription drugs (not covered if you have Medicare)
- Preventive screenings and tests (Pap tests, mammograms, colonoscopies)
- Rehabilitation Therapy
- Respiratory services
- Smoking cessation
- Transplants (organ and tissue) that are approved by AHCCCS
- Urgent care services

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. (See EPSDT for well exams for members under 21 years of age.) This list does not include all possible services.

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

Note: See EPSDT for well exams for members less than 21 years on page 29.

MEMBERS UNDER AGE 21 ARE ALSO ELIGIBLE FOR THESE SERVICES:

- 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)
- Occupational and speech therapy
- Orthotic devices when prescribed by the member's Primary Care Provider, attending physician, or practitioner.
- Vision exams and glasses

ADDITIONAL SERVICES WITH SPECIFIC LIMITATIONS

Behavioral health services	See behavioral health section on page 43
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	<p>For Members who are 21 years of age and older:</p> <p>Health Choice Arizona covers orthotic devices for members who are 21 year of age and older when:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (unless the doctor 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)
- Pregnancy Termination counseling
- 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
- Sex change operations
- TMJ disorders except when due to a recent trauma
- Treatment to straighten teeth (orthodontic oral health care)
- Immunotherapy for adults
- 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 Health Choice
- Services provided in a facility for the treatment of tuberculosis
- Services provided through Children's Rehabilitative Services Program (CRS) or the Department of Developmental Disabilities (DDD) Program

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 Therapy	Exercises taught or provided by a physical therapist to make you stronger or help improve movement.	Outpatient physical therapy visits are limited to 15 acute visits and 15 rehabilitative visits per contract year (Oct. 1 – Sept. 30). If you have Medicare, call us to find out how the visits will be counted.

NOTE: You can be billed for any these services. For more information, call Member Services.

END OF LIFE CARE AND ADVANCE DIRECTIVES

End of Life Care is a concept of care, for the duration of the member's life, that focuses on Advance Care

Planning, the relief of stress, pain, or life limiting effects of illness to improve quality of life for a member at any age who is currently or is expected to experience declining health, or is diagnosed with a chronic, complex or terminal illness.

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 doctor 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.

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 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 Healthcare 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 doctor 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 doctor(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.

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 doctor 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 \(https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning\)](https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning) under Life Care Planning.

SPECIALISTS

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 doctor's office will call the specialist and help you get an appointment.

Some services offered by specialists may need prior approval by Health Choice. Your PCP will submit the request for you. Female members have direct access to preventive and well care services from a gynecologist within Health Choice Arizona'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. As a member, you have the right to get a second opinion. You can get a second opinion from a doctor in our network, at no cost to you. If there is not a doctor in our network, then you may be able to get a second opinion from an out-of-network doctor. Call us if you have questions. We are happy to help you. For help finding a specialist or hospital, ask your PCP. You can also go to our website or call us. We are always happy to help you.

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 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 will know when to get Health Choice Arizona's approval. If your referral needs to be approved by Health Choice Arizona, your PCP will let you know what is happening.

You may also request a second opinion from another Health Choice Arizona doctor for no charge.

HOW TO USE YOUR HEALTH PLAN

As a member of Health Choice Arizona, you have access to all Medicaid covered benefits. Your responsibilities include, but are not limited to:

- Knowing who your primary care doctor (PCP) is
- Seeing your PCP during office hours
- Using the emergency room for true emergencies, not routine care
- Calling Member Services when you need help

You can choose your PCP from our list of contracted primary care doctors. Your PCP will help you get medical care. This may include finding a specialist. Your PCP can also help you get prior approval for services. Health care services are paid for only if:

- They are medically necessary
- You receive them from a Health Choice provider who is in the network
- Your primary care doctor arranges the service
- They are covered under the AHCCCS (Arizona Medicaid) program

The following services will be covered even if your primary care doctor does not arrange for them:

- Emergency services
- Family planning services
- Maternity/Pregnancy services
- HIV testing and counseling services
- Immunizations
- Sexually transmitted disease treatment

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.

For more information about your rights and responsibilities, see page 13 & 61.

PROVIDERS

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 provider. 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 PRIMARY CARE PHYSICIAN (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 doctors if you are unhappy with your doctor. 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 doctor 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 doctor can give you the best care possible. You can request one copy of your medical records from each of your doctors. Call your doctor’s office to find out how to send your records to your new doctor. There is no cost for these records. Please call us if you need help.

APPOINTMENTS

Please schedule all appointments before you go to the doctor’s office. Even if you feel you need to be seen right away, call your doctor first. All appointments must be set up during your doctor’s business hours. Let your doctor know you are a Health Choice Arizona member. Tell your doctor 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 doctor 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 doctor in the next one to two days.
- **Routine** – You or a family member need to see a doctor within three weeks for a well-baby, well child or immunization visit.

Tips about appointments:

- If you have not seen the doctor before, get there 15 minutes early.
- Take your member ID card with you to every appointment.
- If you need transportation, call Health Choice at least three days before your appointment. We will help you get a ride to your appointment.
- If you need an interpreter, please call Health Choice at least four days before

your appointment. We will arrange one for you.

CANCELLING OR CHANGING APPOINTMENTS

Please tell your dentist or doctor if you cannot go to your appointment. Tell them right away. Try to tell them no later than 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.

It is important that you go to your appointments. Please remember to be respectful to your doctor and the office staff.

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.

If you do not go to your appointment, you may not get another one right away.

WAITING AT THE DOCTOR'S OFFICE

Sometimes you may have to wait at the office while the doctor sees other patients. You should never have to wait more than 45 minutes (unless your doctor has an emergency).

If you feel you had to wait too long, please call Member Services to let us know.

PRIOR AUTHORIZATION

Some services need approval before AHCCCS or Health Choice 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

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

Before you get any of these services, your doctor must get approval. You can call your doctor 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 doctor may ask for a faster decision. In this case, your doctor can send us a request for approval within 72 hours.

We will tell your doctor 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 39 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.

SERVICES FOR ADULTS

ADULT PREVENTIVE CARE

In addition to well visits, Health Choice 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

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. (See EPSDT for well exams for members under 21 years of age.) This list does not include all possible services. There is no copay for preventive services.

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

ADULT DENTAL CARE

AHCCCS will not cover adult dental services unless the care is for a medical or surgical service related to dental or oral care.

Covered dental services for members age 21 and older must be for:

- Treatment of a medical condition such as acute pain
- Infection or fracture of the jaw

Some covered dental services may include:

- Mouth exams
- X-rays
- Giving anesthesia, pain medication or antibiotics
- Certain services to prepare for cancer treatment of the jaw, neck or head, lymphoma or for transplant
- Emergency dental care

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

Note: See EPSDT for well exams for members less than 21 years in the next section

SERVICES FOR CHILDREN

Healthy Start, Bright Futures

At Health Choice Arizona, our goal is to keep you and your children healthy. We believe that a healthy start in life will allow them to have a bright future! The Healthy Start, Bright Futures children's initiative focuses on six pillars for a healthy life:

- Annual well visits
- Immunizations
- Dental Visits
- Education
- Exercise
- Nutrition

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 mental health problems for AHCCCS members under the age of 21.

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. EPSDT services include screening services, vision services, dental services, hearing services and all other medically necessary mandatory and optional services listed in federal law 42 USC 1396d (a) to correct or ameliorate defects and physical and mental illnesses and conditions identified in an EPSDT screening whether or not the 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.

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 USC 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.”

This means that EPSDT covered services include services that correct or ameliorate physical and mental defects, conditions and illnesses discovered by the screening process when those services fall within one of the 29 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, nurse practitioner services, medications, dental services, therapy services, behavioral health services, medical supplies, 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 solely for cosmetic purposes, or that are not cost effective when compared with other interventions.

EPSDT / WELL-CHILD VISITS

Taking your child to the doctor for well-child visits and shots is one of the most important things you can do to keep your child from getting very sick.

At each well-child visit, your doctor will check your child’s health and growth. The doctor will also make sure your child gets the shots needed to keep your child from getting very sick. You should take your child to the doctor for an EPSDT visit as follows.

- 3-5 days old
- 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 and 24 months old
- Yearly between the ages 3 through 20 years

WHAT TO EXPECT AT AN EPSDT WELL-CHILD VISIT

- Measure your child’s weight and height
- Listen to your child’s heart and lungs
- Look at your child’s eyes, ears, mouth and teeth
- Give your child needed immunizations (shots)
- Talk to you about preventing injuries and keeping your child healthy
- Talk to you about your concerns and your child’s 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 child's visit will be covered, if medically necessary

At the well-child visit, your doctor may evaluate your child 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 who have certain conditions or special health care needs.

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

We will send you reminders about your child's well-child visits and shots. Be sure to make an appointment with your child's doctor for well-child visits.

DOCTOR VISITS: BIRTH TO 2 YEARS

Your baby should see the doctor for regular checkups. Babies also need to get their shots at the right time.

Recommended well-child visits for children from birth to 2 years:

- 3-5 days old
- 1-month
- 2-months
- 4-months
- 6-months
- 9-months
- 12-months
- 18-months
- 24-months

DOCTOR VISITS FOR CHILDREN AND YOUTH THROUGH 20 YEARS

Well visit checkups are not just for babies. Even older children and teens need checkups every year. Regular doctor visits, dental visits and shots are important to keep children and teens healthy, too.

Always take each child's shot records with you when you visit your child's PCP.

Many people think children can only get shots when they are well. This is not true. Children can get their shots when they have slight illnesses such as colds, ear infections or mild fevers.

Recommended well-child visits for children 3 to 20 Years:

- Doctor Visits: Schedule a well-visit once a year

- Dental Visits: Schedule dental visits twice a year

Tips about Appointments:

- Make the appointment for the next well-child visit while you are in the office for the current visit.
- Take your child's Member ID card to all appointments.
- Keep your child's doctor appointments.
- Make sure your child gets all shots.
- Keep a record of all shots your child receives.
- Call the doctor office at least one day before your appointment if you need to reschedule.
- If we set up a ride for you to the doctor and you cannot make the appointment, call us to cancel the ride.

Call your child's doctor if your child needs a referral to check your child's development. Developmental Screening Tools are questions the doctor will ask to check how your baby grows and is developing. These tools are used at 9, 18 and 24 months of age. If a problem is found, tests and follow-up will be done while your child is young.

What you can do to make sure your child's health needs are met:

- Take your child to all well-child visits.
- Tell the doctor if you have concerns about your child.

BEHAVIORAL HEALTH SERVICES FOR CHILDREN

Do you have any concerns about your child's behavior at home or at school? Be sure to talk to your child's PCP about any concerns you may have. As an AHCCCS member you have covered behavioral health services. If you have questions, please call us. We always want to help you.

IMMUNIZATIONS

Get your child's shots on time to protect your child from 16 serious diseases.

The Arizona Partnership for Immunization and the Centers for Disease Control suggests babies and children need to be protected from the following serious diseases:

- **Hepatitis A** is a liver disease that causes fever, tiredness, loss of appetite, stomach pains, dark urine and jaundice.
- **Hepatitis B** is a serious liver infection that can lead to liver damage, liver cancer, and in some cases, death.
- **Diphtheria** causes a severe throat infection that makes it very hard to swallow and breathe.
- **Tetanus (Lockjaw)** causes severe muscle spasms, breathing, and heart problems and may lead to death.
- **Pertussis (Whooping Cough)** causes long spells of coughing that make it hard for a child to eat, drink, and breathe. It can lead to pneumonia, seizures, and death.
- **Polio** can cause lifelong paralysis and deformity.
- **Haemophilus Influenza type B** causes joint, eye, and lung infections and meningitis which can lead to brain damage and death.
- **Measles** causes a high fever, rash, red, watery, light-sensitive eyes, and cold-like symptoms. It can lead to hearing loss, breathing problems, pneumonia, brain damage and death.

- **Mumps** causes painful swelling of the cheeks and jaw, headache and fever. In some cases, it can lead to hearing loss, swelling of the brain, and spinal cord and brain damage.
- **Rubella (German Measles)** is highly contagious and causes a fever and rash on the face and neck. A pregnant woman who gets Rubella can lose her baby or have a baby with severe birth defects.
- **Pneumococcus** causes fever, difficulty breathing, cough, fast heartbeat due to infection of the blood, pneumonia, and meningitis (an infection of the lining that surrounds the brain and spinal cord.)
- **Meningitis** causes fever, headache, stiff neck, eye sensitivity to light and confusion due to infection of the lining that surrounds the brain and spinal cord. As many as 20 percent of those who survive have permanent disabilities such as hearing loss, brain damage or loss of a limb.
- **Human Papillomavirus (HPV)** can cause cervical and other cancers including cancer of the vulva, vagina, penis or anus. It can also cause cancer in the back of the throat, including the base of the tongue and tonsils (called oropharyngeal cancer) as well as warts on the genitals of both males and females.
- **Rotavirus (RV)** can cause severe diarrhea in infants leading to dehydration and hospitalization.
- **Varicella (VZV, Chicken Pox)** is a highly contagious disease that causes fever, tiredness, weakness and an itchy, blister-like rash. Although generally mild, the blisters can become infected and cause serious illness, hospitalization or death.
- **Influenza (Flu)** is a highly contagious respiratory infection that causes muscle soreness, sore throat, cough and headache and can cause breathing difficulties in children. In serious cases, it can lead to death.

FAQS ABOUT SHOTS

Is my child behind on shots?

- Check with your doctor to find out which shots your child needs.
- It is not too late to catch up.
- Remember, teenagers need shots too!

What if my child is sick?


- Many people think children can only get shots when they are well. This is not true. Children can get their shots when they have slight illnesses such as colds, ear infections or mild fevers. The shots will not make your child sicker.

Are baby shots safe for my child?

- It is very rare for a child to have a serious reaction to a shot.
- Some children may experience a mild fever or soreness where the shot is given. This usually goes away quickly.
- The safety of shots has been thoroughly tested. According to the CDC, there is no scientific link between vaccines and autism.
- Thimerosal (a mercury containing preservative) was removed from baby shots in 2000.

Does my child really need baby shots?

- Failure to get shots can lead to outbreaks of disease.
- Even though we do not see these diseases, children and adults who do not get shots can still get the diseases and spread them to others.
- Baby shots help a child's immune system work as it is supposed to.

Child and Adolescent Recommended Immunization Schedule*											
VACCINE	MONTHS							YEARS			
	Birth	2	4	6	12	15	18	4-6	7-10	11-12	13-18
HepB	★	★			★				★	★	★
DTaP		★	★	★			★	★	★Tdap	★Tdap	★Tdap
IPV		★	★		★			★	★	★	★
Hib		★	★	★	★						
PCV		★	★	★	★						
Rotavirus		★	★	★							
Influenza					★Seasonal, one dose yearly						
MMR	 410 N. 44th St, Suite 900 Phoenix, AZ 85008 800-322-8670 HealthChoiceAZ.com				★			★	★	★	★
Varicella					★			★	★	★	★
HepA					★2 doses				★	★	★
MCV4									★	★	★Booster
HPV									★2 doses	★3 doses	★

- Vaccine can be given during shown age range.
 ★ Vaccine is recommended for all children unless your doctor tells you that your child cannot safely receive the vaccine.
★ Vaccine should be given if a child is catching-up on missed vaccine.
- ★ 2 doses of the HPV vaccine are recommended at age 9 years for children who are at increased risk. This includes children with a history of sexual abuse or assault. See vaccine-specific recommendations at <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html>

*This is a general schedule based on recommendations for the Centers of Disease Control (CDC) and is subject to change. Based off CDC immunization schedules last updated 1/10/2017. Children who miss shots normally given at a certain age and children in certain high risk groups may receive additional shots, or may receive shots at different times than shown on this schedule. Parents should consult with their child's doctor to determine the correct schedule and series of shots for their child. Contract services are funded in part under contract with the state of Arizona. HCA-EP12-11.1-0617 (AHCCCS Approved 7/21/2017)

How do I keep track of my child's baby shots?

- All children are required to show a complete shot record before entering school or childcare.
- Your doctor will give you a Lifetime Immunization Record. Write down all shots in the record.
- Take your child's record to every doctor visit.

For more information, talk to your child's doctor or call the Centers for Disease Control: 800-CDC-INFO.

TIPS FOR KEEPING YOUR CHILDREN HEALTHY

This simple schedule countdown is all you need to remember to keep your kids healthy. A healthy lifestyle includes:

1. Eat at least five servings a day of fruits and vegetables
 - Choose fresh fruit instead of juice
 - Try a new fruit or vegetable each week and/or eat them for snacks
2. Spend less than 2 hours a day in front of a screen
 - Keep TVs, video games and computers out of the bedroom
 - Plan your TV time (stick to it)
 - Don't eat in front of the TV
3. Spend at least 1 hour every day doing something active
 - Involve the family – take a walk, go to the park, walk the dog, etc.
 - Ride a bike, take a hike, or try a new sport
4. Limit sweetened drinks (zero if possible)
 - Drink more water and low-fat milk
 - Did you know that sports drinks and energy drinks are loaded with sugar?

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.

PREGNANCY / MATERNITY SERVICES

Healthy moms have healthy babies. Health Choice Arizona wants to help you to stay healthy while your baby grows. See your doctor when you start thinking about having a baby.

You can start planning for your baby's health even before you are pregnant.

Female members 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.

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 doctor, 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 doctor, and your doctor is not in our network, you can change plans. Or, we can work with your doctor to continue your care for the pregnancy. You would need to choose a Health Choice Arizona doctor for any future pregnancies or well woman care.

High-risk pregnancy care should begin 3 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 doctors
- Counseling before you become pregnant
- Pregnancy testing
- 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 contraception counseling
- Labor, delivery and postpartum services
- Counseling and testing for sexually transmitted diseases (STDs) including HIV

TIPS FOR PREGNANT MOMS

See your doctor regularly for prenatal care. Your doctor 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 doctor at least three 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 months of pregnancy should call Member Services right away. We can help you choose an OB doctor and talk to you about prenatal care. It is very important to keep your appointments with your OB doctor.

PRENATAL DOCTOR VISITS

Pregnant less than three months (first trimester):

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

Pregnant three to six months (second trimester):

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

Pregnant six to 10 months (third trimester):

- You should be seen within three 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 doctor (unless the doctor is addressing an emergency).

If your pregnancy is identified as high risk you will be seen by a maternity care provider within 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 for up to 60 days after your delivery.

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

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 any PCP in the plan network. You do not need a referral or prior authorization to access family planning services and supplies from an out-of-network doctor.

Family planning services include, but are not limited to:

- Birth control counseling, education and supplies
- Natural family planning
- Birth control pills
- Condoms Male or Female
- Foams
- Creams
- Birth control patches
- Diaphragms
- Cervical caps
- Intrauterine devices (IUD)
- Counseling and testing for sexually transmitted disease (STDs)
- 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 120 hours after unprotected sexual intercourse)
- Pregnancy Tests

To make an appointment for family planning, call your PCP. There are no copayments for family planning services. Covered contraceptives are available at no cost to you.

To receive family planning services and supplies from out-of-network doctor, your doctor must get approval.

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.

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, and
- 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, and
- 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

DENTAL SERVICES FOR CHILDREN-UNDER THE AGE OF 21

Health Choice covers routine and preventive dental and oral health care for members under the age of 21. We will assign a dentist to your child right away, so they can give your child the routine cleanings and other treatments they need. First examination is encouraged to begin by age 1. Creating a dental home with one dentist for your child will provide a comfortable environment for ongoing services as your child grows. Members under 21 years of age should see a dentist every six months. You can change your dental home at any time by calling Member Services.

It is very important for your child to see a dentist every 6 months. This will aid in preventing oral disease.

RECOMMENDATIONS FOR PREVENTIVE PEDIATRIC ORAL CARE				
These recommendations are designed for the care of children who have no contributing medical conditions and are developing normally. These recommendations may require modification for children with special health care needs.				
AGE	12-24 MONTHS	2-6 YEARS	6-12 YEARS	12 YEARS AND OLDER
Clinical oral examination including but not limited to the following: ¹	X	X	X	X
• Assess oral growth and development	X	X	X	X
• Caries-risk Assessment	X	X	X	X
• Assessment for need for fluoride supplementation	X X	X X	X X	X X
• Anticipatory Guidance/Counseling	X	X	X	X
• Oral hygiene counseling	X	X	X	X
• Dietary counseling	X	X	X	X
• Injury prevention counseling	X	X	X	X
• Counseling for nonnutritive habits			X	X
• Substance abuse counseling			X	X

• Counseling for intraoral/perioral piercing		X	X	X
• Assessment for pit and fissure sealants				
Radiographic Assessment	X	X	X	X
Prophylaxis and topical fluoride	X	X	X	X

¹ First examination is encouraged to begin by age 1. Repeat every 6 months or as indicated by child's risk status / susceptibility to disease.

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.
- Keep your appointment. If you cannot keep your appointment, call the dentist office to cancel or change your appointment.
- If you get a denial from Health Choice Arizona for dental care, call the dentist office. Your dentist can explain. Many times, only part of the care was denied and your child may still get other types of care they need.

FINDING A DENTIST

We can help you find a dentist. Call us if you would like help finding a dentist or changing the dentist you have.

You can also find a dentist in the Provider 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 a dentist in the Provider Directory on our website.

MAKING DENTAL APPOINTMENTS

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

CANCELLING OR CHANGING APPOINTMENTS

Please tell your dentist or doctor if you cannot go to your appointment. Tell them right away. Try to tell them no later than 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.

It is important that you go to your appointments. Please remember to be respectful to your doctor and the office staff.

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.

If you do not go to your appointment, you may not get another one right away.

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 Provider 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 Provider Directory on our website.

If you need a pharmacy that is open 24 hours or on holidays, see the Provider Directory 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, Health Choice Arizona must approve it before we can pay the drug store.

For latest 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 doctor or Health Choice Arizona for help. Health Choice Arizona has a 24-hour helpline for pharmacists. In some cases, we will allow you to have five days 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 doctor with information to support the request.

Health Choice Arizona utilizes a specialty pharmacy called BrivoRx 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 BrivoRx 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 doctor must give prescriptions to you.
- Your doctor 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.

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. 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 Health Choice 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 may 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.
- You may also call Optum Rx at 1-855-796-3484 for further help.

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 back 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 on the next page:

EVALUATION PARAMETER	MINIMUM CRITERIA FOR INITIATING INTERVENTIONS
Over-utilization	<p>Member utilized the following in a 3 month time period:</p> <ul style="list-style-type: none"> > 4 prescribers; and > 4 different abuse potential drugs (e.g. opiates, muscle relaxers, benzodiazepines); and > 4 Pharmacies. <p>OR</p> <p>Member has received 12 or more prescriptions of the medications of concern (drugs with abuse potential) in the past three months.</p>
Fraud	Member has presented a forged or altered prescription to the pharmacy

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 Pharmacy Help Line. 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.

We must receive the receipts and labels within six months from the date you paid for the drugs. We will review. After we review, we will let you know if we can reimburse you.

BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

Some personal problems can affect your health. Personal problems can also affect your family. Stress, depression, anxiety, drug or alcohol abuse, or other mental health issues could cause these.

Services that can help you with your mental health are called behavioral health services.

Some members may get services through a Tribal Regional Behavioral Health Authority (TRBHA).

If you have any questions, your AHCCCS ID card has the phone number of the provider that will give you behavioral health or substance abuse services. You are assigned to a provider based on where you live and if you have Medicare. The provider (RBHA) will pay for most behavioral health services including most prescriptions for behavioral health conditions.

If you have questions or need help getting behavioral health services, please call the number on your card.

Important things to know:

- You do not need permission to get behavioral health services.
- If you need help, please call the RBHA number on your ID card.
- You can always call Health Choice Arizona for help.
- For behavioral health emergencies, contact one of the 24-hour crisis lines listed below.

Behavioral health services include:

- Services to evaluate your problems
- Counseling and other kinds of therapy for personal, family and drug problems
- Inpatient hospital services
- Doctor services
- Nursing services
- Medication and services to monitor your medication
- Emergency or crisis services
- Case management
- Rehabilitation services
- Transportation
- Respite care
- Other support services

Your doctor can help you with your behavioral health. He or she can talk with you about your choices for treatment. If you have any questions, call us. We are happy to help you.

Below is a list of RBHAs/TRBHA by county that provide Behavioral Health, Substance Abuse and Crisis services. Remember, if you have Medicare, Health Choice will provide Behavioral Health and Substance Abuse services.

REGIONAL BEHAVIORAL HEALTH AUTHORITY	PHONE NUMBER
Maricopa County Mercy Maricopa Integrated Care (MMIC)	Crisis Line: 602-222-9444 Staffed 24 hours Member Services: 800-564-5465 Staffed 24 hours

Pima and Pinal Counties Cenpatco Integrated Care (CIC)	Crisis Line: 866-495-6735 Staffed 24 hours Member Services: 866-495-6738
Apache, Coconino, Gila, Mohave, and Navajo Counties Health Choice Integrated Care (HCIC)	Crisis Line: 877-756-4090 Staffed 24 hours Member Services: 800-640-2123
TRIBAL BEHAVIORAL HEALTH AUTHORITY PHONE NUMBER	
Pascua Yaqui Behavioral Health	Crisis Line: 520-591-7206 Staffed 24 hours Member Services: 520-879-6060
Navajo Nation Regional Behavioral Health Crisis Line Unavailable ** Please go to your local Indian Health Services Hospital for help, call 911 or call your PCP	928-871-7619
White Mountain Apache Behavioral Health Crisis Line Unavailable **Please go to your local Indian Health Services Hospital for help, call 911 or call your PCP	928-338-4811
Gila River Regional Behavioral Health Authority	Crisis Line: 800-259-3449 Health Services: 888-484-8526 Staffed 24 hours

ARIZONA'S VISION FOR THE 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; and
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.
 - 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.
 - 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 adopted by ADHS that incorporate evidence-based "best practice."
 - 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.
- 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.
 - 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 class 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.
 - 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.

- 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 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 specialties such as Allergy & Immunology, Cardiology, Ear Nose and Throat, Gastroenterology, Gynecology, Neurology, Oncology, Orthopedic Surgery, Pathology, Rheumatology, and Urology.

CANCELLING OR CHANGING APPOINTMENTS

Please tell your doctor if you cannot go to your appointment. Tell them right away. Try to tell them no later than 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.

It is important that you go to your appointments. Please remember to be respectful to your doctor and the office staff.

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.

If you do not go to your appointment, you may not get another one right away.

APPEALS

Health Choice Arizona may deny services that your doctor asks for, or we may limit or stop your care. If this happens, you will get a letter from Health Choice. 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. The Notice of Adverse Benefit Determination will tell you how to continue services during the appeal process.

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.

Before you file an appeal, check with your doctor. Your doctor 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.

REQUESTING AN APPEAL

If you disagree with the Notice of Adverse Benefit Determination, you can request an appeal. You can ask for an appeal by calling Member Services, or by writing a letter to Health Choice Arizona.

To file an appeal by phone:

- Call Member Services and a representative will help you.
- Have your Notice of Action with you when you call. This will help us get all of the information necessary to address your matter.

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 working 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 Health Choice has looked at your appeal, we will send you a letter to tell you our decision. This letter is called a Letter of Appeal Resolution.

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.

If Health Choice Arizona makes a fast decision, we will try to call you within 72 hours. We will call to tell you our Appeal decision.

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 Health Choice 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 get help. You can file the appeal yourself or you can have someone file it for you. The person helping you is called your “representative.” This may include a family member, 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. You can also get help filing your appeal from a family member, friend, clergy or even your doctor. Send us a letter telling us the name of your representative. Tell us in the letter that you want to allow your representative to file the appeal for you.

If you do not have someone to help you, and you would like our help finding you someone, please write us a letter.

To tell us about your representative, please mail your letter to:

Health Choice Arizona
Attn: Member Appeal
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008

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.

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 eligible for the Children's Rehabilitative Services program under A.R.S. §36-2906(E),
- Acute care 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 Administration 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.

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 will pay its part. This means your provider will bill the other insurance first. Health Choice 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

People who have both AHCCCS and Medicare are called "dual eligible."

If you have Medicare, Health Choice may help pay your Medicare coinsurance and deductibles (also called "cost sharing"). However, AHCCCS and Health Choice do NOT pay for drugs paid by Medicare Part D or for cost sharing for these drugs.

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 network. You should use a Health Choice provider for any other services that you get.

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

If you have Medicare, Health Choice will now be your behavioral health provider.

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 provider. Call us and we can help you understand your benefits.

PAYING FOR COVERED SERVICES COVERED BY HEALTH CHOICE

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 53.

Your provider should send all bills for covered services to Health Choice. 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
- 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

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 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 will not pay this copay.

AHCCCS does not pay for barbiturates used to treat epilepsy, cancer, mental health problems or any benzodiazepines for members with Medicare. Federal law requires Medicare to pay for these drugs.

Some of the common names for benzodiazepines and barbiturates are:

GENERIC NAME	BRAND NAME
Alprazolam	Xanax
Diazepam	Valium
Lorazepam	Ativan
Clorazepate Dipotassium	Tranxene
Chlordiazepoxide Hydrochloride	Librium
Clonazepam	Klonopin
Oxazepam	Serax
Temazepam	Restoril
Flurazepam	Dalmane
Phenobarbital	Phenobarbital
Mebaral	Mephobarbital

AHCCCS pays for barbiturates for Medicare members that are not used to treat epilepsy, cancer or mental health problems.

If you have any questions, call us. We are happy to help you.

GRIEVANCES (COMPLAINTS)

If you have a concern with any part of your health care, or you would like to complain about Health Choice, 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 NOA 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 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 phone at 602-417-4000 or in writing at AHCCCS Attn: Medical Management Department, 701 E. Jefferson Street, Phoenix, AZ 85034

STATE FAIR HEARING

MEMBER’S RIGHT TO REQUEST A STATE FAIR HEARING

If you do not like the appeal decision made by Health Choice, 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 30 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:
**Health Choice Arizona
Attention: Member Appeals
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008**

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.

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 you 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.

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. You cannot be denied services if you file a complaint.
- Request information on the structure and operation of Health Choice 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, color, national origin, disability, sex, religion or age, or ability to pay, or gender.

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 22.

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; and
- 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

MEMBER RIGHTS CONTINUED

- 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. See page 22 for more information.
- 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 new technology for inclusion as a covered benefit.

- Information about grievances, appeals and requests for a hearing.
- Look at your medical records. 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 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 the 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.
- Ask for information about Health Choice 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 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.
- Receive information on beneficiary and plan information.
- Privacy and to be treated with respect and dignity.
- 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 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.

FRAUD AND ABUSE

Health Choice 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.

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. It can also mean physical, mental, sexual abuse or neglect of a member.

If you commit fraud and/or abuse, you could be subject to penalty under the law.

If you suspect fraud and abuse by a provider, member or other person, please tell us. To report fraud and abuse, you can do the following:

- Call Member Services and ask to talk to the Compliance Department.
- Write a letter and mail it to this address:

Health Choice Arizona
Attn: Compliance
Department
410 North 44th Street
Suite 900
Phoenix, AZ 85008

You may also call our Alert Line to report any issue or concern: 877-898-6080. You will not lose your health benefits for reporting fraud or abuse. We will keep your report private to the extent allowed under the law.

QUITTING SMOKING

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 or azdhs.gov/tobaccofreeaz/.
- The ASH Line can give you free samples of stop-smoking aides. The ASH Line can also give you counseling and support to help you kick the habit.

Health Choice also covers certain aids to help you quit if your doctor orders them. Ask your doctor for more information.

We always want to help you get healthy. Call us and ask to talk with a Health Choice case manager for help quitting smoking.

COMMUNITY RESOURCES

AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
Adult Abuse Hotline (Division of Aging and Adult Services)	602-542-4446 877-SOS-ADULT 877-767-2385 (toll-free) TTY 877-815-8390	www.azdes.gov/aging/
Arizona Early Intervention Program (AzEIP)	480-303-4407 or 800-322-8670 (toll free)	www.azdes.gov/AZEIP/
Birth and Death Certificates	602-364-1300 888-816-5907 (toll-free)	www.azdhs.gov/vital-records/
KidsCare - Arizona's Children's Health Insurance Program (CHIP)	Maricopa County: 602-417-5437 Statewide: 877-764-5437 (toll-free)	www.azahcccs.gov/applicants/categories/ KidsCare.aspx
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)	602-542-9935 or 800-352-8401 (toll-free)	www.azdes.gov/nutrition_assistance/

Arizona 2-1-1 Community Information and Referral Services	2-1-1 or 877-211-8661 (toll-free)	www.cir.org/
Arizona Workforce Connection	602-542-2460	www.arizonaworkforceconnection.com/
Arizona Head Start	480-557-9607	www.azheadstart.org/
AZ Dept. of Health Services Bureau of Women's and Children's Health	602-364-1400	www.azdhs.gov/phs/owch/index.htm
Health-e-Arizona Plus	1-855-432-7587	www.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	www.azahcccs.gov/

AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
National Alliance on Mental Health	602-244-8166	www.namiaz.com/
Poison Control	800-222-1222 (toll- free)	www.pharmacy.arizona.edu/centers/ arizona-poison-drug-information- center
Prevent Child Abuse Arizona	928-445-5038	www.pcaaz.org/
Division of Developmental Disabilities (DDD)	602 542-0419 866- 229-5553 (toll-free)	www.azdes.gov/ddd/
Arizona Department of Health Services	602-542-1025	www.azdhs.gov/index.php

Unemployment Insurance	Phoenix: 602-364-2722 Tucson: 520-791-2722 877-600-2722 (toll-free) TDD: 877-877-6226 (toll-free)	www.azui.gov/
Arizona Dept. of Human Services- Division of Substance Abuse	602-542-1025	www.azdhs.gov/bhs/index.htm
Arizona ASH Line Tobacco Quit Line	800-556-6222	www.ashline.org/about-ASHLine
WIC (Women, Infants and Children)	602-542-1025	www.azdhs.gov/azwic/
AZ Department of Economic Security	(602) 542-4791	Azlinks.gov
The Arizona Partnership for Immunization (TAPI)	602-288-7568	www.whylimmunize.org
Arizona Coalition to End Sexual and Domestic Violence	602-279-2900	www.azcadv.org

HEAD START PROGRAM

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

There are many Head Start programs in Arizona. Most programs ask that the child be 4 years old by September 1st to enroll for the school year.

Some programs are available for children under 4 years old. The program provides:

- 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.

OTHER SERVICES

CASE MANAGER SERVICES

A case manager is someone who can help you understand your health condition. The case manager may be a trained social worker or a nurse.

If you have special needs, we may assign you to a case manager. Your case manager can work closely with your doctor.

The case manager may help you manage your drugs, or find resources for things like food or clothing. Case managers can also offer the support and education you may need to help you stay healthy.

The case manager can help make sure you get the best services for you.

If you have questions or you would like to ask for a case 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 or asthma.

We have people trained as specialists who can help teach you how to better control your health condition.

Our nurses and coordinators will work with you to stay healthy, educate you about your condition and find the right services.

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

If you want to learn more about disease management, call Member Services. We

always want to help you.

SELECTED PROVIDER PROGRAM

This program is for members who need help learning to use medical services wisely and safely. There are certain reasons you are put in the program. A case manager will help get the care needed. You may only be able to go to one doctor or pharmacy for services. You can leave the program if there is no reason to be on it and if you have used one primary doctor for twelve months in a row.

VISION SERVICES

Routine and emergency vision services are covered for members under 21 years. 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. We always want to help you.

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

ADVOCACY RESOURCES

You have additional resources available to you. Below is a list of additional resources available to you. For help or questions contact Member Services.

Division of Aging and Adult Services

State of Arizona

1789 W. Jefferson, Site Code 950A

Phoenix, AZ 85007

Phone: 602-542-4446

Area Agency on Aging

1366 E. Thomas Rd. Suite 108

Phoenix AZ, 85014
Phone: 602-264-2255
Toll Free: 888-783-7500
Fax: 602-230-9132
www.aaaphx.org

Arizona Bridge to Independent Living (ABIL)
5025 East Washington Street, Suite 200
Phoenix, AZ 85034
Phone: 602-256-2245
Toll Free: 800-280-2245
www.abil.org

**Division of Aging and Adult
Services**

State Long Term Care
Ombudsman
1789 W. Jefferson St. Site
950A Phoenix, AZ 85007
www.azdes.gov/daas/

**National Alliance on Mental
Illness (NAMI)**
5025 E Washington St. Ste. 112
Phoenix, AZ 85034
Phone: 602-244-8166
Fax: 602-252-1349
www.nami.org

**Arizona Coalition Against
Sexual and Domestic
Violence**

2800 N Central Ave. Ste. 1570
Phoenix, AZ 85004
Phone: 602-279-2900
Toll-free: 1-800-782-6400
<http://www.acesdv.org>

LEGAL ASSISTANCE

Arizona Center for Disability Law
5025 E. Washington Street, Suite 202
Phoenix, AZ 85034
Phone: 602-274-6287 (voice or TTY)
Toll-free: 800-927-2260
Fax: 602-274-6779
www.acdl.com

Community Legal Services, Inc.
305 South 2nd Avenue

MANAGED CARE TERMINOLOGY

Action, an action by Health Choice Arizona means:

- The denial or limited authorization of a service you or your doctor have asked for
- The reduction, suspension or ending of an existing service
- The denial of payment for a service, either all or part
- Failure to provide services in a timely manner
- Failure to act within certain timeframes for grievances and appeals
- Denial of a rural member's request to get services out of the network when Health Choice Integrated Care is the only health plan in the area

AHCCCS (Arizona Health Care Cost Containment System) is the state agency that manages the Medicaid program in Arizona using federal and state funds. AHCCCS contracts with managed care health plans to deliver medical services to eligible members.

Appeal Resolution is the written determination by Health Choice Arizona about an appeal.

Authorization is an approval from your doctor and/or health plan before getting other health care services including, but not limited to, laboratory and radiology tests and visits to specialists and other health care providers (see referral).

Copayment is a small amount of money you pay when you get certain covered services.

Emergency is a medical situation that could cause serious health problems or even death if not treated immediately.

Durable Medical Equipment (DME) equipment which:

- May be used over and over
- Is primarily used to serve a medical purpose
- Usually is not useful to a person when they are not sick or hurt
- Is easily used in the home
- Some examples are crutches, wheelchairs, and walkers.

Family Planning is education and treatment services for a member who voluntarily chooses to delay or prevent pregnancy.

Grievance is any written or verbal expression of dissatisfaction over a matter other than an action, as defined in this Handbook, by a member or provider authorized in writing to

act on the member's behalf. A grievance may be submitted orally or in writing to any Health Choice Arizona staff person. Grievances include, but are not limited to, issues regarding:

- Quality of care or services
- Accessibility or availability of services
- Interpersonal relationships (e.g. rudeness of a provider or employee, cultural barriers or insensitivity)
- Claims or billing
- Failure to respect a member's rights

Grievance System is a system that includes a process for enrollee grievances, enrollee appeals, provider claim disputes, and access to the State Fair Hearing system.

Maternity Care includes medically necessary preconception counseling, pregnancy, testing prenatal care, labor and delivery services, and postpartum care.

Medically Necessary is a covered service that will prevent disease, disability and other poor health conditions or their progress, or prolong life.

Medically Necessary Transportation takes you to and from required medical services.

Notice of Action is an action taken if Health Choice Arizona decides that the requested service cannot be approved, or if an existing service is reduced, suspended or ended, a member will receive a "Notice of Action" telling them what action was taken and the reason for it; their right to file an appeal and how to do it; their right to ask for a fair hearing with AHCCCS and how to do it; their right to ask for an expedited resolution and how to do it; and, their right to ask that their benefits be continued during the appeal, how to do it and when they may have to pay the costs for the services.

Obstetrician/Gynecologist (OB/GYN) is a doctor who cares for women during pregnancy, childbirth, postpartum and well-women exams.

OB Case Management is an obstetrical case manager link for expectant mothers with appropriate community resources such as the Women, Infants and Children's (WIC) nutritional program, parenting classes smoking cessation, teen pregnancy case management, shelters, and substance abuse counseling. They provide support, promote compliance with prenatal appointments, and prescribe medical treatment plans.

Out-of-Network Provider is a provider who is neither contracted with nor authorized by Health Choice Arizona to provide services to Health Choice Arizona members.

Postpartum Care is health care provided up to 60 days post-delivery.

Preconception Counseling is the goal is to uncover any high-risk issues and help a woman become healthy before becoming pregnant.

Prenatal Care is health care provided throughout the pregnancy.

Prescription is an order from your doctor for medicine. The prescription may be called in over the telephone or can be written down.

Primary Care Provider (PCP) is the doctor who provides or authorizes all your health care needs. Your PCP refers you to a specialist if you need special health care services.

Provider Fraud & Abuse

Falsifying Claims/Encounters that include the following items:

- Alteration of a claim
- Incorrect coding
- Double billing
- False data submitted
- Administrative/Financial actions that include the following items:
 - Kickbacks
 - Falsifying credentials
 - Fraudulent enrollment practices
 - Fraudulent Third Party Liability (TPL) Reporting
 - Fraudulent Recoupment Practices
- Falsifying Services that include the following items:
 - Billing for Services/Supplies Not Provided,
 - Misrepresentation of Services/Supplies
 - Substitution of Services

Qualified Medicare Beneficiaries (QMB) is for members who qualify for both AHCCCS and Medicare who have their Medicare Part A and Part B premiums, coinsurance and deductibles paid for by AHCCCS.

Regional Behavioral Health Authority (RBHA) is the behavioral health administrator contracted with the Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) to deliver behavioral health services in a certain area of the state.

Referral is when the PCP sends you to a specialist for a specific, usually complex, problem.

Specialist is a doctor who treats specific health care needs. For example, a cardiologist is a specialist. You must get a referral from your doctor before seeing a specialist.

MATERNITY CARE DEFINITIONS

Maternity care - includes medically needed services related to all aspects of pregnancy. This may include but is not limited to identification of pregnancy, prenatal care, labor and delivery services, and postpartum care. Other services also include medically needed preconception (before pregnancy) counseling.

Maternity care coordination - includes maternity care related activities that help consider all aspects of pregnancy. This may include identification of care needs through risk assessment and evaluation; development of a care plan to address care needs, coordinating referrals of the member to appropriate health care providers.

Practitioner - This term refers to certified nurse practitioners in midwifery, physician's assistants and other nurse practitioners.

Postpartum care - refers to the health care provided up to 60 days after delivery. Family planning services are included during this time, if provided by a physician or practitioner.

Preconception Counseling - This service focuses on the early detection and management of risk factors before pregnancy, and includes efforts to influence behaviors that can affect a fetus (baby still in development before birth). This service is in place to ensure a woman is healthy prior to becoming pregnant. This service does not include genetic testing. Preconception counseling services, as part of a well woman visit, are provided when medically necessary.

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.

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." If you think you need help, call us. We are happy to help you.

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 that 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 a state licensed person. A licensed midwife can provide OB care, support and education to healthy women who have no health risks and have not had a previous high risk pregnancy. The licensed midwife provides this service during pregnancy, labor, and childbirth and after the baby is born.



ALPHABETICAL INDEX

- Adult Preventive Care, 28
- Advance Directives, 22
- After hours care, 6
- Appeals, 50
- Arizona Early Intervention Program (AzEIP), 67
- Behavioral Health, 43
- Behavioral Health Services for Children, 32
- Cancelling Appointments, 27
- Case Manager, 68
- Change Health Plans, 15
- Change my PCP, 26
- Changes to your personal information, 13
- Changing Appointments, 27
- Community Resources, 65
- Complaints, 58
- Continued Benefits, 60
- Copayments, or copays, 53
- Covered Services, 18
- Dental Care for Adults, 28
- Dental Services for Children, 29
- Disease Management, 68
- Do Not Resuscitate (DNR), 22
- Doctor Appointments, 26
- Emergency, what is, 15
- Emergency, what to do, 16
- EPSDT / Well-Child Visits, 30
- EPSDT program, 29
- Excluded Benefits, 21
- Expedited Appeal, 51
- Family Planning, 37
- Filing a Grievance, 58
- Finding a Dentist, 40
- Formulary, 41
- Grievances, 58
- Head Start Program, 67
- Immunization Schedule, 34
- Immunizations, 32
- Language Interpretation and Translation Services, 10
- Living Will, 22
- Maternity Services, 35
- Medical ID Theft, 13
- Medical Power of Attorney, 22
- Member ID Cards, 12
- Member Responsibilities, 13
- Member Rights, 61
- Member Services, 5
- Mental Healthcare Power of Attorney, 22
- Notice of Extension, 52
- Nurse Advice Line, 7
- Other insurance, 56
- Paying for services not covered, 57
- Payment for services, 57
- Pregnancy, 35
- Pregnancy Termination, 37
- Pre-Hospital Medical Care Directive, 22
- Prescription Drugs, 41
- Primary Care Physician (PCP), 25
- Prior Authorization, 27
- Privacy, 61
- Provider Directory, 11
- Quick Reference, 4
- Quitting smoking, 64
- Regional Behavioral Health Authority (RBHA), 9
- Request a State Fair Hearing, 59
- Service Area, 14
- Services not covered, 20
- Shots. See Immunizations, 32
- Specialists, 24
- State Fair Hearing, 59
- Sterilization, 37
- Tobacco habit, 64
- Transportation, 16
- Tribal Behavioral Health Authority (TRBHA), 9
- Urgent Care, 6
- Vision Services, 69
- Women, Infants and Children (WIC), 34

INTRODUCCIÓN A HEALTH CHOICE ARIZONA

Welcome to Our Family!
¡Bienvenido a Nuestra Familia!

Health Choice Arizona es un plan de salud de AHCCCS y KidsCare

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

Health Choice Arizona brinda servicios de atención médica para los habitantes de los condados de Apache, Coconino, Maricopa, Mohave, Navajo, Pima, Gila y Pinal.

Este es su Manual para miembros. Lea este manual con atención. Le ayudará a conocer sus beneficios como miembro de Health Choice Arizona.

Si necesita otra copia de este manual, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Le enviaremos una copia nueva sin costo.

Puede saber más sobre sus derechos como miembro de Health Choice Arizona en la página 61 de este manual. Si tiene alguna pregunta, nuestro Departamento de Servicios para Miembros lo ayudará con gusto.

Si necesita la ayuda de un traductor o intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 800-322-8670.

Queremos que esté satisfecho con su plan de atención médica. En caso de no estarlo, nos gustaría saberlo. Llámenos y díganos cómo podemos ayudarlo.

Disponemos de números gratuitos, así que puede comunicarse con nosotros fácilmente. El número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros es el 800-322-8670. También podrá encontrarlo en la parte inferior de cada página par de este manual.

Para obtener más información sobre Health Choice, ingrese a nuestro sitio web HealthChoiceAZ.com. ¡Esperamos poder ayudarlo! Todos los servicios contratados están financiados bajo contrato con AHCCCS.

ÍNDICE

ÍNDICE..... 2	<i>SALUD?..... 15</i>	<i>DERECHOS DE LOS MIEMBROS..... 65</i>
RECIBIR ATENCIÓN 3	<i>¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA? 16</i>	<i>SU PRIVACIDAD 66</i>
<i>REFERENCIA RÁPIDA..... 4</i>	<i>¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA? 17</i>	<i>FRAUDE Y ABUSO..... 68</i>
<i>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS 5</i>	<i>TRANSPORTE 17</i>	<i>DEJAR DE FUMAR..... 69</i>
<i>NÚMEROS IMPORTANTES RELACIONADOS CON EL PLAN..... 6</i>	<i>PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)..... 27</i>	<i>RECURSOS COMUNITARIOS 70</i>
<i>LÍNEA DE CONSEJOS DE ENFERMEROS..... 7</i>	<i>SERVICIOS PARA NIÑOS..... 31</i>	OTROS SERVICIOS..... 73
<i>SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL 7</i>	<i>VACUNAS 34</i>	<i>SERVICIOS DEL ADMINISTRADOR DE CASOS 73</i>
<i>SERVICIOS DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN DE IDIOMAS 10</i>	<i>SERVICIOS DE EMBARAZO Y MATERNIDAD 37</i>	<i>SERVICIOS DE MANEJO DE ENFERMEDADES..... 73</i>
<i>DIRECTORIO DE PROVEEDORES..... 11</i>	<i>PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 39</i>	<i>SERVICIOS PARA LA VISIÓN..... 74</i>
<i>TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO 12</i>	<i>DENTAL..... 41</i>	<i>RECURSOS DE DEFENSORÍA 74</i>
<i>CAMBIOS EN SU INFORMACIÓN PERSONAL 13</i>	<i>MEDICAMENTOS RECETADOS..... 44</i>	<i>AYUDA LEGAL 76</i>
DEBERES DE LOS MIEMBROS... 14	<i>SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL..... 47</i>	<i>TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA 76</i>
<i>ÁREA DE SERVICIO DE HEALTH CHOICE ARIZONA 15</i>	<i>APELACIONES..... 54</i>	<i>DEFINICIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE MATERNIDAD..... 79</i>
<i>¿QUÉ PASA SI ME MUDO? 15</i>	<i>COPAGOS..... 56</i>	ÍNDICE ALFABÉTICO 82
<i>¿PUEDO CAMBIAR DE PLAN DE</i>	<i>QUEJAS FORMALES (RECLAMOS).. 62</i>	
	<i>AUDIENCIA ESTATAL JUSTA..... 63</i>	
	<i>RECEPCIÓN DE BENEFICIOS CONTINUOS..... 65</i>	

RECIBIR ATENCIÓN

Este Manual para miembros describe los servicios de Health Choice Arizona.

En él se explica cómo obtener servicios de atención médica cubiertos por su plan. También le ayudará a saber cómo obtener el máximo provecho de sus beneficios.

La información del Manual para miembros incluye:

- Cómo encontrar un médico
- Cómo recibir atención médica
- Sus derechos y responsabilidades
- Servicios cubiertos
- Servicios que no están cubiertos
- Pago por los servicios
- Instrucciones anticipadas
- Cómo obtener ayuda
- Cómo presentar una queja

El manual le ayudará a saber cómo conseguir aprobación para un servicio. También le ayudará a saber cuándo es posible que deba pagar por los servicios.

Llámenos si necesita un Manual para miembros nuevo. Le enviaremos una copia sin costo. También puede encontrar el Manual para miembros en nuestro sitio web HealthChoiceAZ.com.

REFERENCIA RÁPIDA

Dirección:	Health Choice Arizona Member Services 410 N. 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
Servicios para Miembros:	480-968-6866 (en el condado de Maricopa) 800-322-8670 (gratuito)
TTY/TTD:	711 (800-842-2088 Servicio de retransmisión en español de Arizona)
Horario de atención:	de lunes a viernes, de 6 a. m. a 6 p. m.
Correo electrónico:	Comments@HealthChoiceAZ.com
Sitio web:	HealthChoiceAZ.com
Emergencia:	911
NOTAS PERSONALES:	Mi n.º de identificación de miembro: _____ Mi médico de atención primaria (PCP): _____ Dirección del PCP: _____ Número de teléfono del PCP: _____

Utilice esta página para anotar los números importantes que pueda necesitar. Esto le ayudará a mantener los números en un solo lugar. Los números serán fáciles de encontrar si los necesita.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

Estamos siempre a sus órdenes. Nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros puede responder todo tipo de preguntas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 6 a. m. a 6 p. m. (salvo los días feriados). Vea nuestra información de contacto en la parte inferior de cada página par de este manual.

Nosotros podemos ayudarlo a resolver muchas preguntas, como estas:

- ¿Cómo cambio de médico?
- ¿Qué es un servicio cubierto?
- ¿Qué farmacias puedo usar?
- ¿Tengo cobertura actualmente?
- ¿Qué hago si me mudo fuera del área de servicio?
- ¿Me puedo cambiar a otro plan?

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

Infórmenos si nuestro sitio Web no es fácil de usar. Puede enviar sus comentarios sobre nuestro sitio web a: comments@healthchoiceaz.com. Por favor, incluya cualquier detalle. Esto nos ayudará a comprender cómo podemos mejorar nuestro sitio web. Si usted desea una respuesta, por favor incluya su información de contacto. Contestaremos las preguntas realizadas por correo electrónico al día hábil siguiente.

La siguiente es una lista de abreviaturas que verá en este manual y lo que quieren decir:

AHCCCS:	Sistema de contención de costos de cuidado de salud de Arizona
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:	Detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos
HIPAA:	Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud
PCP:	Proveedor de atención primaria
PPC:	Cobertura del período anterior: el miembro estuvo o está en un período de transición en cuanto a la cobertura mientras AHCCCS termina el proceso de inscripción.
BMC:	Beneficiario de Medicare calificado
RBHA:	Autoridad regional de salud conductual tribal
SOBRA:	Sexta Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria
TRBHA:	Autoridad regional de salud conductual tribal
WIC:	Mujeres, bebés y niños (programa de nutrición)

NÚMEROS IMPORTANTES RELACIONADOS CON EL PLAN

Si necesita ayuda, puede comunicarse con nosotros por teléfono a los números gratuitos que se indican a continuación.

Departamento de Servicios para Miembros	800-322-8670	Para más información, consulte la página 5.
Línea de consejos de enfermeros	855-354-9006	Para más información, consulte la página 7.
Transporte	800-322-8670 y siga las instrucciones para el transporte	Para más información, consulte la página 16.
Farmacia / Medicamentos recetados	800-322-8670 y siga las instrucciones para farmacia	Para más información, consulte la página 41.
Autorización previa	800-322-8670 y siga las instrucciones para la autorización previa	Para más información, consulte la página 27.

ATENCIÓN DE URGENCIA Y FUERA DE HORARIO

Si tiene alguna pregunta sobre su salud, llame a su médico en primer lugar. Su médico puede responder muchas de sus preguntas. Esto incluye también los fines de semana y días festivos.

Incluso si el consultorio de su médico está cerrado puede llamar. Un servicio de contestadora se asegurará de que su médico reciba el mensaje.

Puede ser que le tome un poco de tiempo a su médico ponerse en contacto con usted, pero le devolverá la llamada. Su médico le indicará lo que debe hacer.

El consultorio del médico podría indicarle que vaya a un centro de atención de urgencia. Nos puede llamar y nosotros le ayudaremos a encontrar el centro de atención de urgencia o el centro de atención fuera de horario más cercano.

Revise su directorio de proveedores para ubicar el centro de atención de urgencia más cercano. También puede visitar nuestro sitio web para encontrar el centro de atención de urgencia más cercano.

Las razones comunes para ir a un centro de atención de urgencia incluyen las siguientes:

- Síntomas de resfrío común o gripe, o dolor de garganta
- Dolor de oído o de dientes
- Un tirón en la espalda

- Migrañas
- Resurtidos o solicitud de recetas médicas
- Dolor de estómago
- Corte o rasguño

LÍNEA DE CONSEJOS DE ENFERMEROS

Puede hacer preguntas sobre su salud o la de su familia en cualquier momento. Nuestra Línea de consejos de enfermeros está a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin costo alguno.

Cuando llame, un enfermero registrado responderá a sus preguntas de salud, escuchará sus síntomas, proporcionará información médica o le aconsejará dónde obtener servicios de salud.

Los enfermeros también pueden decirle cómo cuidarse a sí mismo en su casa si no se siente bien pero no necesita ver a un PCP.

Los miembros de Health Choice pueden llamar a nuestra Línea de consejos de enfermeros en cualquier momento, incluidos fines de semana y días festivos. Los miembros pueden llamar a esta línea al 855-354-9006.

Cuando llame a la Línea de consejos de enfermeros, esté listo para proporcionar su nombre, número de identificación de miembro y síntomas. La Línea de consejos por enfermeros está disponible las 24 horas, siempre que necesite consejos de salud.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Algunos problemas personales pueden afectar su salud. Los problemas personales también pueden afectar a su familia. El estrés, la depresión, la ansiedad, los problemas de drogadicción y alcoholismo u otros problemas de salud mental pueden ser los causantes.

Los servicios que pueden ayudarlo con su salud mental se llaman servicios de salud conductual.

Si tiene Medicare, recibirá los servicios de salud conductual a través de Health Choice Arizona. Los miembros que no tengan Medicare y necesiten recibir servicios de salud conductual, lo harán a través de una autoridad regional de salud conductual integrada (RBHA, por sus siglas en inglés).

Algunos miembros pueden recibir servicios a través de una autoridad regional tribal de salud conductual (TRBHA, por sus siglas en inglés).

Si tiene alguna consulta, llame al número telefónico del proveedor que figura en su tarjeta de identificación de AHCCCS que le brindará servicios de salud conductual y por abuso de sustancias. Se lo asigna a un proveedor según el lugar donde vive y si cuenta con Medicare. El proveedor (RBHA) pagará la mayor parte de los servicios de salud conductual, lo que incluye la mayoría de las recetas médicas para enfermedades de salud conductual.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener los servicios de salud conductual, llame al número que aparece en su tarjeta.

Puntos importantes que debe conocer:

- No necesita permiso para obtener servicios de salud conductual.
- Si necesita ayuda, sírvase llamar al número de servicios de salud conductual que aparece en su tarjeta de identificación.
- Y siempre puede llamar a Health Choice Arizona para solicitar ayuda.
- Para emergencias de salud conductual, comuníquese con una de las líneas de atención de crisis que atienden las 24 horas del día y que aparecen en la página siguiente.

Líneas para casos de crisis

Si está teniendo una crisis emocional o conoce a alguien que corre riesgo de daños físicos o de lastimarse a sí mismo o a alguien más, llame a la Línea para casos de crisis de inmediato.

Estos son algunos signos de advertencia:

- Desesperanza; sentimiento de que no hay solución
- Ansiedad, agitación, insomnio, cambios de humor
- Sentimiento de que no hay motivo para vivir
- Ira o enojo
- Participación en actividades riesgosas sin pensar
- Aumento del abuso de alcohol o drogas
- Alejamiento de familiares y amigos

Llame al 911 si:

- Está preocupado por dañarse o lastimarse usted mismo o a alguien más.
- Piensa en matarse, busca maneras
- Habla sobre muerte, morir o suicidio.
- Está abusando de drogas o alcohol

La Línea para casos de crisis puede ayudar incluso después del horario de atención. La Línea para casos de crisis se comunica con los miembros en crisis y sus familiares y amigos con información y profesionales de atención médica amables calificados.

Los servicios de salud conductual incluyen lo siguiente:

- Servicios para evaluar sus problemas
- Orientación y otros tipos de terapia para problemas de drogadicción personales o familiares
- Servicios de hospitalización
- Servicios de médicos
- Servicios de enfermería
- Medicamentos y servicios de control de medicamentos
- Servicios de emergencia o en casos de crisis
- Administración de casos
- Servicios de rehabilitación
- Transporte
- Cuidado de relevo
- Otros servicios de apoyo

Su médico puede ayudarlo con sus inquietudes sobre salud conductual. Puede hablar con usted sobre sus opciones de tratamiento. Si tiene alguna pregunta, llámenos. Con gusto le ayudaremos.

La siguiente es la lista de RBHA/TRBHA por condado que proporcionan servicios de salud conductual, por abuso de sustancias y crisis. Recuerde que si cuenta con Medicare, Health Choice le brindará los servicios de salud conductual y por abuso de sustancias.

Para obtener información sobre los servicios de relevo de crisis de adultos, comuníquese con el RBHA en su área a los números que se indican a continuación.

AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD CONDUCTUAL (RBHA)	TELÉFONO
Condado de Maricopa Mercy Maricopa Integrated Care (MMIC)	Línea para casos de crisis: 602-222-9444 Disponible las 24 horas. Servicios para Miembros: 800-564-5465 Disponible las 24 horas.
Condados de Pima y Pinal Cenpatco Integrated Care (CIC)	Línea para casos de crisis: 866-495-6735 Disponible las 24 horas. Servicios para Miembros: 866-495-6738
Condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave y Navajo Health Choice Integrated Care (HCIC)	Línea para casos de crisis: 877-756-4090 Disponible las 24 horas. Servicios para Miembros: 800-640-2131
AUTORIDAD REGIONAL TRIBAL DE SALUD CONDUCTUAL (TRBHA)	TELÉFONO
Salud conductual de Pascua Yaqui	Línea para casos de crisis: 520-591-7206 Disponible las 24 horas. Servicios para Miembros: 520-879-6060
No se dispone de línea para casos de crisis de salud conductual regional en la Nación Navajo. ** Diríjase a su hospital local del Servicio de Salud Indígena para solicitar ayuda, llame al 911 o a su médico de atención primaria.	928-871-7619

No se dispone de línea para casos de crisis de salud conductual de Apache de White Mountain. **Diríjase a su hospital local de Servicios de Salud Indígena para solicitar ayuda, llame al 911 o a su médico de atención primaria.	928-338-4811
Autoridad de salud conductual regional de Gila River	Línea para casos de crisis: 800-259-3449 Disponible las 24 horas. Servicios de salud: 888-484-8526

SERVICIOS DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN DE IDIOMAS

Sabemos que puede ser difícil comprender en qué consiste su atención si el inglés no es su lengua materna o si tiene problemas de audición. Nosotros queremos ayudarle. Le podemos ayudar de las siguientes maneras:

- Tenemos muchos médicos en nuestra red que hablan o saben el lenguaje de señas en otros idiomas. Llámenos y trataremos de ayudarle a encontrar un médico que hable su idioma.
- Si necesita servicios de idiomas, los prestaremos sin costo alguno. Llame al 800-322-8670 y solicite un intérprete. Llame al menos cuatro días antes de su cita.
- Si tiene problemas auditivos, puede llamar a los Servicios de retransmisiones de Arizona al 711. Este servicio telefónico de retransmisión, o TTY/TDD, es un servicio público gratuito.
- Podemos proporcionar intérpretes de lenguaje de señas sin costo alguno para usted. Llame al 800-322-8670 al menos cuatro días antes de su cita.
- Si tiene dificultades para hablar, puede llamar al 800-842-6520. Encontraremos a alguien que pueda ayudarlo.
- Llámenos si necesita algo de nuestra información impresa en otro idioma o en un formato diferente, como impresiones en letra grande o audios. Le enviaremos lo que necesita sin costo.
- Si necesita servicios de interpretación para obtener información oral sin costo, llámenos para que podamos ayudarlo.
- Nuestro Directorio de proveedores muestra los otros idiomas que hablan nuestros médicos. Cuenta con un índice de proveedores por idioma.
- El Directorio de proveedores se encuentra en nuestro sitio web. Puede buscar por idioma en el Directorio de proveedores en línea. Si desea una copia impresa del directorio, llámenos y le enviaremos una copia sin costo alguno.
- Si necesita un médico que trate discapacidades físicas, puede comunicarse con nosotros al 800-322-8670 y lo ayudaremos a hallar un médico que cumpla con sus necesidades.

Intérpretes de lenguaje de señas y elementos auxiliares

Si es sordo o tiene dificultades auditivas, puede solicitar a su proveedor que proporcione elementos auxiliares o contrate a un intérprete de lenguaje de señas para responder a sus necesidades. Su proveedor tiene que prestar estos servicios.

Los elementos auxiliares incluyen transcripciones asistidas por computadora, materiales escritos, dispositivos o sistemas de ayuda en la audición, subtítulos y otros métodos eficaces para hacer que los materiales entregados en forma oral estén a disposición de las personas con deficiencia auditiva.

Los intérpretes de lenguaje de señas son profesionales calificados con certificación para proporcionar servicios de interpretación, generalmente en lenguaje de señas estadounidense, a los sordos. Para obtener una lista de intérpretes de lenguaje de señas y conocer las leyes que regulan la profesión de los intérpretes en el estado de Arizona, visite la Comisión para las Personas Sordas y con Dificultades Auditivas de Arizona 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).

Tratamiento de discapacidades físicas

Si sufre una discapacidad física y desea obtener información sobre las capacidades de cada proveedor de la red para el tratamiento de sus necesidades, comuníquese con el Departamento de servicios para miembros de Health Choice Arizona.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

El Directorio de proveedores es una lista de médicos, especialistas, hospitales y farmacias en la red de Health Choice Arizona.

Llámenos al 800-322-8670 si necesita una copia impresa del directorio. Le enviaremos una copia sin costo. También puede encontrar el Directorio de proveedores en nuestro sitio web en HealthChoiceAZ.com.

ACERCA DE HEALTH CHOICE ARIZONA

Health Choice Arizona provee atención médica a las personas del Sistema de control de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés). Este es el programa Medicaid de Arizona.

Health Choice brinda servicios de atención médica a los miembros que viven en los siguientes condados:

- Apache
- Coconino
- Gila
- Maricopa
- Mohave
- Navajo
- Pima
- Pinal

Esto significa que Health Choice tiene un contrato con el estado de Arizona para proporcionar servicios cubiertos por Medicaid.

Health Choice Arizona es un plan de atención administrada. Esto significa que proporcionamos atención médica a nuestros miembros a través de un selecto grupo de médicos, hospitales y farmacias. Tanto usted como su médico son actores clave en el plan de atención administrada. Su PCP será el “guardián” de su atención médica. Esto significa que usted va a trabajar junto con su PCP para determinar sus necesidades de atención médica. Su PCP lo ayudará a averiguar si necesita ver a un especialista o recibir cuidados adicionales. Su PCP trabajará con Health Choice para encontrar el mejor proveedor para que esté a su disposición.

Ser miembro de Health Choice Arizona significa que:

- 1) Usted califica para los servicios de Medicaid (y que cuenta con los requisitos para elegir Health Choice Arizona como su Plan de Salud de Medicaid)
- 2) Vive en nuestra área de servicio (uno de los condados en los que brindamos nuestros servicios)

Nuestra misión es mejorar la salud de nuestros miembros. Health Choice proporciona un excepcional servicio al cliente y una atención culturalmente competente a través de:

- Nuestro compasivo equipo del departamento de servicios para miembros
- El trabajo con médicos que ayudan a los miembros a obtener la atención que necesitan
- Conciencia cultural, servicios especiales y de idiomas
- Programas para ayudar a los miembros y a sus familias a mantenerse saludables

Queremos mejorar la educación de la salud en nuestra comunidad. El programa T.H.A.N.X.TM (siglas en inglés de “Pensar en forma saludable sobre nutrición y ejercicio”) proporciona educación en salud y bienestar fuera del horario escolar.

Si tiene preguntas, llámenos. Estamos siempre a sus órdenes.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO



Le enviaremos por correo las tarjetas de identificación del miembro para usted y su familia. Cada familiar inscrito en Health Choice recibirá una tarjeta. Las tarjetas mostrarán el número de identificación del miembro.

Revise su tarjeta de identificación. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Si la información no es correcta, llámenos.

Necesita mostrar su tarjeta de identificación del miembro para recibir atención médica. También debe mostrar su tarjeta de identificación para obtener los medicamentos recetados. Lleve su tarjeta con usted cuando vaya al médico o a la farmacia.

Su tarjeta de identificación tiene un número de teléfono para tener acceso a los servicios de salud conductual y abuso de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor según el lugar donde viva. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener los servicios de salud conductual, llame al número que aparece en su tarjeta.

Proteja su tarjeta de identificación del miembro:

- Usted es responsable de su tarjeta de identificación del miembro.
- Mantenga su tarjeta con usted en todo momento. No bote la tarjeta.
- No deje que nadie utilice su tarjeta.
- El uso indebido de su tarjeta por venta, préstamo o entrega a otra persona podría hacer que pierda sus beneficios de AHCCCS. También puede dar lugar a acciones legales.
- Si pierde su tarjeta, llámenos. Lo ayudaremos a obtener una nueva.

Es importante que conserve su tarjeta de identificación. No la deseche.

NOTA: Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el estado, AHCCCS obtendrá la fotografía de la División de vehículos motorizados (MVD) del Departamento de transporte de Arizona. Cuando los proveedores busquen en la información de AHCCCS, verán su foto (si está disponible) con los detalles de su cobertura.

ROBO DE IDENTIDAD MÉDICA

El robo de identidad médica ocurre cuando alguien roba su información personal. La información personal podría ser su nombre, número de seguro social o número de Medicare o Medicaid.

Su información puede ser robada y utilizada por alguien para obtener atención médica o comprar medicamentos. También podría ser robada para presentar facturas falsas a Medicare o Medicaid en su nombre.

Este tipo de robo trastorna vidas, arruina calificaciones crediticias y desperdicia el dinero de los contribuyentes. Los efectos pueden incluso ser fatales si la información incorrecta termina en sus registros médicos personales.

Es importante denunciar el robo de identidad de inmediato. Para denunciar el robo de identidad, llame al 888-400-5530.

CAMBIOS EN SU INFORMACIÓN PERSONAL

Por favor, póngase en contacto tanto con AHCCCS como con Health Choice si cambia su información. De esta manera tendremos su información correcta. Infórmenos sobre cualquiera de estos cambios:

- adopción.
- Nacimiento o una muerte en la familia.
- Tutela
- Matrimonio o divorcio
- Mudanza fuera del estado o país
- Número de teléfono o dirección

CÓMO INFORMARLE A AHCCCS SOBRE CUALQUIER CAMBIO

Para cambiar su residencia o dirección postal, inicie sesión en www.healtharizonaplus.gov, luego inicie sesión o regístrese en una cuenta para cambiar su dirección.

Para informarle a AHCCCS sobre cualquier otro cambio en su familia, contacte a la oficina donde hizo su solicitud a AHCCCS por primera vez:

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

DEBERES DE LOS MIEMBROS

DEBERES DE LOS MIEMBROS

Como miembro de Health Choice Arizona, usted tiene los siguientes deberes:

- Proteger su tarjeta de identificación del miembro en todo momento. Mostrar su tarjeta de identificación antes de obtener un servicio. No botar su tarjeta de identificación.
- Saber el nombre de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Este es su médico asignado. Infórmele sobre su historia médica. Asegurarse de mencionar todo problema médico o inquietud que tenga. Esto le ayudará a obtener la mejor atención posible.
- Seguir las instrucciones de su médico y su plan de tratamiento. Esto incluye:
 - Tomar todos sus medicamentos como lo indique su médico.
 - Hablar con el médico sobre su atención médica.
- Asegurarse de que su médico obtenga aprobación previa para los servicios cuando sea necesario.
- Usar la sala de emergencias de hospitales únicamente para casos de verdadera emergencia. Ir al consultorio de su médico o a centros de atención de urgencia para todos los demás casos.
- Programar las citas de atención médica durante el horario de atención cuando sea posible. Tratar de consultar a su médico para atención de rutina.
- Llegar a sus citas con puntualidad. Llamar a su médico con anterioridad si no puede llegar a su cita. Llegar al consultorio temprano si va a ver al médico por primera vez.
- Si necesita transporte para llegar a su cita, llame al 800-322-8760 al menos tres días antes de su cita.
- Llevar los registros de las vacunas de sus hijos a todas las citas. Esto incluye a todos los miembros que tienen 18 años de edad o menos.

- Llamar al consultorio con al menos un día de anticipación si no puede asistir a su cita médica. Recordar cancelar su servicio de transporte.
- Informar a AHCCCS si hay algún cambio en su información personal, como dirección o tamaño de la familia.
- Informar a Health Choice o a AHCCCS si sospecha de fraude o abuso por parte de un proveedor, otro miembro u otra persona.
- Indique a AHCCCS si obtiene un nuevo plan de seguro de salud (seguro primario) o si cancela un plan de seguro de salud con el que estaba cubierto cuando se inscribió en AHCCCS.
- Trate con respeto al personal y los proveedores de Health Choice.

ÁREA DE SERVICIO DE HEALTH CHOICE ARIZONA

Health Choice brinda servicios de atención médica a los miembros que viven en los siguientes condados:

- Apache
- Coconino
- Gila
- Maricopa
- Mohave
- Navajo
- Pima
- Pinal

¿QUÉ PASA SI ME MUDO?

Si se muda a otro condado en Arizona, a otro estado o a otro país, debe llamar a AHCCCS para notificar este cambio. Consulte la página 13 para obtener información sobre cómo cambiar su información personal.

¿PUEDO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL (AEC)

Una vez al año, puede cambiar de plan de salud. Esto se conoce como el proceso de Elección de inscripción anual (AEC, por sus siglas en inglés). Usted recibirá información de la AEC dos meses antes de la fecha de vencimiento anual de su inscripción.

Lo valoramos como un miembro de la familia de Health Choice. Llámenos si tiene cualquier problema con su atención médica.

CAMBIAR SU PLAN DE SALUD

Usted puede cambiar de plan si:

- No recibió opciones de planes de salud.
- No recibió su carta de la AEC de AHCCCS.
- Recibió la carta de la AEC, pero no pudo participar.

- Otros miembros de su familia están inscritos en otro plan de salud.
- Usted es miembro de un grupo especial y tiene que estar en un plan de salud diferente.
- Perdió el AHCCCS y volvió dentro de los 90 días, pero no regresó al plan de salud que tenía antes.
- Tiene razones médicas por las cuales debe permanecer con su médico actual y el médico no está en la red de Health Choice. Esto también se conoce como continuidad de la atención.
- Está embarazada y recibe atención prenatal de un proveedor que está afiliado con otro contratista.

Si usted necesita cambiar su plan de salud para obtener la continuidad de la atención médica, llame a los Servicios para miembros al 800-322-8670 (TTY 711).

Si necesita cambiar de plan de salud, llame a AHCCCS al 800-962-6690, o en el condado de Maricopa llame al 602-417-4000. Si tiene preguntas, no dude en llamarnos. Estamos siempre a sus órdenes.

Si cambia su plan de salud, un Coordinador de transición de Health Choice se encargará de coordinar las actividades de transición para garantizar la continuidad de la atención, el acceso a los servicios y la respuesta a todas sus necesidades con el nuevo plan de salud.

¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA?

Una verdadera emergencia es cuando usted cree que su vida está en peligro, una parte del cuerpo está gravemente herida o tiene un dolor fuerte. Es necesario tratar las emergencias de inmediato.

Si tiene una verdadera emergencia, llame al 911 de inmediato.

Las emergencias pueden incluir las siguientes:

- Intoxicación
- Sobredosis
- Lesiones que pongan en riesgo la vida
- Quemaduras graves
- Dolores agudos en el pecho
- Sangrado o dolor durante el embarazo
- Corte profundo en el que el sangrado no se detiene
- Pérdida de conocimiento
- Pérdida repentina del movimiento o del habla

La mayoría de las enfermedades no son emergencias y pueden tratarse en el consultorio del médico. También lo pueden tratar en un lugar de atención de urgencia.

Debe concurrir a un lugar de atención de urgencia si presenta los siguientes síntomas:

- Síntomas de resfrío común o gripe, o dolor de garganta
- Dolor de oído o de dientes
- Un tirón en la espalda
- Migrañas
- Resurtidos o solicitud de recetas médicas
- Dolor de estómago
- Corte o rasguño

Consejos sobre las emergencias

- Vaya a la sala de emergencias solo si tiene una verdadera emergencia.
- Si está enfermo, pero no es una verdadera emergencia, llame a su médico.
- Si no está seguro acerca de si su problema es una verdadera emergencia, llame a su médico para que lo oriente.
- También puede llamar a la Línea de consejos de enfermeros de Health Choice al 855-354-9006, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más información acerca de la Línea de consejos de enfermeros, consulte la página 7.

¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?

En una verdadera emergencia, es importante obtener atención médica de inmediato.

Cuando tenga una verdadera emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Puede usar cualquier hospital o proveedor de emergencias para estos servicios.

No necesita una derivación ni aprobación previa. El hospital o el proveedor para casos de emergencia no necesariamente tienen que ser parte de nuestra red. Usted recibirá servicios de emergencia hasta que se estabilice y le den de alta de la sala de emergencias, o sea admitido en un hospital de la red de Health Choice Arizona.

Nota: Puede tener un copago si va a la sala de emergencias cuando no es una emergencia. Si tiene 17 años o menos o si está embarazada, no tendrá un copago.

TRANSPORTE

Si tiene una verdadera emergencia, llame al 911 de inmediato. Su plan de salud cubre el transporte de emergencia.

Si no tiene su propio transporte a sus citas médicamente necesarias, podemos ayudarlo a conseguir un transporte. Llame tres días antes de su cita.

Así es cómo podrá obtener el transporte:

- Llame al número gratuito: 800-322-8670
- Los usuarios de TTY deben llamar al: 711

Tenga lista la siguiente información cuando llame:

- La fecha y hora de su cita (si tiene más de una consulta médica en la semana, trate de programarlas para el mismo día).
- La dirección donde deben recogerlo y el número de teléfono correcto.
- Nombre, dirección y número de teléfono del consultorio a donde debe ir.
- Indíquenos si necesita algo en especial, como ayuda con una silla de ruedas, una camilla o un tanque de oxígeno.

Por favor, esté listo para su viaje:

- El transporte puede recogerlo al menos una hora antes de su cita.

- En caso de que la distancia sea considerable, posiblemente pasarán por usted más de una hora antes de su cita. Esto es para asegurarse de que llegue a tiempo.
- Si necesita que lo lleven a su casa después de la cita, es posible que tenga que esperar hasta una hora después de su cita para que lo recojan.
- Si necesita cancelar su cita, llámenos.

Más consejos sobre el transporte

- Solo puede conseguir transporte para los servicios médicamente necesarios. Los servicios deben estar cubiertos por su plan de salud.
- No se puede solicitar transporte para asuntos personales, como ir de compras, citas de peluquería o comidas.
- El transporte debe ser a un proveedor de Health Choice Arizona, como su médico, una farmacia o un laboratorio.
- Si desea transporte para visitar a un proveedor que no pertenezca a nuestra red, deberá obtener aprobación previa. Esto también se denomina “autorización previa”. Llámenos si necesita la aprobación previa.
- Si un amigo o familiar que no vive con usted lo lleva en su automóvil a una cita, Health Choice Arizona puede reembolsar los gastos. La cita debe ser para un servicio cubierto. Por favor, llámenos para obtener más información.
- Puede transportarse en autobús, servicio de enlace, camioneta o taxi. Si usted vive en el condado de Pima o Maricopa, podría calificar para un pase de autobús. Comuníquese con nosotros para obtener más información.
- Los miembros o pasajeros menores de 5 años deben tener su correspondiente asiento de seguridad. Los miembros o pasajeros deben cumplir con las leyes de asiento de seguridad y traer su propio asiento de seguridad.
- En ocasiones puede ir con otros miembros a su cita. Solo un pasajero más o el cuidador puede ir con el miembro a la cita.
- Para los medicamentos de rutina no narcóticos, el conductor puede recogerlos y entregarlos a la dirección del miembro que figura registrada.
- Solo puede conseguir transporte que no sea de emergencia para la sala de emergencias si su médico llama a Health Choice Arizona para solicitarlo.

De ser necesario, Health Choice Arizona puede transportarlo a su consulta de admisión, una vez al año, para los servicios de salud conductual. Después de la consulta de admisión, si necesita transporte para medicamentos o servicios de salud conductual, llame a su proveedor de salud conductual.

Si tiene Medicare además de Health Choice Arizona, le proporcionaremos transporte para todas las citas de salud conductual cubiertas si usted no dispone de transporte propio.

Llámenos para saber si tiene que hacer un copago.

SERVICIOS CUBIERTOS

Queremos ayudarle a obtener la atención que necesita. Health Choice Arizona proporciona todos los servicios cubiertos de AHCCCS. Health Choice Arizona solo pagará por los servicios cubiertos.

Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. Los servicios deben ser prestados por un médico o proveedor que formen parte de la red de Health Choice Arizona. Su PCP puede ayudarlo a recibir los servicios cubiertos que necesita. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios cubiertos, consulte a su PCP o llame al Departamento de servicios para miembros.

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

- Reconstrucción mamaria después de una mastectomía
- Quimioterapia y radiación
- Servicios dentales
- Exámenes para la diabetes y suministros para los exámenes
- Diálisis
- Consultas y servicios en el consultorio del médico (PCP y especialistas)
- Equipo médico duradero (DME) y suministros
- Servicios de emergencia para problemas médicos de riesgo vital
- Atención para el final de la vida
- Servicios de planificación familiar (anticonceptivos y orientación de planificación familiar)
- Evaluación de pérdida de la audición
- Terapia para tratar el VIH/SIDA y servicios de orientación
- Servicios de atención médica a domicilio
- Servicios de cuidados paliativos
- Servicios hospitalarios (de hospitalización, ambulatorios y de observación)
- Vacunas
- Ropa interior para incontinencia, se puede proporcionar a miembros mayores de 21 años
- Terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia para pacientes hospitalizados
- Bombas de insulina
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Podología
- Atención durante el embarazo
- Transporte para los servicios médicamente necesarios
- Evaluación nutricional, alimentos médicos
- Centros de cirugía ambulatoria
- Medicamentos recetados (no cubiertos si tiene Medicare)
- Evaluaciones y exámenes preventivos (pruebas de Papanicolaou, mamografías, colonoscopías)
- Terapia de rehabilitación
- Servicios respiratorios
- Programa para dejar de fumar
- Trasplantes (de órganos y tejidos) aprobados por AHCCCS
- Servicios de atención de urgencia

Exámenes físicos de rutina (exámenes de atención preventiva) como, entre otros, exámenes de atención preventiva para mujeres, examen de los senos y examen de próstata cubiertos para miembros de 21 años en adelante. La mayoría de los exámenes físicos de rutina (también llamados chequeo o físico) incluyen una historia clínica, examen físico, exámenes de salud, orientación de salud y las vacunas médicamente necesarias. (Consulte el EPSDT para los exámenes de atención preventiva para los miembros menores de 21 años de edad). Esta lista no incluye todos los servicios posibles.

Si tiene preguntas, llámenos. Estamos siempre a sus órdenes.

Nota: Consulte el EPSDT para los exámenes de atención preventiva para los miembros menores de 21 años en la página 29.

LOS MIEMBROS MENORES DE 21 AÑOS TAMBIÉN SON APTOS PARA RECIBIR ESTOS SERVICIOS:

- Quiropráctico
- Atención dental (preventiva, de rutina y de emergencia)
- Consultas de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (EPSDT) o consultas y evaluaciones de atención preventiva pediátrica
- Vacunas para niños y jóvenes menores de 21 años
- Exámenes de audición y audífonos
- Ropa interior para incontinencia (por problemas en la vejiga)
- Terapia ocupacional y del habla
- Dispositivos ortopédicos cuando hayan sido recetados por el proveedor de atención primaria del miembro, el médico tratante u otro profesional
- Exámenes de la vista y anteojos

SERVICIOS ADICIONALES CON LIMITACIONES ESPECÍFICAS

Servicios de salud conductual	Consulte la sección de salud conductual en la página 43
Servicios basados en el hogar y la comunidad	En lugar de un centro de cuidados
Centro de cuidados	Hasta 90 días por año de contrato (desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre)
Artículos de cuidado personal	Para tratar una afección
Atención de la vista	Afecciones oculares Exámenes de la vista y anteojos para hijos menores de 21 años de edad Anteojos para adultos después de una cirugía de cataratas

Aparatos ortopédicos	<p>Para miembros mayores de 21 años: Health Choice Arizona cubre los aparatos ortopédicos para los miembros mayores de 21 años de edad cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prótesis sea médicamente necesaria y corresponda al tratamiento recomendado según los lineamientos de Medicare Y • La prótesis cuesta menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma afección Y • La prótesis la recete un médico (doctor) o un médico de atención primaria (enfermero profesional o asistente médico).
----------------------	---

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Health Choice Arizona no cubre los siguientes servicios médicos:

- Interrupción del embarazo (a menos que el médico nos indique que la vida de la madre está en peligro o el embarazo se deba a una violación o incesto, o si la interrupción es médicamente necesaria)
- Orientación para la interrupción del embarazo
- Cirugía estética (tal como aumento o reducción de senos)
- Procedimientos o tratamientos experimentales con fines de investigación
- Servicios de infertilidad (para ayudar a alguien a tener hijos)
- Reversión de cualquier método permanente anticonceptivo
- Circuncisiones de rutina
- Servicios que necesitan autorización previa que no fueron autorizados, incluidos ciertos medicamentos
- Operaciones de cambio de sexo
- Trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés), excepto cuando se deben a un traumatismo reciente
- Tratamiento para enderezar los dientes (atención de salud oral de ortodoncia)
- Inmunoterapia para adultos
- Implantes de pene y dispositivos de vacío
- Servicios que no sean médicamente necesarios
- Servicios que aceptó pagar usted mismo
- Servicios de un proveedor que no está en la red de Health Choice Arizona, a menos que sea aprobado por Health Choice
- Servicios proporcionados por un centro para el tratamiento de la tuberculosis

- Servicios proporcionados a través del programa de Servicios de rehabilitación para niños (CRS) o del programa del Departamento de Discapacidades del Desarrollo (DDD)

Además, el AHCCCS no paga por algunas atenciones médicas para miembros de 21 años o más.

Si usted es un beneficiario aprobado de Medicare (QMB), pagaremos su deducible y coseguro de Medicare para estos servicios.

TABLA DE BENEFICIOS EXCLUIDOS DE AHCCCS (ADULTOS MAYORES DE 21 AÑOS)

BENEFICIO O SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	EXCLUSIONES O LIMITACIONES DEL SERVICIO
Audífono anclado al hueso	Audífono colocado en el hueso de una persona, cerca del oído, por medio de una cirugía para transmitir el sonido.	El AHCCCS no pagará el audífono anclado al hueso (BAHA). El AHCCCS pagará los suministros, el mantenimiento del audífono y la reparación de cualquier pieza.
Implante coclear	Pequeño dispositivo colocado en el oído de una persona por medio de una cirugía para ayudarlo a que escuche mejor.	El AHCCCS no pagará los implantes cocleares. El AHCCCS pagará los suministros, el mantenimiento del implante y la reparación de cualquier pieza.
Prótesis o articulación controlada por microprocesador de las extremidades inferiores	Dispositivo que reemplaza una parte que falta del cuerpo y usa una computadora para ayudar a mover la articulación.	El AHCCCS no pagará la prótesis para una extremidad inferior (pierna, rodilla o pie) que incluya un microprocesador (chip de computadora) que controle la articulación.
Cuidado de relevo	Servicios de corto plazo o continuos como un receso temporal para los cuidadores.	El número de horas de relevo disponibles para adultos y niños bajo los beneficios de ALTCS o servicios de salud conductual es de 600 dentro de un período de 12 meses. Los 12 meses serán desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre del año siguiente.

BENEFICIO O SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	EXCLUSIONES O LIMITACIONES DEL SERVICIO
Fisioterapia	Ejercicios enseñados o proporcionados por un fisioterapeuta para fortalecerlo o ayudarlo a mejorar sus movimientos.	Las consultas de fisioterapia ambulatoria se limitan a 15 visitas de agudos y 15 visitas de rehabilitación por contrato anual (desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre). Si usted tiene Medicare, llámenos para averiguar cómo se contabilizarán las consultas.

NOTA: Usted puede recibir facturas por cualquiera de estos servicios. Para obtener más información, llame al Departamento de servicios para miembros.

ATENCIÓN PARA EL FINAL DE LA VIDA E INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

La atención para el final de la vida es un concepto de cuidados que abarca la duración de la vida del miembro y se enfoca en la Planificación de atención anticipada, el alivio del estrés, el dolor o los efectos limitantes de las enfermedades con el objetivo de mejorar la calidad de vida de un miembro, cualquiera sea su edad, que sufre un deterioro de la salud o padece una enfermedad crónica, compleja o terminal.

Es muy importante planificar el tipo de atención que desea recibir si sufre un deterioro de la salud debido a la edad o a una enfermedad crónica, compleja o terminal. Este tipo de planificación se denomina Planificación de atención anticipada. Puede hablar con su médico o familiares para elaborar juntos un plan por escrito que se denomina “instrucciones anticipadas”. Tiene derecho a impartir una instrucción anticipada.

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su salud. Puede haber un momento en que se encuentre tan enfermo que no pueda tomar una decisión sobre su propia atención médica. Lo mejor es planificar sus deseos con anticipación. Esto se conoce como Instrucciones anticipadas.

El término “Instrucciones anticipadas” se refiere al documento legal que protege su derecho a rechazar cualquier atención médica que no desee. También puede informar a las personas sobre la atención que sí desea.

Puede pedir a alguien que le ayude a tomar estas decisiones. Esta persona es su agente. Usted o su agente tienen derecho a tomar decisiones para aceptar o no atención para prolongar la vida. También tiene derecho a no recibir atención para prolongar la vida dentro de los requerimientos de la ley federal y estatal.

Existen cuatro tipos de instrucciones anticipadas:

1. Testamento vital.

2. Poder notarial para atención médica
3. Poder notarial para atención de salud mental
4. Instrucción de atención médica previa a la hospitalización, también llamada de “No resucitar” (DNR).

Health Choice respeta su derecho a decidir sobre su atención médica. Creemos que es importante que usted tenga una o más de estas instrucciones. Estas instrucciones le ayudarán a proteger sus derechos y deseos en cuanto a cómo desea ser tratado.

A continuación se presenta una descripción detallada de cada documento:

- **Un testamento vital** es un documento que le indica a su médico qué tipos de servicios quiere o no quiere recibir si se enferma gravemente y está cerca de la muerte, y no puede tomar decisiones por sí mismo. Por ejemplo, en su testamento vital usted podría indicar a los médicos si no desea que lo mantengan con vida mediante máquinas o sondas de alimentación.
- **Un poder para atención médica** es un documento que le permite elegir a una persona para que tome decisiones sobre su atención de salud cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo.
- **Un poder para atención de la salud mental** designa a una persona para que tome decisiones sobre su atención de salud mental en caso de que usted no pueda decidir por sí mismo.
- **Una instrucción de atención médica previa a la hospitalización o instrucción de No resucitar (DNR)** indica a los proveedores que usted no desea la atención de emergencia para salvar su vida que podría recibir fuera de un hospital o en la sala de emergencia de este. Esto puede incluir reanimación cardiopulmonar (RCP). También podría incluir la atención que proporcionan los proveedores de atención de emergencia, como bomberos y oficiales de policía. Para tener una, debe completar un formulario especial de color naranja. Debe conservar el formulario naranja completado en un lugar visible. Puede obtener una copia de este formulario en forma gratuita llamando a la Oficina de servicios médicos de emergencia al 602-364-3150.

Le sugerimos que solicite ayuda para redactar su testamento vital o su poder de atención médica. Pida ayuda a su médico si no sabe a quién llamar.

¿Cómo hacer que sus Instrucciones anticipadas tengan validez legal?

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

La persona que escoja será su representante. Esta persona actuará en su nombre si usted no puede hacerlo. Para que una Instrucción anticipada tenga validez legal, usted debe hacer lo siguiente:

1. Firmarla y fecharla frente a otra persona, que también la firma. Esta persona no puede:
 - Ser un pariente consanguíneo, por matrimonio o adopción.
 - Tener derecho a recibir cualquiera de sus propiedades personales y privadas si usted muere.
 - Ser su agente.
 - Ser su proveedor de atención médica.

Firmarla y fecharla frente a un notario público. El notario público no puede ser su apoderado ni ninguna persona involucrada en el pago de su atención médica.

Si está demasiado enfermo como para firmar su poder de representación médica, otra persona lo puede firmar por usted.

Después de completar sus instrucciones anticipadas:

- Conserve los documentos originales firmados en un lugar seguro.
- Entregue copias de los documentos firmados a sus médicos y al hospital. Incluya a cualquier otra persona que pueda estar involucrada en su atención médica como un familiar, un vecino o un amigo cercano. Hable con ellos sobre sus deseos. Esto los ayudará a actuar en su nombre si estuviera demasiado enfermo como para tomar decisiones por sí mismo.
- Tenga presente que sus instrucciones pueden no tener validez en caso de una emergencia médica.

CÓMO CAMBIAR SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Puede cambiar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento. Si desea hacer cambios a sus instrucciones anticipadas después de haberlas firmado, debe completar nuevos documentos.

Una vez que complete sus nuevos documentos, asegúrese de entregar una copia a todas las personas que necesiten conocer sus deseos. Esto puede incluir a las personas que tenían una copia de los documentos antes de que los actualizara.

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

- Una instrucción anticipada médica informa al médico acerca de los deseos de una persona en caso de que esta no pueda expresarlos debido a un problema médico.
- Una instrucción anticipada de salud mental informa 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 instrucción anticipada. [Los formularios de instrucciones anticipadas están disponibles en el sitio web del Fiscal General de Arizona \(https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning\) en la sección Life Care Planning \(Planificación del cuidado de la vida\).](https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning)

ESPECIALISTAS

Un especialista es un médico que tiene capacitación avanzada en cierta atención médica. Los especialistas son capaces de proporcionar atención avanzada si una afección necesita algo más que tratamiento general de su PCP. Si necesita ver a un especialista, su PCP puede ayudarlo a encontrar uno. El consultorio de su médico llamará al especialista y le ayudará a conseguir una cita.

Algunos servicios ofrecidos por especialistas pueden necesitar la aprobación previa de Health Choice. Su PCP presentará la solicitud por usted. Los miembros mujeres tienen acceso directo a servicios de atención preventiva de un ginecólogo dentro de la red de Health Choice Arizona sin necesidad de una derivación de un proveedor de atención primaria.

Los miembros de Health Choice tienen acceso directo a los servicios de salud conductual. No necesita derivación de su médico de atención primaria.

Si tiene alguna pregunta sobre una aprobación previa, consulte a su PCP. Como miembro, usted tiene el derecho de recibir una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un médico de nuestra red, sin costo alguno para usted. Si no hay un médico en nuestra red, entonces puede obtener una segunda opinión de un médico externo a la red. Llámenos si tiene preguntas. Con gusto le ayudaremos. Si necesita ayuda para encontrar a un especialista u hospital, pregúntele a su PCP. También puede visitar nuestro sitio web o llamarnos. Siempre es un placer ayudarle.

REMISIONES Y REMISIONES POR INICIATIVA PROPIA A ESPECIALISTAS Y OTROS MÉDICOS

Su PCP puede remitirlo a otros proveedores para obtener servicios especializados. Una remisión es el acto mediante el cual su PCP lo envía a un especialista por un problema específico. Una remisión también puede realizarse a un laboratorio u hospital, etc. Es posible que Health Choice Arizona deba revisar y aprobar determinadas remisiones y servicios especiales para que usted pueda obtener los servicios.

Su PCP sabrá cuándo obtener la aprobación de Health Choice Arizona. Si es necesario que su remisión sea aprobada por Health Choice Arizona, su PCP le informará qué está sucediendo.

También puede solicitar una segunda opinión de otro médico de Health Choice Arizona sin cargo.

CÓMO USAR SU PLAN DE SALUD

Como miembro de Health Choice Arizona, tiene acceso a todos los beneficios cubiertos por Medicaid. Sus responsabilidades incluyen, entre otras:

- Saber quién es su médico de atención primaria (PCP)
- Ver a su PCP durante los horarios de atención
- Usar la sala de emergencias para emergencias reales, no para la atención de rutina
- Llamar al Departamento de servicio para miembros cuando necesite ayuda

Puede elegir a su PCP de nuestra lista de médicos de atención primaria contratados. Su PCP lo ayudará a obtener atención médica. Esto puede incluir encontrar a un especialista. Su PCP también le puede ayudar a obtener aprobación previa para los servicios. Los servicios de atención médica se pagan solo si:

- Son médicamente necesarios
- Los recibe de un proveedor de Health Choice que pertenece a la red
- Su médico de atención primaria coordina el servicio
- Estos están cubiertos por el programa de AHCCCS (Medicaid de Arizona)

Los siguientes servicios estarán cubiertos incluso si su médico de atención primaria no los coordina:

- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de maternidad y embarazo
- Prueba del VIH y servicios de orientación
- Vacunas
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

MIEMBROS AMERINDIOS

Los miembros indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención médica de cualquier proveedor de Servicio de Salud Indígena o centro a cargo o a nombre de grupos tribales en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades, consulte las páginas 13 y 61.

PROVEEDORES

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Su PCP lo ayudará a obtener atención médica. Esto puede incluir encontrar a un especialista. Su PCP le puede ayudar a obtener aprobación previa para los servicios. Su PCP también puede derivarlo a otros proveedores. Puede elegir a su PCP de nuestra lista de proveedores de atención primaria contratados. Podemos ayudarle a encontrar un PCP.

Razones para tener un PCP:

- Para manejar sus necesidades médicas.
- Un PCP lo conoce a usted y sus antecedentes médicos.
- Un PCP lo ayudará a obtener la atención que necesita.
- Un PCP lo puede ayudar a buscar un especialista cuando lo necesite.
- Un PCP le entregará su información médica a quienes la necesiten para proporcionarle la mejor atención.

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

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

Se le asignará un PCP que se encuentre en su área. Le enviaremos una carta informándole el nombre de su PCP. Si desea cambiar de PCP, llámenos tan pronto como sea posible. Si usted quiere ayuda para elegir un PCP, llame al Departamento de servicios para miembros. Usted puede encontrar un PCP en nuestro sitio web: HealthChoiceAZ.com. Haga clic en "Find a Doctor" (buscar un médico). Si desea un Directorio de proveedores impreso, llámenos y le enviaremos uno sin costo.

¿CÓMO CAMBIAR A SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?

Es importante que se mantenga con un PCP para que este pueda llegar a conocerlo a usted y a sus necesidades de atención médica. Puede cambiar de médico si el que tiene actualmente no le conforma. Para cambiar de PCP, elija un PCP del Directorio de proveedores de Health Choice Arizona o de nuestro sitio Web en HealthChoiceAZ.com. Llámenos y nosotros cambiaremos su médico por usted.

Si cambia de PCP, es importante para usted que su historia clínica le sea enviada al nuevo PCP. De esta manera su nuevo médico le puede dar la mejor atención posible. Puede solicitar una copia de su historia clínica a cada uno de sus médicos. Llame al consultorio de su médico para averiguar cómo enviar sus registros a su nuevo médico. Estos registros son gratuitos. Por favor, llámenos si necesita ayuda.

CITAS

Programe todas las citas antes de ir al consultorio del médico. Incluso si siente que debe consultar de inmediato, llame al médico primero. Todas las citas deben programarse durante el horario de atención de su médico. Infórmele a su médico que usted es miembro de Health Choice Arizona. Infórmele a su médico sobre cualquier problema que tenga.

Existen tres tipos de citas que puede necesitar programar con su médico:

- **Mismo día:** usted o un miembro de la familia necesita ver a un médico hoy por un problema como un dolor de oído o fiebre alta.
- **Urgente:** usted o un miembro de la familia tiene un problema como tos, malestar estomacal leve o sarpullido. Usted necesita ver a un médico en uno o dos días.
- **Rutina:** usted o un miembro de la familia necesita ver a un médico dentro de tres semanas para una consulta de atención preventiva de un bebé, de un niño o una visita de vacunación.

Consejos para las citas:

- Si es la primera vez que visita el consultorio médico, llegue 15 minutos antes de la cita.
- Lleve su tarjeta de identificación del miembro con usted a cada cita.
- Si necesita transporte, puede llamar a Health Choice al menos tres días antes de su cita. Vamos a ayudarlo a conseguir un transporte para su cita.
- Si necesita un intérprete, llame a Health Choice al menos cuatro días antes de su cita. Nosotros se lo proporcionaremos.

CANCELAR O CAMBIAR CITAS

Por favor, informe a su dentista o médico si no puede ir a su cita. Infórmeles de inmediato. Trate de informarles a más tardar un día antes de la cita.

Si le pidió a Health Choice transporte o un intérprete para usted, llámenos inmediatamente para cancelar.

Es importante que asista a sus citas. Recuerde ser respetuoso con su médico y el personal del consultorio.

Si tiene una cita con una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MISC) y desea cancelar o cambiar su cita, póngase en contacto con la clínica directamente.

Si no va a su cita, puede que no consiga otra de inmediato.

ESPERA EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO

A veces hay que esperar en el consultorio mientras el médico ve a otros pacientes. Usted nunca debería tener que esperar más de 45 minutos (a menos que su médico tenga una emergencia).

Si siente que ha tenido que esperar demasiado, llame a Servicios para miembros para informarnos.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Algunos servicios necesitan aprobación antes de que el AHCCCS o Health Choice puedan pagar por ellos. Esto se llama autorización previa.

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

- Servicios hospitalarios de hospitalización y ambulatorios (no de emergencia)
- Cirugía
- Algunos procedimientos de consultorio
- Algunas radiografías y exámenes de laboratorio
- Atención médica a domicilio
- Equipos y suministros médicos
- Atención a largo plazo (como los centros de cuidados u hospitales de rehabilitación)
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Ciertos medicamentos recetados

Para obtener una lista de todos los servicios que necesitan autorización previa consulte nuestro sitio web en HealthChoiceAZ.com

Antes de recibir cualquiera de estos servicios, su médico debe conseguir la aprobación. Puede llamar a su médico para averiguar si han recibido la autorización previa. La mayor parte del tiempo, podemos tomar una decisión dentro de los 14 días calendario después de que recibimos la solicitud. Si tiene un problema grave de salud, que pone en riesgo la vida, su médico puede solicitarle una decisión más rápida. En este caso, su médico puede enviarnos una solicitud para su aprobación dentro de las 72 horas.

Le informaremos nuestra decisión a su médico tan pronto como se la tome. Si no aprobamos la solicitud, recibirá una carta. La carta recibe el nombre de “aviso de determinación de beneficios adversa”. La carta le explicará por qué no aprobamos la solicitud. La carta le explicará cómo puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión, puede

presentar una apelación. Consulte la página 39 para obtener información sobre cómo presentar una apelación. Si usted quiere saber cómo tomamos la decisión, puede ponerse en contacto con nosotros. También le podemos dar información acerca de los criterios que usamos para tomar una decisión de aprobación previa. Comuníquese con nosotros, estamos a su disposición.

SERVICIOS PARA ADULTOS

ATENCIÓN PREVENTIVA PARA ADULTOS

Además de las consultas de atención preventiva, Health Choice ofrece evaluaciones médicas de rutina para hombres y mujeres. Las evaluaciones para mujeres incluyen:

- Mamografía anual
- Prueba de Papanicolaou
- Colonoscopia
- Examen de detección de clamidia
- Examen de densidad ósea

Las evaluaciones para hombres incluyen:

- Examen de detección de cáncer de próstata
- Colonoscopia

Exámenes físicos de rutina (exámenes de atención preventiva) como, entre otros, exámenes de atención preventiva para mujeres, examen de los senos y examen de próstata cubiertos para miembros de 21 años en adelante. La mayoría de los exámenes físicos de rutina (también llamados chequeo o físico) incluyen una historia clínica, examen físico, exámenes de salud, orientación de salud y las vacunas médicamente necesarias. (Consulte el EPSDT para los exámenes de atención preventiva para los miembros menores de 21 años de edad). Esta lista no incluye todos los servicios posibles. Los servicios de prevención no tienen copago.

Queremos ayudarle a hacerse la evaluación que necesita. Para mayor información, consulte a su médico o al Departamento de servicios para miembros.

ATENCIÓN DENTAL PARA ADULTOS

El AHCCCS no cubrirá servicios dentales para adultos, a menos que la atención que se requiere sea un servicio médico o quirúrgico relacionado con la atención dental u oral.

Los servicios dentales con cobertura para miembros de 21 años en adelante deben ser para lo siguiente:

- Tratamiento de una afección, como dolor agudo
- Infección o fractura de la mandíbula

Algunos servicios dentales cubiertos pueden incluir:

- Exámenes orales
- Radiografías
- Administración de anestesia, analgésicos o antibióticos

- Algunos servicios previos a un tratamiento contra el cáncer de mandíbula, cuello o cabeza, linfoma o para trasplante
- Atención dental de emergencia

Si tiene preguntas, llámenos. Estamos siempre a sus órdenes.

Nota: Consulte el EPSDT para los exámenes de atención preventiva para los miembros menores de 21 años en la siguiente sección.

SERVICIOS PARA NIÑOS

Comienzo sano, futuros brillantes

En Health Choice Arizona, nuestro objetivo es mantenerlo a usted y a sus hijos sanos. ¡Creemos que un comienzo sano en la vida les permitirá tener un futuro brillante! La iniciativa para niños Comienzo sano, futuros brillantes se concentra en seis pilares para una vida sana:

- Visitas anuales de bienestar
- Vacunas
- Visitas al dentista
- Capacitación
- Hacer ejercicio
- Nutrición

PROGRAMA EPSDT

El programa de exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT) es un programa de salud integral para niños de prevención y tratamiento, corrección y mejora de problemas de salud física y mental para miembros del AHCCCS menores de 21 años.

El propósito del programa EPSDT es asegurar la disponibilidad de los recursos de atención médica y accesibilidad a estos, así como también asistir a los beneficiarios de Medicaid para que utilicen eficazmente estos recursos.

Los servicios del programa EPSDT proporcionan atención médica integral, a través de prevención primaria, intervención temprana, diagnóstico, tratamiento necesario desde el punto de vista médico y atención de control de problemas de salud física y conductual para miembros del AHCCCS menores de 21 años. Entre los servicios del programa EPSDT están los servicios de evaluación, de la vista, dentales, de la audición y todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, obligatorios y opcionales, mencionados en la ley federal 42 USC 1396d(a) para corregir o mejorar defectos y enfermedades físicas y mentales identificados en una evaluación de EPSDT, ya sea que estén cubiertos o no bajo el plan estatal de AHCCCS. Las limitaciones y exclusiones, que no sean los requisitos de necesidad médica y de rentabilidad, no corresponden a los servicios del programa EPSDT.

Una consulta de atención preventiva para niños es lo mismo que una consulta de EPSDT, y abarca todas las evaluaciones y los servicios descritos en el programa EPSDT del AHCCCS y las programaciones de periodicidad dental.

Cantidad, duración y alcance: La ley de Medicaid define que los servicios del programa EPSDT abarcan servicios de evaluación, de la vista, dentales, de la audición y “otra atención médica, servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios además de otras medidas descritas en la subsección de la ley federal 42 USC 1396d(a) para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales descubiertas por los servicios de evaluación, ya sea que dichos servicios estén cubiertos o no bajo el plan estatal (AHCCCS)”.

Esto significa que entre los servicios cubiertos por el programa EPSDT hay servicios que corrigen o mejoran defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales, descubiertos por el proceso de evaluación cuando estos están dentro de una de las 29 categorías obligatorias y opcionales de “asistencia médica” según lo define la Ley de Medicaid. Los servicios cubiertos por el programa de EPSDT abarcan las 29 categorías de servicios de la ley federal, incluso si no están mencionados dentro de los servicios cubiertos por el plan estatal del AHCCCS, los estatutos, las normas o las políticas del AHCCCS, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios y asequibles.

El programa EPSDT incluye, entre otros, la cobertura de servicios de hospitalización y ambulatorios, de laboratorio y radiografías, de médicos, de enfermeros practicantes, de medicamentos, dentales, terapéuticos, de salud conductual, de suministros médicos, de prótesis, de anteojos, de transporte y de planificación familiar.

El programa EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, de evaluación, preventivos y de rehabilitación. Sin embargo, entre los servicios del programa EPSDT no están los que solamente son para propósitos estéticos, o que no son económicos cuando se comparan con otras intervenciones.

EPSDT/CONSULTAS DE ATENCIÓN PREVENTIVA PARA NIÑOS

Llevar a su hijo al médico para consultas de atención preventiva y para que se vacune es una de las acciones más importantes que puede realizar para evitar que su hijo enferme.

En cada consulta de atención preventiva, su médico revisará la salud y el crecimiento de su hijo. El médico también se asegurará de que su hijo reciba todas las vacunas para evitar que se enferme gravemente. Debe llevar a su hijo al médico para una visita de EPSDT de la siguiente manera.

- 3 a 5 días de vida
- 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses de edad
- Anualmente desde los 3 hasta los 20 años

LO QUE PUEDE ESPERAR EN UNA CONSULTA DE EPSDT O PREVENTIVA PARA NIÑOS

- Medirán el peso y la altura de su hijo
- Escucharán el corazón y los pulmones de su hijo
- Examinarán ojos, oídos, boca y dientes de su hijo
- Le aplicarán a su hijo las vacunas que necesite

- Conversarán con usted sobre cómo prevenir lesiones y mantener a su hijo sano
- Conversarán con usted acerca de sus inquietudes y de las necesidades médicas de su hijo
- Exámenes de salud dental y oral de rutina (para miembros menores de 21 años)
- Examen físico sin ropa
- Evaluación del desarrollo
- Evaluación para servicios de rehabilitación
- Cualquier tratamiento para una enfermedad física o mental detectada durante la consulta de su hijo será cubierto, si se considera médicamente necesario

En la consulta de atención preventiva, el médico puede evaluar a su hijo para que reciba servicios de rehabilitación como terapia ocupacional, del habla y física. Esto también incluye derivaciones a Servicios de rehabilitación para niños (CRS), que es un programa especial para niños que tienen ciertas enfermedades o necesidades de atención médica especiales.

Las consultas de atención preventiva regulares ayudan al PCP de su hijo a detectar y tratar cualquier problema de salud antes de que se convierta en algo grave.

Le enviaremos recordatorios de las consultas de atención preventiva y de las vacunas de su hijo. Asegúrese de programar una cita con el médico de su hijo para las consultas de atención preventiva.

CONSULTAS AL MÉDICO: DEL NACIMIENTO HASTA LOS 2 AÑOS

Su bebé debe asistir a controles regulares con el médico. Los bebés además necesitan recibir sus vacunas en el momento correcto.

Consultas de atención preventiva recomendadas para niños desde recién nacidos hasta los 2 años:

- 3 a 5 días de vida
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 18 meses
- 24 meses

CONSULTAS AL MÉDICO PARA NIÑOS Y JÓVENES HASTA LOS 20 AÑOS

Las consultas de atención preventiva no son solo para bebés. Incluso los niños más grandes y adolescentes necesitan controles anuales. Las consultas periódicas con el médico, el dentista y las vacunas también son importantes para mantener a los niños y adolescentes sanos.

Lleve el registro de vacunas de su hijo consigo siempre que vaya al consultorio del PCP de su hijo.

Muchas personas piensan que solo se puede vacunar a los niños cuando están sanos. Esto no es verdad. Los niños pueden recibir sus vacunas estando ligeramente enfermos, como resfriados, con infección del oído o con poca fiebre.

Consultas de atención preventiva recomendadas para niños de 3 a 20 años:

- Consultas al médico: Programe una consulta de atención preventiva al año.
- Consultas dentales: Programe las consultas dentales dos veces al año.

Consejos para las citas:

- Programe la cita para la siguiente consulta de atención preventiva para su hijo mientras se encuentre en su cita actual.
- Lleve la tarjeta de identificación del miembro de su hijo a todas las citas.
- No falte a las citas médicas de su hijo.
- Asegúrese de que su hijo reciba todas las vacunas.
- Mantenga un registro de todas las vacunas que recibe su hijo.
- Llame al consultorio del médico al menos un día antes de su cita si necesita volver a programarla.
- Si coordinamos transporte para la cita y no puede asistir, llámenos para cancelar el transporte.

Llame al médico de su hijo si necesita una derivación para comprobar el desarrollo del niño. Las herramientas de evaluación del desarrollo se componen de un cuestionario de preguntas que el médico hará para verificar cómo está creciendo y desarrollándose su bebé. Estas herramientas se utilizan a los 9, 18 y 24 meses de edad. Si se encuentra un problema, se realizarán pruebas y se hará un seguimiento mientras su hijo sea menor.

Qué puede hacer para asegurarse de que todas las necesidades médicas de su hijo están cubiertas:

- Lleve a su hijo a todas las consultas de atención preventiva.
- Informe a su médico si tiene alguna preocupación acerca de su hijo.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL PARA NIÑOS

¿Tiene alguna inquietud con respecto a la conducta de su hijo en el hogar o la escuela? Asegúrese de hablar con el PCP de su hijo sobre cualquier preocupación que pueda tener. Como miembro del AHCCCS cuenta con la cobertura de servicios de salud conductual. Si tiene alguna pregunta, llámenos. Estamos siempre a sus órdenes.

VACUNAS

Vacune a su hijo a tiempo para protegerlo de 16 enfermedades graves.

La Alianza para la inmunización en Arizona y los Centros para el control de enfermedades sugieren que los bebés y los niños necesitan ser protegidos de las siguientes enfermedades graves:

- La **hepatitis A** es una enfermedad del hígado que provoca fiebre, cansancio, pérdida de apetito, dolores de estómago, orina oscura e ictericia.
- La **hepatitis B** es una infección grave del hígado que puede provocar daño hepático, cáncer de hígado y, en algunos casos, la muerte.
- La **difteria** provoca una infección grave a la garganta, la que dificulta tragar y respirar.
- El **tétanos (trismo)** provoca espasmos musculares graves, problemas de la respiración y cardíacos y puede ocasionar la muerte.

- La **tos ferina (tos convulsiva)** ocasiona largos episodios de tos, los que pueden dificultarle a un niño el comer, beber y respirar. Puede ocasionar neumonía, convulsiones y la muerte.
- La **poliomielitis** puede provocar parálisis y deformaciones de por vida.
- La **haemophilus influenza tipo B** ocasiona infecciones en las articulaciones, los ojos y pulmones y meningitis, que puede causar daño cerebral y la muerte.
- El **sarampión** provoca fiebre alta, sarpullido, ojos rojos, húmedos y sensibles a la luz y síntomas de resfrío. Puede causar pérdida de la audición, problemas para respirar, neumonía, daño cerebral y la muerte.
- Las **paperas** provocan una hinchazón dolorosa de las mejillas y la mandíbula, dolor de cabeza y fiebre. En algunos casos, puede causar pérdida de la audición, hinchazón del cerebro y la médula espinal, y daño cerebral.
- La **rubéola (sarampión alemán)** es altamente contagiosa y provoca fiebre y sarpullido en la cara y el cuello. Una embarazada que contrae rubéola puede perder a su bebé o tenerlo con defectos congénitos graves.
- El **neumococo** provoca fiebre, dificultad para respirar, tos, latidos rápidos del corazón debido a la infección de la sangre, neumonía y meningitis (una infección de las paredes que rodean el cerebro y la médula espinal).
- La **meningitis** provoca fiebre, dolor de cabeza, cuello rígido, sensibilidad ocular a la luz y confusión por la infección de las paredes que rodean el cerebro y la médula espinal. Un 20 % de quienes sobreviven tienen discapacidades permanentes, como pérdida de la audición, daño cerebral o pérdida de una extremidad.
- El **virus del papiloma humano (VPH)** puede causar cáncer de cuello uterino y otras formas de cáncer, como cáncer de vulva, vagina, pene o ano. También puede causar cáncer en la parte posterior de la garganta, incluyendo la base de la lengua y las amígdalas (se lo conoce como cáncer orofaríngeo), y puede generar verrugas en los genitales de hombres y mujeres.
- El **rotavirus (RV)** puede provocar diarrea grave en bebés, la que conlleva deshidratación y hospitalización.
- La **varicela (VVZ)** es una enfermedad altamente contagiosa que provoca fiebre, cansancio, debilidad y un sarpullido en forma de ampolla que pica. Aunque generalmente son leves, las ampollas pueden infectarse y provocar enfermedades graves, hospitalización o la muerte.
- La **influenza (gripe)** es una infección respiratoria altamente contagiosa que provoca dolor muscular, de garganta, tos y dolor de cabeza, y puede causar dificultades para respirar en los niños. En casos graves, puede provocar la muerte.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LAS VACUNAS

¿Está atrasado mi hijo con las vacunas?

- Verifique con su médico para saber qué vacunas necesita su hijo.
- No es demasiado tarde para ponerse al día.
- Recuerde que los adolescentes también necesitan vacunas.

¿Qué sucede si mi hijo está enfermo?

- Muchas personas piensan que solo se puede vacunar a los niños cuando están sanos. Esto no es verdad. Los niños pueden recibir sus vacunas estando ligeramente enfermos, como resfriados, con infección del oído o con poca fiebre. Las vacunas no enfermarán más a su hijo.


¿Son seguras las vacunas para bebés para mi hijo?

- Es muy difícil que un niño tenga una reacción grave a una vacuna.

- Algunos niños pueden experimentar fiebre o un dolor leve donde se administra la vacuna. Usualmente desaparece pronto.
- La seguridad de las vacunas ha sido probada rigurosamente. De acuerdo con los CDC, no existe una relación científica entre las vacunas y el autismo.
- El timerosal (mercurio que contiene conservantes) fue eliminado de las vacunas para bebés en el año 2000.

¿Realmente necesita mi hijo vacunas para bebés?

- No vacunarse puede ocasionar el brote de enfermedades.
- Aun cuando no veamos estas enfermedades, los niños y adultos no vacunados de todos modos pueden contraerlas y contagiarlas a los demás.
- Las vacunas para bebés ayudan al sistema inmunológico del niño a cumplir su función.

Child and Adolescent Recommended Immunization Schedule*											
VACCINE	MONTHS							YEARS			
	Birth	2	4	6	12	15	18	4-6	7-10	11-12	13-18
HepB	★	★			★				★	★	★
DTaP		★	★	★			★	★	★Tdap	★Tdap	★Tdap
IPV		★	★		★			★	★	★	★
Hib		★	★	★	★						
PCV		★	★	★	★						
Rotavirus		★	★	★							
Influenza					★Seasonal, one dose yearly						
MMR					★			★	★	★	★
Varicella					★			★	★	★	★
HepA					★2 doses				★	★	★
MCV4									★	★	★Booster
HPV									★2 doses	★3 doses	★

□ Vaccine can be given during shown age range.

★ Vaccine is recommended for all children unless your doctor tells you that your child cannot safely receive the vaccine.

★ Vaccine should be given if a child is catching-up on missed vaccine.

★ 2 doses of the HPV vaccine are recommended at age 9 years for children who are at increased risk. This includes children with a history of sexual abuse or assault. See vaccine-specific recommendations at <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html>

*This is a general schedule based on recommendations for the Centers of Disease Control (CDC) and is subject to change. Based off CDC immunization schedules last updated 1/10/2017. Children who miss shots normally given at a certain age and children in certain high-risk groups may receive additional shots, or may receive shots at different times than shown on this schedule. Parents should consult with their child's doctor to determine the correct schedule and series of shots for their child. Contract services are funded in part under contract with the state of Arizona. HCA-EP12-11.1-0617 (AHCCCS Approved 7/21/2017)

¿Cómo llevo un registro de las vacunas para bebés de mi hijo?

- Todos los niños deben mostrar un registro completo de vacunas antes de ser admitidos en la escuela o guardería.
- Su médico le dará un Registro vitalicio de inmunizaciones. Anote todas las vacunas en el registro.
- Lleve el registro de vacunas de su hijo a todas sus consultas con el médico.

Para obtener más información, hable con el médico de su hijo o llame a los Centros para el control de enfermedades: 800-CDC-INFO.

CONSEJOS PARA MANTENER A LOS NIÑOS SANOS

Esta cuenta regresiva simple es todo lo que necesita recordar para mantener a sus hijos sanos. Un estilo de vida saludable incluye:

1. Comer al menos cinco porciones al día de frutas y verduras
 - Escoger fruta fresca en lugar de jugos
 - Comer una fruta o verdura nueva todas las semanas o comerlas como refrigerios
2. Pasar menos de 2 horas al día frente a una pantalla.
 - Mantener los televisores, videojuegos y computadoras fuera del dormitorio
 - Planificar el tiempo que verá televisión (respételo)

- No comer en frente del televisor
3. Pasar al menos 1 hora todos los días haciendo alguna actividad que implique movimiento
 - Hacer participar a la familia; caminen, vayan al parque, paseen al perro, etc.
 - Andar en bicicleta, hacer una excursión o intentar practicar un nuevo deporte
 4. Limitar las bebidas endulzadas (suprimirlas, si es posible)
 - Beber más agua y leche con bajo contenido de grasa
 - ¿Sabía que las bebidas deportivas y energizantes tienen mucha cantidad de azúcar?

PROGRAMA PARA MUJERES, BEBÉS Y NIÑOS (WIC)

WIC es un programa de nutrición que ayuda a su familia a aprender a comer bien y a mantenerse saludable. El programa WIC es para mujeres embarazadas o que amamantan, mujeres que han tenido hijos recientemente, bebés y niños de hasta 5 años de edad.

WIC puede además ayudarle a que usted y su hijo reciban una alimentación saludable.

Para obtener más información, llame al 800-252-5942. WIC le puede ayudar a encontrar un consultorio cerca de usted. También puede consultar el sitio web de WIC: www.azwic.gov.

SERVICIOS DE EMBARAZO Y MATERNIDAD

Las mamás saludables tienen hijos saludables. Health Choice Arizona quiere ayudarle a mantenerse sana mientras su bebé crece. Consulte a su médico cuando empiece a pensar en tener un bebé.

Puede comenzar a planificar la salud de su bebé incluso antes de quedar embarazada.

Los miembros mujeres tienen acceso directo a servicios de atención preventiva de un ginecólogo dentro de la red de Health Choice Arizona sin necesidad de una derivación de un proveedor de atención primaria.

Si está embarazada:

- Programe una cita con su obstetra (OB) de atención primaria tan pronto piense que está embarazada.
- Informe a su oficina local del Departamento de seguridad económica (DES) tan pronto sepa que está embarazada.
- Mantenga su cualidad de elegible y los beneficios de Medicaid.
- Si no tiene un médico obstetra, llame al Departamento de servicios para miembros para poder ayudarla a escoger uno.

Nota: Si se ha inscrito en Health Choice Arizona recientemente y tiene un motivo médico para quedarse con su médico actual y su médico no pertenece a nuestra red, puede cambiar de plan. O podemos trabajar con su médico para continuar su atención durante el embarazo. Necesitará elegir un médico de Health Choice Arizona para embarazos futuros o atención médica preventiva para mujeres.

La atención del embarazo de alto riesgo debe comenzar 3 días después que se le informa que es de alto riesgo, o inmediatamente si se produce una emergencia.

Los servicios de maternidad incluyen:

- Libertad para elegir su médico obstetra en su condado y en nuestra red de médicos
- Orientación antes de quedar embarazada
- Pruebas de embarazo
- Todas las consultas prenatales y todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que una mujer necesita durante su embarazo
- Cuidado durante 6 a 8 semanas después del nacimiento del bebé, incluida la orientación sobre anticonceptivos
- Servicios de trabajo de parto, parto y posparto
- Orientación y exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH

CONSEJOS PARA LAS MAMÁS EMBARAZADAS

Visite a su médico con regularidad para la atención prenatal. Su médico puede ayudarla a resolver dudas a medida que su bebé se desarrolla. Esto también ayuda a que usted y su bebé se mantengan sanos.

Es importante programar citas y respetarlas. Si necesita reprogramar una cita debido a un inconveniente, comuníquese con su médico al menos tres días antes.

Cómo programar su primera cita

Programe su primera cita en el primer trimestre de embarazo (las primeras 12 semanas) o tan pronto como se inscriba en Health Choice Arizona.

Las mujeres miembros que ingresan a Health Choice Arizona durante los últimos tres meses de su embarazo deben llamar al Departamento de servicios para miembros de inmediato. Nosotros podemos ayudarla a elegir un médico obstetra y conversar con usted sobre su atención prenatal. Es muy importante que acuda a las citas con su médico obstetra.

CONSULTAS PRENATALES**Embarazo de menos de tres meses (primer trimestre):**

- La deben atender dentro de los 14 días desde su llamada para concertar su cita.

Embarazo de tres a seis meses (segundo trimestre):

- La deben atender dentro de los siete días desde su llamada para concertar su cita.

Embarazo de seis a 10 meses (tercer trimestre):

- La deben atender dentro de los tres días desde su llamada para concertar su cita.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si tiene una cita programada, no debe tener que esperar más de 45 minutos para ver a su médico (a menos que el médico esté atendiendo una emergencia).

Si su embarazo se identifica como de alto riesgo, lo visitará un proveedor de atención de maternidad dentro de los 3 días o inmediatamente en caso de una emergencia.

CONSULTA POSPARTO

Seis a ocho semanas después del parto:

Después de dar a luz, llame al consultorio del médico lo antes posible después de recibir el alta del hospital para programar una consulta posparto. Los servicios posparto están cubiertos durante 60 días como máximo después del parto.

Asista a su consulta posparto. Es muy importante que su médico se asegure de que se está recuperando. Su médico hablará con usted sobre la depresión posparto y sobre las opciones de planificación familiar.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Health Choice Arizona cubre los servicios de planificación familiar. Estos servicios pueden ayudar a planificar cuándo quiere tener un bebé. También pueden ayudar si desea evitar un embarazo.

Los servicios de planificación familiar incluyen información, tratamiento y orientación sobre anticonceptivos. Los servicios de planificación familiar están disponibles para los miembros hombres y mujeres en edad reproductiva.

Puede obtener servicios de planificación familiar de parte de cualquier PCP que hay en la red del plan. No necesita una remisión ni autorización previa para acceder a los servicios o suministros de planificación familiar de un médico fuera de la red.

Los servicios de planificación familiar son, entre otros:

- Orientación sobre control de la natalidad, educación y suministros
- Planificación familiar natural
- Píldoras anticonceptivas
- Condones masculinos o femeninos
- Espumas
- Cremas
- Parches anticonceptivos
- Diafragmas
- Capuchones cervicales
- Dispositivos intrauterinos (DIU)
- Orientación y exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Inyecciones de hormonas (Depo Provera)
- Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC)
- Implantes anticonceptivos (Estos son implantes que van debajo de la piel)
- Anticonceptivo oral de emergencia después del coito (en un plazo de 120 horas después de una relación sexual sin protección)
- Pruebas de embarazo

Para programar una cita para planificación familiar, llame a su médico de atención primaria. No hay copagos para los servicios de planificación familiar. Los anticonceptivos cubiertos se entregarán sin costo.

Para recibir los servicios y suministros de planificación familiar de un médico fuera de la red, su médico debe solicitar autorización.

INTERRUPCIONES DEL EMBARAZO MÉDICAMENTE NECESARIAS

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

1. La miembro embarazada sufre de un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física que incluya un problema médico físico que ponga en riesgo su vida y se deba o surja del mismo embarazo que, según certifique un médico, pondría a la miembro en peligro de muerte, a menos que el embarazo se interrumpa.
2. El embarazo es resultado de incesto.
3. El embarazo es resultado de una violación.
4. La interrupción del embarazo es médicamente necesaria de acuerdo con el criterio de un médico matriculado, quien da fe de que podría esperarse razonablemente que la continuidad del embarazo genere un problema de salud físico o conductual grave para la embarazada por:
 - a. La generación de un problema físico o conductual grave para ella.
 - b. El deterioro grave de una función corporal de la embarazada.
 - c. La disfunción de un órgano o de alguna otra parte del cuerpo de la embarazada.
 - d. La exacerbación de algún problema de salud de la embarazada.
 - e. Evitar que la embarazada pueda recibir algún tratamiento por otro problema médico.

ESTERILIZACIONES

Health Choice cubre la esterilización permanente para hombres y mujeres de 21 años de edad en adelante. Tenga en cuenta que este tipo de método anticonceptivo requiere autorización previa.

Deben cumplirse los siguientes criterios para que se produzca la esterilización:

- a. El miembro tiene al menos 21 años de edad en el momento en que se firma el consentimiento.
- b. Se determina la competencia mental.
- c. Se obtuvo el consentimiento voluntario sin coacción, y
- d. Han transcurrido 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha del consentimiento informado y la fecha de esterilización, excepto en caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia. El miembro puede consentir la esterilización en el momento de un parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia, si han transcurrido al menos 72 horas desde que dio el consentimiento informado para la esterilización. En caso de parto prematuro, el consentimiento informado debe haber sido otorgado al menos 30 días antes de la fecha de parto prevista.

Cualquier miembro que solicite la esterilización debe firmar un formulario de consentimiento adecuado. Antes de firmar se le debe presentar lo siguiente:

- a. Requisitos del formulario de consentimiento.
- b. Respuestas a las preguntas que pueda tener con respecto al procedimiento específico que se realizará.
- c. La notificación de que el retiro del consentimiento puede producirse en cualquier momento antes de la cirugía sin afectar la atención futura y/o la pérdida de beneficios del programa con financiamiento federal.
- d. Una descripción de los métodos alternativos disponibles.
- e. Una descripción completa de las molestias y los riesgos que pueden acompañar o seguir la realización del procedimiento, incluida una explicación del tipo de efectos posibles de cualquier anestésico que se utilizará.
- f. Una descripción completa de las ventajas o desventajas que pueden esperarse como consecuencia de la esterilización, y
- g. Notificación de que la esterilización no puede realizarse durante al menos 30 días después del consentimiento. No puede firmar un consentimiento cuando:
 - a. Está en trabajo de parto o parto.
 - b. Si procura obtener, o está obteniendo, una interrupción del embarazo, o
 - c. Está bajo la influencia del alcohol u otras sustancias que afectan su estado de conciencia.

Medicaid no cubre la reversión de una esterilización.

DENTAL

SERVICIOS DENTALES PARA NIÑOS MENORES DE 21 AÑOS

Health Choice cubre servicios de salud dental y oral preventivos y de rutina para miembros menores de 21 años. Le asignaremos un dentista a su hijo de inmediato, a fin de brindarle las limpiezas de rutina y otros tratamientos que necesite. Se recomienda que el primer examen se realice al cumplir el primer año de vida. Crear un hogar dental con un dentista para su hijo proporcionará un entorno cómodo para los servicios permanentes a medida que su hijo crezca. Los miembros menores de 21 años deben ir al dentista cada seis meses. Puede cambiar su hogar dental en cualquier momento, para ello debe comunicarse con el Departamento de servicios para miembros.

Es muy importante llevar a su hijo al dentista una vez cada 6 meses. Esto ayudará a prevenir enfermedades orales.

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN ORAL PEDIÁTRICA PREVENTIVA

Estas recomendaciones están diseñadas para la atención de niños que no tienen afecciones médicas que contribuyen y se están desarrollando normalmente. Estas recomendaciones pueden requerir modificaciones para aplicarse en niños con necesidades de salud especiales.

EDAD	12-24 MESES	2-6 AÑOS	6-12 AÑOS	12 AÑOS Y MAYORES
Examen clínico dental que incluye, entre otros, los siguientes servicios: ¹	X	X	X	X
• Evaluar el crecimiento y el desarrollo orales	X	X	X	X
• Evaluación de riesgo de caries	X	X	X	X
• Evaluación de la necesidad de suplementos de flúor	X X	X X	X X	X X
• Orientación/Asesoramiento anticipatorio	X	X	X	X
• Orientación sobre higiene oral	X	X	X	X
• Orientación sobre dietas	X	X	X	X
• Orientación para la prevención de lesiones	X	X	X	X
• Orientación para modificar malos hábitos nutricionales			X	X
• Orientación contra el abuso de sustancias			X	X
• Orientación para realizarse perforaciones intraorales /periorales		X	X	X
• Evaluación de los selladores para caries y fisuras				
Evaluación radiológica	X	X	X	X
Profilaxis y fluoruro tópico	X	X	X	X

¹ Se recomienda que el primer examen se realice al cumplir el primer año de vida. Repetir cada 6 meses o según lo indique el estado de riesgo/la susceptibilidad del niño a las enfermedades.

CONSEJOS PARA LAS CITAS DENTALES

- Traiga su tarjeta de identificación del miembro a la cita.
- Si es un paciente nuevo, vaya al consultorio del dentista 15 minutos antes de su cita.

- No falte a su cita. Si no puede asistir a su cita, llame al consultorio del dentista para cancelar o reprogramar la cita.
- Si Health Choice Arizona le niega el tratamiento dental solicitado, llame al consultorio del dentista. Su dentista puede explicarle. En muchas ocasiones, se ha negado solo parte de la atención y su hijo puede de todos modos recibir otros tipos de atención que necesite.

ENCONTRAR A UN DENTISTA

Podemos ayudarle a encontrar a un dentista. Llámenos si necesita ayuda para encontrar o cambiar de dentista.

También puede encontrar un dentista en el Directorio de proveedores. Llámenos si necesita una copia impresa del directorio. Le enviaremos una copia sin costo.

También puede encontrar un dentista en el Directorio de proveedores que encontrará en nuestro sitio web.

PROGRAMACIÓN DE CITAS DENTALES

- **Emergencia:** usted o un familiar necesitan atención hoy debido a un dolor agudo.
- **Urgencia:** usted o un familiar necesitan atención antes de los tres días debido a la pérdida de un empaste o por un diente quebrado con dolor leve.
- **Rutina:** usted o un familiar necesita atención en los siguientes 45 días para limpieza y atención preventiva o para colocación de empastes dentales.

CANCELAR O CAMBIAR CITAS

Por favor, informe a su dentista o médico si no puede ir a su cita. Infórmeles de inmediato. Trate de informarles a más tardar un día antes de la cita.

Si le pidió a Health Choice transporte o un intérprete para usted, llámenos inmediatamente para cancelar.

Es importante que asista a sus citas. Recuerde ser respetuoso con su médico y el personal del consultorio.

Si tiene una cita con una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MISC) y desea cancelar o cambiar su cita, póngase en contacto con la clínica directamente.

Si no va a su cita, puede que no consiga otra de inmediato.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Debe adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia que pertenezca a la red de Health Choice Arizona. Podemos ayudarle a encontrar una farmacia cerca de usted. Llámenos si desea nuestra ayuda. También puede encontrar una farmacia cerca de usted en el Directorio de proveedores.

Llámenos si necesita una copia impresa del directorio. Le enviaremos una copia sin costo. También puede encontrar el Directorio de proveedores en nuestro sitio web.

Si necesita una farmacia que esté abierta las 24 horas o los días festivos, consulte el Directorio de proveedores o llame al Departamento de servicios para miembros.

Debe mencionar al farmacéutico que es miembro de Health Choice Arizona. Lleve todas sus tarjetas de identificación del miembro 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, Health Choice Arizona debe aprobarlo antes de proceder al pago a la farmacia.

Para obtener una lista actualizada de medicamentos cubiertos, consulte a su proveedor de atención primaria o visite nuestro sitio web. Si su farmacéutico no puede surtir la receta, éste puede llamar a su médico o a Health Choice Arizona para solicitar ayuda. Health Choice Arizona cuenta con una línea de ayuda de 24 horas para farmacéuticos. En algunos casos, le permitiremos tener cinco días de medicamentos mientras revisamos el caso.

Hay algunos medicamentos en nuestra lista que están disponibles para los miembros que requieren atención especial adicional. Se denominan medicamentos de especialidad y se indican en nuestra lista con el código SP. El acceso a los medicamentos de especialidad requiere una solicitud de autorización previa de su médico con información que respalde la solicitud.

Health Choice Arizona utiliza una farmacia de especialidad llamada BriovaRx Specialty Pharmacy para surtir algunos medicamentos de especialidad médicamente necesarios. Estos medicamentos se utilizan en el tratamiento de enfermedades crónicas como esclerosis múltiple, fibrosis quística, artritis reumatoidea y hepatitis C, además de enfermedades complejas como el cáncer. Los farmacéuticos y personal de BriovaRx Specialty Pharmacy trabajarán con usted para garantizarle el fácil acceso a los medicamentos que necesita y se corresponden con su tratamiento farmacológico.

CONSEJOS SOBRE MEDICAMENTOS RECETADOS

- Las recetas deberá extenderlas un médico.

- Su médico puede recetar un medicamento de venta libre si este cuesta menos que un medicamento.
- No permita que sus recetas expiren antes de obtener una renovación.
- El AHCCCS cubre medicamentos que son médicamente necesarios, económicos y que estén permitidos por la ley federal y estatal.
- El AHCCCS no paga ningún medicamento pagado por Medicare. El AHCCCS tampoco paga 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.

¿Tiene problemas para surtir sus recetas médicas?

Si tiene problemas para surtir sus recetas médicas y el farmacéutico las rechaza, solicite ayuda al personal de la farmacia y pregunte el motivo por el cual no puede surtirlas. Vea a continuación qué debe hacer:

- Si el medicamento requiere una autorización previa, comuníquese con su proveedor médico para enviar por fax una solicitud de autorización a Health Choice Arizona.
- Si la autorización previa ha caducado, la farmacia puede intentar llamar a Health Choice para solicitar la aprobación, pero su proveedor aún tendrá que enviar la autorización por fax para surtirla nuevamente.
- Si volvió a surtir la receta médica demasiado pronto, deberá esperar hasta la próxima fecha de surtido.
- Límite de cantidad...En general, la farmacia puede surtir una cantidad más pequeña pero comuníquese con su proveedor médico para obtener una autorización previa para una cantidad mayor.
- Por restricciones de medicamentos o de quien los recetó, comuníquese con el Departamento de servicios para miembros.
- Durante el horario de atención, la farmacia o el proveedor pueden comunicarse con el Departamento de servicios para miembros de Health Choice Arizona al 1-800-322-8670.
- Para obtener ayuda de Farmacia fuera del horario de atención, durante el fin de semana o en días feriados, llame al Departamento de servicios para miembros al 1-800-322-8670.
- También puede comunicarse con Optum Rx al 1-855-796-3484 para obtener ayuda adicional.

Llámenos al 480-968-6866 o al 800-322-8670 si tiene algún problema o pregunta sobre cómo surtir sus recetas médicas. Su farmacia también puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro.

Health Choice Arizona puede asignar miembros a una farmacia exclusiva o un único médico que puede recetar medicamentos por un período máximo de 12 meses. Si este es su caso, recibirá un aviso por escrito en el que se le explicará el motivo y se le proporcionará información sobre cómo presentar una apelación y los plazos y procesos para ello. En la siguiente página, se pueden consultar los parámetros de evaluación.

PARÁMETRO DE EVALUACIÓN	CRITERIOS MÍNIMOS PARA INICIAR INTERVENCIONES
Sobreutilización	<p>El miembro utilizó los siguientes en un periodo de 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> > 4 médicos que pueden recetar medicamentos, > 4 drogas diferentes con potencial de abuso (p. ej., opiáceos, relajantes musculares, benzodiacepinas); y > 4 farmacias. <p>O</p> <p>El miembro recibió 12 o más recetas para medicamentos dudosos (drogas con potencial de abuso) en los últimos tres meses.</p>
Fraude	El miembro ha presentado recetas falsificadas o adulteradas a la farmacia.

REEMBOLSO POR MEDICAMENTOS RECETADOS

Podemos reembolsarle el costo de los medicamentos si compró sus medicamentos durante la “cobertura del período anterior” antes de unirse a Health Choice Arizona. La cobertura del período anterior es el tiempo que transcurre entre el momento en el que se determinó su elegibilidad para AHCCCS y el momento en que se inscribió en Health Choice Arizona.

Nosotros solo podemos reembolsarle el costo de los medicamentos a través de Health Choice Arizona, que podría ser menor a lo que usted pagó en la farmacia.

Si tiene algún problema para obtener sus medicamentos, pida a la farmacia que llame a la línea de 24 horas de ayuda a farmacias de Health Choice. Podemos responder cualquier pregunta.

No pague el costo total de los medicamentos recetados. Usted solo paga su copago, si tiene uno.

Si pagó sus medicamentos recetados y cree que no debió hacerlo, puede enviar los recibos de pago y las etiquetas de la farmacia a Health Choice.

Debemos recibir los recibos y etiquetas en un plazo de seis meses a partir de la fecha en que pagó los medicamentos. Nosotros revisaremos el caso. Después de la revisión, le informaremos si podemos hacer el reembolso a su favor.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Algunos problemas personales pueden afectar su salud. Los problemas personales también pueden afectar a su familia. El estrés, la depresión, la ansiedad, los problemas de drogadicción y alcoholismo u otros problemas de salud mental pueden ser los causantes.

Los servicios que pueden ayudarlo con su salud mental se llaman servicios de salud conductual.

Algunos miembros pueden recibir servicios a través de una autoridad regional tribal de salud conductual (TRBHA, por sus siglas en inglés).

Si tiene alguna consulta, llame al número telefónico del proveedor que figura en su tarjeta de identificación de AHCCCS que le brindará servicios de salud conductual y por abuso de sustancias. Se lo asigna a un proveedor según el lugar donde vive y si cuenta con Medicare. El proveedor (RBHA) pagará la mayor parte de los servicios de salud conductual, lo que incluye la mayoría de las recetas médicas para enfermedades de salud conductual.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener los servicios de salud conductual, llame al número que aparece en su tarjeta.

Puntos importantes que debe conocer:

- No necesita permiso para obtener servicios de salud conductual.
- Si necesita ayuda, sírvase llamar al número de RBHA que aparece en su tarjeta de identificación.
- Y siempre puede llamar a Health Choice Arizona para solicitar ayuda.
- Para emergencias de salud conductual, comuníquese con una de las líneas de atención de crisis que atienden las 24 horas del día y que aparecen a continuación.

Los servicios de salud conductual incluyen lo siguiente:

- Servicios para evaluar sus problemas
- Orientación y otros tipos de terapia para problemas de drogadicción personales o familiares
- Servicios de hospitalización
- Servicios de médicos
- Servicios de enfermería
- Medicamentos y servicios de control de medicamentos
- Servicios de emergencia o en casos de crisis
- Administración de casos
- Servicios de rehabilitación
- Transporte
- Cuidado de relevo
- Otros servicios de apoyo

Su médico puede ayudarlo con su salud conductual. Puede hablar con usted sobre sus opciones de tratamiento. Si tiene alguna pregunta, llámenos. Con gusto le ayudaremos.

La siguiente es la lista de RBHA/TRBHA por condado que proporcionan servicios de salud conductual, por abuso de sustancias y crisis. Recuerde que si cuenta con Medicare, Health Choice le brindará los servicios de salud conductual y por abuso de sustancias.

AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD CONDUCTUAL (RBHA) TELÉFONO	
Condado de Maricopa Mercy Maricopa Integrated Care (MMIC)	Línea para casos de crisis: 602-222-9444 Disponible las 24 horas. Servicios para Miembros: 800-564-5465 Disponible las 24 horas.
Condados de Pima y Pinal Cenpatico Integrated Care (CIC)	Línea para casos de crisis: 866-495-6735 Disponible las 24 horas. Servicios para Miembros: 866-495-6738
Condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave y Navajo Health Choice Integrated Care (HCIC)	Línea para casos de crisis: 877-756-4090 Disponible las 24 horas. Servicios para Miembros: 800-640-2123
AUTORIDAD REGIONAL TRIBAL DE SALUD CONDUCTUAL (TRBHA) TELÉFONO	
Salud conductual de Pascua Yaqui	Línea para casos de crisis: 520-591-7206 Disponible las 24 horas. Servicios para Miembros: 520-879-6060
No se dispone de línea para casos de crisis de salud conductual regional en la Nación Navajo. ** Diríjase a su hospital local del Servicio de Salud Indígena para solicitar ayuda, llame al 911 o a su médico de atención primaria.	928-871-7619
No se dispone de línea para casos de crisis de salud conductual de Apache de White Mountain. ** Diríjase a su hospital local de Servicios de Salud Indígena para solicitar ayuda, llame al 911 o a su médico de atención primaria.	928-338-4811
Autoridad de salud conductual regional de Gila River	Línea para casos de crisis: 800-259-3449 Servicios de salud: 888-484-8526 Disponible las 24 horas.

VISIÓN DE ARIZONA CON RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Todos los servicios de salud conductual se brindan conforme a los siguientes principios del sistema. El AHCCCS respalda un sistema de prestación de salud conductual que incluye lo siguiente:

1. Fácil acceso a la atención
2. Compromiso del beneficiario de salud conductual y del familiar
3. Colaboración con la comunidad mayor
4. Innovación efectiva
5. Expectativa de mejora
6. Competencia 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 son fundamentales para lograr resultados médicos conductuales positivos.
- b. Los padres y los niños reciben el mismo tratamiento que los socios en el proceso de evaluación; la planificación, la prestación y el análisis de los servicios de salud conductual y sus preferencias se toman en serio.

2. Resultados funcionales:

- a. Los servicios de salud conductual se diseñan e implementan para ayudar a los niños a tener 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 el problema médico del niño y reduce al mínimo los riesgos de seguridad.

3. Colaboración con los demás:

- a. Cuando los niños tienen varias agencias y un compromiso con múltiples sistemas, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa de manera colaborativa un plan de servicios de salud conductual que se establece en conjunto.
- b. Equipos orientados al cliente planifican y prestan los servicios.
- c. El equipo de cada niño lo incluye a él, a sus padres y a los padres de crianza, a cualquier persona importante en la vida del niño que él o sus padres inviten a participar. El equipo también incluye a otras personas necesarias para desarrollar un plan efectivo, entre las que se incluyen, según el caso, el maestro del niño, el trabajador social del DCS o DDD y el oficial de libertad condicional 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 servicio individualizado;
 - iii. supervisa la ejecución del plan;
 - iv. hace ajustes en el plan si no está teniendo éxito.

4. Servicios accesibles:

- a. Los niños tienen acceso a una completa gama de servicios de salud conductual, los cuales garantizan que recibirán el tratamiento que necesitan.
- b. La administración de casos se brinda según sea necesario.

- c. Los planes de servicios de salud conductual identifican el tipo de transporte que los padres y el niño necesitan para tener acceso a servicios de salud conductual y cómo se proporcionará ese 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 los brindan personas competentes que están capacitadas y supervisadas.
- b. Los servicios de salud conductual se prestan de conformidad con las pautas adoptadas por el ADHS que se incorporan en “las mejores prácticas” basadas en la evidencia.
- c. Los planes de servicios de salud conductual identifican y abordan adecuadamente los síntomas conductuales que se consideran reacciones a la muerte de un familiar, abuso o negligencia, trastornos del aprendizaje, y otras circunstancias traumáticas o aterradoras similares, problemas de abuso de sustancias, necesidades de salud conductual especializadas de los niños que tienen deficiencias en el desarrollo, comportamiento sexual de mala adaptación, entre los que se incluyen la conducta abusiva y los comportamientos de riesgo, y la necesidad de estabilidad y promoción de la permanencia en la vida de miembros de la clase, especialmente los miembros de la clase en hogares de crianza.
- d. Los servicios de salud conductual se evalúan y modifican continuamente si no ayudan a obtener los resultados esperados.

6. Entorno más adecuado:

- a. Se proporcionan servicios de salud conductual a los niños en su hogar y en la comunidad en la medida de lo posible.
- b. Los servicios de salud conductual se proporcionan en el entorno integral más apropiado para las necesidades del niño. Cuando se proporcionan en un entorno residencial, se busca un ambiente más integral, hogareño y apropiado para las necesidades del niño.

7. Prontitud:

- a. Los niños en los que se identifica que necesitan servicios de salud conductual son evaluados y tratados con prontitud.

8. Servicios adaptados al niño y su familia:

- a. Las fortalezas y necesidades únicas de los hijos y sus familias dictan el tipo, la combinación y la intensidad de los servicios de salud conductual que se brindan.
- b. Se alienta y ayuda a articular a niños y padres en todo lo relacionado con sus fortalezas y necesidades, los objetivos que se buscan y qué servicios creen que son necesarios para cumplir con estos objetivos.

9. Estabilidad:

- a. Los planes de servicios de salud conductuales se esfuerzan por reducir la cantidad de veces que cambian de lugar.

- b. Los planes de servicio identifican si un miembro de la clase está en riesgo de sufrir una interrupción del tratamiento en una 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 las crisis que pueden desarrollarse e incluyen estrategias y servicios que se emplearán si se desarrolla una crisis específica.
- d. En respuesta a las crisis, el sistema de salud conductual utiliza todos los servicios de salud conductual adecuados para ayudar al niño a permanecer en casa, minimizar las interrupciones de tratamiento en una ubicación y evitar el uso indebido del sistema de justicia penal y policial.
- e. Los planes de servicios de salud conductual anticipan y planifican adecuadamente las transiciones en la vida del niño, entre las que se incluyen transiciones a nuevas escuelas y nuevas ubicaciones y transiciones a los servicios para adultos.

10. Respeto por el niño y por la herencia cultural única de la familia:

- a. Los servicios de salud conductual se proporcionan de manera que se respeten la tradición y herencia cultural del niño y la familia.
- b. Los servicios se ofrecen en español para niños y padres cuyo idioma principal es el español.

11. Independencia:

- a. Los servicios de salud conductual incluyen apoyo y capacitación para que los padres puedan satisfacer las necesidades de salud conductual de sus hijos, y apoyo y capacitación para los niños para que logren un autocontrol.
- b. Los planes de servicios de salud conductual identifican la necesidad de padres y niños de recibir capacitación y apoyo a fin de que participen como socios en el proceso de evaluación, y en la planificación, la ejecución y el análisis de los servicios. Además, establecen que dicha capacitación y apoyo, así como la asistencia de transporte, las negociaciones avanzadas y la ayuda con la comprensión de materiales escritos, estén disponibles.

12. Conexión con apoyos naturales:

- a. El sistema de salud conductual identifica y utiliza de manera adecuada los apoyos naturales que están a disposición de la red de asociados del niño y de los padres, entre los que se incluyen amigos y vecinos, y organizaciones de la comunidad, como organizaciones religiosas y de servicios.

Nueve principios rectores para los sistemas y servicios de salud conductual de adultos orientados a la recuperación

1. Respeto

El respeto es fundamental. Se conoce a la persona donde está sin juzgarla, con mucha paciencia y compasión.

2. Las personas en recuperación seleccionan servicios y son incluidas en las decisiones del programa y los esfuerzos de desarrollo de programas

Una persona en recuperación tiene la libertad de elegir y opinar. Su autodeterminación en el impulso de servicios, decisiones del programa y desarrollo del programa se hace posible, en parte, por la dinámica permanente de la educación, el debate y la evaluación, creando así el “consumidor informado” y la más amplia gama de posibilidades a partir de la que se realiza la elección. Las personas en recuperación deben participar de todos los niveles del sistema, desde la administración hasta la prestación de servicios.

3. Nos enfocamos en el individuo como una persona completa, e incluimos y/o desarrollamos al mismo tiempo apoyos naturales.

Una persona en recuperación se toma en cuenta nada menos que como un ser completo: capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. De este modo, se aborda un enfoque con el fin de fomentar la mayor autonomía posible y un estilo de vida natural y bien equilibrado. Esto incluye el acceso y la participación en los apoyos naturales y los sistemas sociales habituales a la comunidad social de un individuo.

4. Potenciar a las personas que dan pasos hacia la independencia y se les permite tomar riesgos y no tener miedo al fracaso

Una persona en recuperación encuentra la independencia a través de la exploración, la experimentación, la evaluación, la contemplación y la acción. El entorno se mantiene sea cual sea el paso que tomen hacia su independencia, y se los alienta y refuerza en un entorno en el que tanto la seguridad como el riesgo se valoran como ingredientes que promueven el crecimiento.

5. La integración, colaboración y participación con la comunidad de elección de un individuo

Una persona en recuperación es un valorado miembro de la sociedad y como tal, es merecedor de recibir los beneficios de la comunidad. Dicha integración y participación subraya la función del individuo como una parte vital de la comunidad; esa dinámica comunitaria que resulta inseparable de la experiencia humana. El servicio comunitario y el voluntariado se valoran.

6. La asociación entre los individuos, el personal y miembros de la familia o los apoyos naturales para la toma compartida de decisiones basadas en la confianza.

Una persona en recuperación, como sucede con cualquier miembro de una sociedad, encuentra fuerza y apoyo a través de asociaciones. Las alianzas que surgen a partir de la compasión, con un enfoque en la optimización de la recuperación, refuerzan la autoconfianza, amplían la comprensión de todos los participantes, y dan lugar a la creación de protocolos y resultados óptimos.

7. Las personas en recuperación definen su propio éxito

Una persona en recuperación (según sus propias declaraciones) descubre el éxito, en parte, por la calidad de los resultados de la vida, lo que puede incluir una mayor sensación de bienestar, integración avanzada en la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas en recuperación son expertas en sí mismas, en la definición de sus propios objetivos y los resultados deseados.

8. Servicios basados en fortalezas, flexibles, receptivos que reflejan las preferencias culturales de un individuo

Una persona en recuperación puede esperar y merece servicios flexibles, oportunos y receptivos que estén disponibles, sean accesibles, confiables, responsables y sensibles a los valores culturales y las costumbres. Una persona en recuperación es la fuente de su propia fuerza y resistencia. Aquellos que sirven como apoyo y facilitadores identifican, exploran y sirven para optimizar las fortalezas que demuestra el individuo como herramientas para la generación de una mayor autonomía y eficacia en la vida.

9. La esperanza es la base para el camino hacia la recuperación

Una persona en recuperación tiene la capacidad para tener esperanza y se desarrolla mejor en las asociaciones que promueven la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para que se hagan realidad los resultados positivos raros e inesperados. Una persona en recuperación no tiene límites en cuanto a su potencial y sus posibilidades.

Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MISC)

Una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MISC) es un centro establecido en el que los especialistas de múltiples áreas se reúnen con los miembros y sus familias con el objetivo de prestar servicios interdisciplinarios para el tratamiento de pacientes.

Nuestras MSIC contratadas ofrecen especialidades entre las que se incluyen Alergia e Inmunología, Cardiología, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Ginecología, Neurología, Oncología, Cirugía Ortopédica, Anatomía Patológica, Reumatología y Urología.

CANCELAR O CAMBIAR CITAS

Informe a su médico si no puede ir a su cita. Infórmeles de inmediato. Trate de informarles a más tardar un día antes de la cita.

Si le pidió a Health Choice transporte o un intérprete para usted, llámenos inmediatamente para cancelar.

Es importante que asista a sus citas. Recuerde ser respetuoso con su médico y el personal del consultorio.

Si tiene una cita con una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MISC) y desea cancelar o cambiar su cita, póngase en contacto con la clínica directamente.

Si no va a su cita, puede que no consiga otra de inmediato.

APELACIONES

Health Choice Arizona puede denegar los servicios que solicite su médico, o limitar o detener su atención. Si esto sucede, recibirá una carta por parte de Health Choice. Esta se conoce como “aviso de determinación de beneficios adversa”.

El aviso de determinación de beneficios adversa le explicará la decisión y la razón por la que esta se tomó. Le informará la ley, norma o política que se utilizó para tomar la decisión. También le informará la fecha en la que se tomó la decisión.

El aviso de determinación de beneficios adversa le explicará cómo solicitar una segunda revisión si no está de acuerdo con nuestra decisión. El aviso de determinación de beneficios adversa le informará cómo continuar con los servicios durante el proceso de apelación. Esta revisión se conoce como apelación. Le diremos cómo continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación. El aviso de determinación de beneficios adversa también le explicará que, si pierde la apelación, deberá pagar la atención que recibió durante el proceso de apelación.

Antes de presentar una apelación, consulte con su médico. Su médico podría tener un plan diferente de atención que puede tener cobertura. El plan de atención puede incluir otro tratamiento que puede recibir, el cual tendrá el mismo resultado para usted.

Si desea conocer los criterios sobre los que se basa la toma de decisiones de beneficios, puede solicitar esa información.

SOLICITUD DE UNA APELACIÓN

Si usted no está de acuerdo con el aviso de determinación de beneficios adversa, puede solicitar una apelación. Puede solicitar la apelación llamando al Departamento de Servicios para Miembros o escribiendo una carta a Health Choice Arizona.

Para presentar una apelación por teléfono:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros, y un representante lo ayudará.
- Tenga a mano su Aviso de acción cuando llame. Esto lo ayudará a obtener toda la información necesaria para atender su asunto.

Para presentar una apelación por escrito:

- Su carta de apelación debe ser enviada directamente a Health Choice Arizona. No envíe su apelación al AHCCCS.
- Envíe su carta a la siguiente dirección:
Health Choice Arizona
Attn: Member Appeals
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Tiene 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de determinación de beneficios adversa enviado por Health Choice Arizona o de la fecha de cualquier acción adversa para presentar su apelación. Health Choice Arizona le enviará una carta que diga que recibimos su solicitud. Esta se enviará dentro de cinco días hábiles.

Usted puede solicitar ver la información que estamos revisando para tomar nuestra decisión. Puede solicitar ver archivos en cualquier momento durante el proceso de apelación.

También puede enviarnos más información si cree que esta nos ayudará con nuestra revisión. Esto incluye que hablemos con las personas que han estado involucradas en su atención, como otro proveedor o un familiar.

Health Choice Arizona hará que alguien que no tenga nada que ver con su primer aviso de determinación de beneficios adversa que negó, limitó o detuvo la atención que dijimos que tendría, revise su expediente.

Tomaremos una decisión acerca de su apelación en un plazo de 30 días.

Luego de que Health Choice haya estudiado su apelación, le enviaremos una carta informándole nuestra decisión. Esta carta contendrá el Aviso de resolución de la apelación.

APELACIÓN ACELERADA

Si no puede esperar 30 días para recibir la decisión, puede pedir a Health Choice que tome una decisión más rápida. Puede solicitar una decisión más rápida si la espera de 30 días pudiera perjudicar gravemente su salud, su vida o su capacidad para alcanzar, recuperar o mantener su nivel máximo de desempeño.

Esto recibe el nombre de apelación acelerada. Este proceso sigue los mismos pasos que una apelación estándar, salvo que la decisión se toma en 72 horas en lugar de 30 días.

Si Health Choice Arizona toma una decisión rápida, intentaremos llamarlo por teléfono en un plazo de 72 horas. Lo llamaremos para informarle sobre nuestra decisión respecto de su apelación.

También recibirá una carta de aviso de resolución de apelación acelerada. Esta carta le informará nuestra decisión.

Si Health Choice Arizona no está de acuerdo con su solicitud de una decisión rápida, la notificación de resolución de la apelación se le enviará en 30 días. Recibirá una carta de Aviso de resolución de apelación que le informará nuestra decisión.

AVISO DE PRÓRROGA

Health Choice Arizona responderá a su solicitud de apelación tan pronto como sea posible. Sin embargo, a veces es mejor para usted que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión.

Le enviaremos una carta si necesitamos más tiempo. Esta carta se conoce como Aviso de extensión. Esto significa que Health Choice Arizona se tomará 14 días más para tomar una decisión. También le informaremos cómo puede presentar una queja si no está de acuerdo con el tiempo adicional que Health Choice necesita.

Si usted necesita más tiempo, puede solicitar una extensión. Esta podría ayudarlo a obtener toda la información que necesita para su apelación.

USO DE UN REPRESENTANTE

Si opta por apelar el aviso de determinación de beneficios adversa, tiene derecho a obtener ayuda. Puede presentar la apelación usted mismo o puede pedirle a alguien que la presente por usted. La persona que lo ayuda es su “representante”. Puede incluir a un familiar, un proveedor o un abogado si lo desea.

El proceso es el mismo, ya sea que usted presente la apelación o que otra persona lo haga por usted. El plazo también es el mismo en cualquiera de los casos.

Cuando Health Choice Arizona le envía el aviso de determinación de beneficios adversa, también le envía una lista de organismos que lo pueden ayudar con su apelación. Si necesita otra lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede recibir ayuda con la presentación de la apelación de parte de un familiar, un amigo, un sacerdote o incluso su médico. Envíenos una carta donde nos indique el nombre de su representante. Infórmenos en la carta que desea permitir que su representante presente la apelación por usted.

Si no tiene a alguien que lo ayude y le gustaría que lo ayudemos a encontrar a alguien, escríbanos una carta.

Para informarnos sobre su representante, envíenos una carta a la siguiente dirección:

Health Choice Arizona
Attn: Member Appeal
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008

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 negarse a recibir atención de proveedores. También tiene derecho a una segunda opinión. Tiene libertad de elección entre los proveedores de la red de Health Choice Arizona.

PAGO POR LOS SERVICIOS

COPAGOS

A algunas personas que reciben beneficios de Medicaid del AHCCCS se les pide pagar copagos por algunos servicios médicos del AHCCCS que reciben.

***NOTA: Los copagos descritos en esta sección hacen referencia a los copagos cobrados a través de Medicaid (AHCCCS). No significa que una persona esté exenta de los copagos de Medicare.**

No se les pide que paguen copagos a las siguientes personas:

- Personas menores de 19 años.
- Personas a quienes se calificó como enfermos mentales graves (SMI).
- Una persona elegible para el programa de Servicios de rehabilitación para niños de acuerdo con A.R.S. §36-2906(E),
- Miembros que necesitan atención de afecciones agudas que viven en casas de reposo o centros residenciales, como un hogar de vida asistida y solamente cuando, en caso contrario, la enfermedad del miembro requeriría hospitalización. La exención de copagos para estos miembros está limitada a 90 días en un año de contrato.
- Personas inscritas en el Sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS).
- Personas que son beneficiarios calificados de Medicare.
- Personas que reciben cuidados paliativos.
- Los miembros indígenas estadounidenses que están activos o son usuarios anteriores del Servicio de Salud Indígena, los programas de salud tribal operados según la Ley Pública 93-638, o los programas urbanos de salud indígena.
- Personas dentro del Programa de tratamiento de cáncer de mama y cervical (BCCTP).
- Personas que reciben servicios de bienestar infantil según el Título IV-B por ser niños en cuidado sustituto o por recibir asistencia de adopción o cuidado sustituto según el Título IV-E sin importar la edad.
- Mujeres embarazadas y durante todo el período de posparto después del embarazo.
- Personas en el grupo de adultos (por tiempo limitado**).

****NOTA: Por tiempo limitado, las personas que son elegibles en el grupo de adultos no tendrán ningún copago. Los miembros del grupo de adultos incluyen personas que pasaron del programa de atención del AHCCCS, así como las personas de entre 19 y 64 años que no tienen derecho a recibir Medicare, que no están embarazadas, y que tienen ingresos iguales o inferiores al 133 % del Nivel federal de pobreza (FPL) y que no son elegibles para el AHCCCS bajo ninguna otra categoría. Se planifican copagos para las personas en el grupo de adultos con ingresos que superen el 106 % del FPL para el futuro. Se les informará a los miembros sobre los cambios en los copagos antes de que se produzcan.**

Además, no se cobran copagos por los siguientes servicios:

- Hospitalizaciones.
- Servicios de emergencia.
- Servicios y suministros para la planificación familiar.
- Atención médica relacionada con el embarazo y para cualquier otra enfermedad que pueda complicarlo, como el tratamiento para dejar de fumar dirigido a embarazadas.
- Servicios preventivos, como exámenes físicos de rutina, pruebas de Papanicolaou, colonoscopias, mamografías y vacunas.
- Servicios prevenibles del proveedor.
- Servicios que se reciben en el departamento de emergencias.

PACIENTES CON COPAGOS OPCIONALES (NO OBLIGATORIOS)

A las personas elegibles para el AHCCCS a través de cualquiera de los programas a continuación se les pueden cobrar copagos no obligatorios, a menos que:

1. estén recibiendo uno de los servicios anteriores por los que no se les puede cobrar un copago;
2. estén 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, un proveedor no puede negar el servicio si el miembro indica que no puede pagar el copago. El proveedor puede cobrar un copago no obligatorio a los miembros en los siguientes programas:

- AHCCCS para familias con hijos (1931).
- Seguro transicional para adultos jóvenes (YATI) para jóvenes que están en cuidado sustituto.
- Asistencia estatal de adopción para niños con necesidades especiales que se adoptan.
- Ingreso suplementario del seguro (SSI) a través de la Administración del Seguro Social para personas mayores de 65 años, no videntes o discapacitadas.
- Asistencia médica de SSI únicamente (SSI MAO) para personas mayores de 65 años, no videntes o discapacitadas.
- Libertad para trabajar (FTW).

Solicite a su proveedor que identifique su elegibilidad para determinar qué copagos puede tener. También puede determinarlo si llama al Departamento de servicios para miembros de Health Choice Arizona. También puede consultar el sitio web de Health Choice Arizona para obtener más información.

A los miembros del AHCCCS con copagos no obligatorios se les puede solicitar que paguen los siguientes copagos no obligatorios por servicios médicos:

MONTOS DE COPAGOS OPCIONALES (NO OBLIGATORIOS) PARA ALGUNOS SERVICIOS MÉDICOS

COPAGO POR	SERVICIOS
Recetas médicas	\$2.30
Servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del	\$2.30
Consultas ambulatorias en el consultorio del médico u otro proveedor para la evaluación y el manejo de su atención	\$3.40

Los proveedores médicos le pedirán que pague estas cantidades, pero NO le negarán los servicios si no puede pagar. Si no puede pagar su copago, informe a su proveedor médico que no puede pagar estos montos para que no se le nieguen los servicios.

PERSONAS CON COPAGOS REQUERIDOS (OBLIGATORIOS)

Algunos miembros del AHCCCS tienen copagos requeridos (u obligatorios), a menos que estén recibiendo uno de los servicios anteriores para los que no pueda cobrarse un copago o a menos que estén en uno de los grupos anteriores a los que no se les puede cobrar un copago. Los miembros con copagos requeridos deberán pagar los copagos a fin de obtener los servicios. Los proveedores pueden negar los servicios a estos miembros si no pagan los copagos obligatorios. Los copagos obligatorios se cobran a las personas de familias con hijos que ya no son elegibles debido a los ingresos, también conocidos como Asistencia médica de transición (TMA).

Los adultos con TMA tienen que pagar copagos requeridos (u obligatorios) para algunos servicios médicos. Si está en el Programa TMA ahora o si es elegible para recibir beneficios de TMA más adelante, el aviso del Departamento de Seguridad Económica (DES) o AHCCCS se lo informará. Los copagos para los miembros con TMA se indican a continuación.

MONTOS DE COPAGOS REQUERIDOS (OBLIGATORIOS) PARA PERSONAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DE TMA

COPAGO POR	SERVICIOS
Recetas médicas	\$2.30
Consultas ambulatorias en el consultorio del médico u otro proveedor para la evaluación y el manejo de su atención	\$4.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$3.00
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios voluntarios o que no son de emergencia	\$3.00

Los farmacéuticos y proveedores médicos pueden negar los servicios si no se pagan los copagos.

LÍMITE DEL 5 % EN TODOS LOS COPAGOS

La cantidad de copagos totales no puede superar el 5 % de los ingresos totales de la familia (antes de impuestos y deducciones) durante un trimestre calendario (de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre). El límite del 5 % se aplica tanto a los copagos nominales como a los requeridos.

La administración del AHCCCS hará un seguimiento de los niveles de copago específicos de cada miembro para identificar a aquellos que han alcanzado el límite de copago del 5 %. Si usted cree que el total de copagos que ha pagado supera el 5 % de los ingresos trimestrales totales de su familia y que el AHCCCS no le ha comunicado que esto ha sucedido, debe enviarnos copias de los recibos u otra prueba que indiquen cuánto ha pagado al AHCCCS, 801 E. Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034.

Si está en este programa, pero sus circunstancias han cambiado, comuníquese con el DES local para pedir que revisen su elegibilidad. Los miembros siempre podrán solicitar una reevaluación de su límite del 5 % si las circunstancias han cambiado.

OTRO SEGURO

Puede que tenga otro seguro además del AHCCCS. Esto se denomina seguro primario. Por ley, el AHCCCS es el pagador de último recurso. Debe informarle al AHCCCS y a Health Choice si tiene otro seguro. Esto incluye a Medicare.

Si obtiene otro seguro mientras usted está en el plan, debe informarlo al AHCCCS y a Health Choice. Su otro seguro pagará siempre primero. Luego Health Choice pagará su parte. Esto significa que su proveedor le facturará al otro seguro primero. Health Choice le ayudará a coordinar sus beneficios del AHCCCS con su otro seguro. Otro seguro o Medicare pueden afectar sus montos de copago, coseguro o deducible.

Si tiene Medicare u otro seguro, escoja a un médico perteneciente a la red de Health Choice Arizona. Los médicos que no sean parte de nuestra red necesitarán comunicarse con nosotros para recibir una aprobación previa. Si recibe servicios de un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted debe pagar el copago, coseguro o deducible. Lleve todas sus tarjetas de seguro cuando vaya a una consulta médica. Informe a su médico y a nosotros si usted o su familia tienen otro seguro médico, incluyendo Medicare. Esto ayuda a que el consultorio de su médico sepa a quién facturar.

BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Las personas aptas para el AHCCCS y Medicare se llaman beneficiarios con “doble elegibilidad”.

Si usted tiene Medicare, Health Choice puede ayudarle a pagar su coseguro y deducibles de Medicare (también llamados “costos compartidos”). Sin embargo, el AHCCCS y Health Choice NO pagan medicamentos pagados por la Parte D de Medicare ni el costo compartido de estos medicamentos.

Si usted está inscrito en un Plan de atención administrada de Medicare (HMO), busque un PCP que sea tanto parte de su HMO Medicare como de la red Health Choice. Debe usar un proveedor de Health Choice para cualquier otro servicio que reciba.

Si necesita ayuda para encontrar un PCP o proveedor que pertenezca a la red de Health Choice, llámenos. Con gusto le ayudaremos.

Si tiene Medicare, Health Choice se convertirá en su proveedor de servicios de salud conductual.

BENEFICIARIOS DE MEDICARE CALIFICADOS (QMB)

Algunos beneficiarios con doble elegibilidad cumplen los requisitos para ser considerados beneficiarios de Medicare calificados (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB). Si usted es un miembro QMB puede recibir más ayuda con el costo compartido por servicios que normalmente no son cubiertos por el AHCCCS y no son proporcionados por un proveedor de Health Choice. Llámenos y le ayudaremos a entender sus beneficios.

PAGOS POR SERVICIOS CUBIERTOS POR HEALTH CHOICE

Contamos con muchos médicos en nuestra red para que escoja. Si tiene Medicare u otro seguro, escoja a un médico perteneciente a la red de Health Choice Arizona.

Los médicos que no sean parte de nuestra red necesitarán comunicarse con nosotros para recibir una aprobación previa. Si no aprobamos la atención o servicio, no podremos pagar a los médicos fuera de la red. Usted solo deberá pagar el copago obligatorio para todos los servicios cubiertos. Para más información sobre copagos, consulte la página 53.

Su proveedor debe enviar todas las facturas por servicios cubiertos a Health Choice. Si recibe una factura por un servicio cubierto:

- Llame al proveedor inmediatamente.
- Entréguele a este toda la información del seguro.
- Asegúrese de que el proveedor tenga la dirección de facturación de Health Choice.
- No pague usted la factura. No podemos reembolsarle por los servicios cubiertos. Si recibe servicios que no son emergencias fuera de Arizona, es posible que usted tenga que pagar la factura.

Si continúa recibiendo facturas tras darle al proveedor la información del plan de salud, llame al Departamento de servicios para miembros. Nosotros revisaremos sus cargos. Coordinaremos con su proveedor para que este deje de enviarle las facturas.

NOTA: Usted no debe pagar los servicios cubiertos después de que se haya inscrito en Health Choice Arizona, puesto que no podremos reembolsar el dinero. Nosotros solo pagamos a los proveedores directamente por sus servicios.

Háganos saber si recibe una factura o si ha pagado por servicios cubiertos. Coordinaremos con su proveedor para que nos facturen a nosotros y le devuelvan su dinero.

PAGOS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS POR HEALTH CHOICE

Puede preguntar a un proveedor acerca de un servicio que no sea un beneficio cubierto. El proveedor le dirá el costo del servicio. Usted puede decidir si desea pagar por este servicio como costo a su cargo.

Si decide pagar ese servicio, tendrá que firmar una declaración por escrito aceptando pagar los costos del servicio. Health Choice no le reembolsará los servicios que no estén cubiertos.

Si tiene que pagar un copago para recibir un servicio que no esté cubierto, deberá pagarlo por su cuenta. Health Choice no pagará este copago.

El AHCCCS no paga los barbitúricos utilizados para tratar la epilepsia, el cáncer o los problemas de salud mental ni cualquier benzodiacepina para miembros con Medicare. La ley federal exige que esos medicamentos sean pagados por Medicare.

Algunos de los nombres comunes de benzodiacepinas y barbitúricos son:

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE DE MARCA
Alprazolam	Xanax
Diazepam	Valium
Lorazepam	Ativan
Clorazepato dipotásico	Tranxene
Clorhidrato de clordiazepóxido	Librium
Clonazepam	Klonopin
Oxazepam	Serax
Temazepam	Restoril
Flurazepam	Dalmane
Fenobarbital	Fenobarbital
Mebaral	Mefobarbital

El AHCCCS paga para los miembros de Medicare los barbitúricos que no se usen para tratar la epilepsia, el cáncer o problemas de salud mental.

Si tiene alguna pregunta, llámenos. Con gusto le ayudaremos.

QUEJAS FORMALES (RECLAMOS)

Si tiene una inquietud con respecto a cualquier parte de su atención médica o si desea presentar un reclamo acerca de Health Choice, comuníquese con el Departamento de servicios para miembros. El problema o inquietud por el cual llame será tratado como una queja formal (otra palabra para reclamo).

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si no está satisfecho con alguna atención médica que haya recibido, tiene derecho a presentar una queja formal. También puede presentar una queja formal acerca de Health Choice Arizona. Esta le da la oportunidad de contarnos sus inquietudes.

Puede presentar una queja formal por cuestiones relacionadas con la atención médica, como:

- la puntualidad;
- si el tratamiento de salud es adecuado o no;
- el acceso a la atención médica;
- la calidad de la atención médica;
- la actitud del personal o
- faltas de respeto;
- la idoneidad de las cartas de aviso de acción;
- cualquier otro tipo de problema que haya podido tener con el servicio de atención médica;
- cualquier otro tipo de problema que haya podido tener con su plan de salud.

Puede presentar una queja formal por teléfono o por escrito.

Para presentar una queja formal por teléfono:

- Llame al Departamento de servicios para miembros y nosotros le ayudaremos.
- El representante le preguntará acerca de su inquietud. Esto lo ayudará a obtener toda la información necesaria para atender su asunto.
- Dígle al representante la fecha en la que ocurrió el problema y cualquier otro hecho relacionado con el tema.

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 estudiará cuidadosamente su inquietud. Estamos aquí para ayudarlo. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle más información o que conversemos con otras personas involucradas en su atención. Una vez que la revisión esté completa, le enviaremos una carta en la que se le informará el resultado.

Tenga en cuenta lo siguiente: También tiene derecho a contactar al Departamento de Gestión Médica de AHCCCS si siente que Health Choice no ha resuelto sus preocupaciones concernientes a la idoneidad de una carta sobre el aviso de determinación de beneficios adversa (también descrito en la sección “Apelaciones”). Puede comunicarse con el Departamento de gestión médica del AHCCCS al 602-417-4000 o por escrito al AHCCCS, Attn: Medical Management Department, 701 E. Jefferson Street, Phoenix, AZ 85034

AUDIENCIA ESTATAL JUSTA

DERECHO DE LOS MIEMBROS A SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL JUSTA

Si no está satisfecho con la decisión tomada por Health Choice respecto a su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia. A esto se le llama Audiencia estatal justa.

Se incluirá información acerca de cómo solicitar una Audiencia estatal justa en la carta de Aviso de resolución de la apelación (o del Aviso de resolución de la apelación acelerada).

El proceso de la Audiencia estatal justa ofrece una oportunidad para que un juez de derecho administrativo atienda su solicitud. Debe solicitar la Audiencia estatal justa por escrito. Tiene un plazo de 30 días a partir de la fecha en que reciba la carta del aviso de resolución de la apelación (o de aviso de resolución de la apelación expedita) para solicitar una audiencia estatal justa.

Para solicitar una Audiencia estatal justa por escrito:

Health Choice Arizona
Atención: Member Appeals
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Después de solicitar una Audiencia estatal justa recibirá un Aviso de audiencia. Este aviso le explicará la ley, regla o política que se aplicará en la audiencia. El aviso indicará la hora y el lugar en que tendrá lugar la audiencia.

Recibirá información acerca del proceso de la audiencia. En la audiencia tendrá derecho a hablar en su nombre.

Puede permitir por escrito que un abogado, familiar, amigo u otra persona lo representen en la audiencia.

Antes y durante la audiencia, usted y la persona que lo ayude podrán ver la documentación que se usará en la audiencia.

Puede traer a alguien a la audiencia que conozca su caso. También puede traer información sobre su caso a la audiencia.

QUÉ ESPERAR DE LA AUDIENCIA ESTATAL JUSTA

Un juez de derecho administrativo presidirá la Audiencia estatal justa. El juez escuchará todo lo que se diga en la audiencia. El juez además leerá todos los documentos.

Después de la audiencia, el juez enviará una Recomendación de decisión al AHCCCS.

El AHCCCS leerá la decisión recomendada y la aceptará, cambiará o rechazará. El AHCCCS le enviará una carta informándole la decisión. Esta carta se llama Decisión del director.

Esta le informará si perdió o ganó la audiencia. La carta le indicará el motivo de la decisión del AHCCCS. La carta le informará si tiene más derechos de apelación.

El AHCCCS enviará la decisión del director cerca de 90 días después de su audiencia estatal justa. En el caso de las apelaciones rápidas, recibirá la Decisión del director tres días hábiles después de que el AHCCCS reciba toda la información de Health Choice.

Si pierde la Audiencia estatal justa, la Decisión del director también le informará si tiene que pagar la atención recibida durante el proceso de dicha audiencia.

RECEPCIÓN DE BENEFICIOS CONTINUOS

Puede continuar recibiendo atención durante los procesos de apelación y audiencia estatal justa si se aplica **todo** lo siguiente

- Health Choice Arizona detiene o limita la atención ya aprobada.
- Su médico indicó la atención.
- El período de tiempo desde que aprobamos su atención no se ha cumplido.
- Solicita seguir obteniendo atención.
- Nos envía su apelación antes de que detengamos o limitemos el tratamiento o dentro de los diez días a partir de la fecha del aviso de determinación de beneficios adversa, lo que suceda último.

Continuará recibiendo la atención **hasta** que pase lo siguiente:

- Pida que se detenga la apelación o la audiencia.
- No solicita la atención continuada o una audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha en que le enviamos el Aviso de resolución de la apelación.
- Pierde la Audiencia estatal justa.
- El período de tiempo para el cual aprobamos su atención ya terminó.

Nota: Tendrá que pagar por toda la atención que reciba si pierde la apelación o tiene una audiencia estatal justa.

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

Como miembro de Health Choice Arizona, usted tiene derecho a lo siguiente:

- 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 negarse a recibir atención de proveedores.
- También tiene derecho a una segunda opinión.
- Tiene libertad de elección entre los proveedores de la red de Health Choice Arizona.
- Presentar quejas acerca de Health Choice. No le pueden negar servicios por presentar una queja.
- Solicitar información sobre la estructura y el funcionamiento de Health Choice o de sus subcontratistas.
- Solicite información sobre si Health Choice Arizona tiene o no Planes de acción médica (PIP) que afectan el uso de los servicios de remisión, el derecho a conocer los tipos de acuerdos

de compensación de los usos de Health Choice Arizona, el derecho a saber si se requiere un seguro limitador de pérdida y el derecho a conocer un resumen de los resultados de las encuestas a miembros, de acuerdo con la reglamentación de PIP.

- Ser tratado de manera justa cuando reciba atención médica. Esto significa que usted tiene acceso por igual a todos los servicios de Health Choice Arizona. Health Choice no discrimina a ningún miembro con base en la raza, el color, la nacionalidad de origen, alguna discapacidad, el sexo, la religión, la edad, la capacidad de pago ni el género.

SU PRIVACIDAD

La privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Queremos conservar la privacidad y la confidencialidad de sus registros.

Por ejemplo, verificamos todas las llamadas entrantes. Nuestro personal de Servicios para miembros hablará sobre su atención únicamente con usted o la persona que usted autorice. Una persona autorizada es alguien con quien usted nos indica que podemos hablar, como un familiar o un amigo cercano, tutor legal o alguien con poder para asuntos médicos.

Ayúdenos a saber con quién podemos conversar acerca de la atención médica. Llame a Servicios para miembros para comunicar esta información sobre un familiar o amigo. O envíenos copias de cualquier orden judicial u otro documento legal que indique quién es la persona autorizada. Nosotros actualizaremos nuestros registros para incluir a las personas que usted indique. Puede obtener más información sobre cómo obtener los documentos que indiquen quiénes pueden actuar en su nombre. Revise la sección “Instrucciones anticipadas” en la página 22.

Además, Health Choice Arizona tiene políticas vigentes para proteger su privacidad. Una de estas políticas describe nuestro Aviso de prácticas de privacidad (Aviso). Este Aviso explica cómo manejamos y protegemos su información médica. Asimismo, explica sus derechos sobre su información médica. Puede ver el Aviso en nuestro sitio web o llamar al Departamento de servicios para miembros para decirnos si desea una copia impresa. Se los enviaremos sin costo alguno para usted.

¿Es privada mi información de salud conductual?

Existen leyes sobre quién puede ver su información de salud conductual con o sin su permiso. El tratamiento de abuso de sustancias y la información sobre enfermedades contagiosas (por ejemplo, sobre VIH/SIDA) no se pueden compartir con otras personas sin su permiso por escrito.

Para ayudar a organizar y pagar por su atención, hay momentos en que se comparte su información sin obtener primero su permiso por escrito. Esto puede incluir el intercambio de información con las siguientes entidades y personas:

- Médicos y otros organismos que prestan servicios sociales, de salud o de bienestar;
- Su proveedor de servicios médicos de atención primaria;

- Ciertas agencias estatales y escuelas, en conformidad con la ley, que están involucradas en su cuidado y tratamiento, según sea necesario; y
- Miembros del equipo clínico* involucrados en su atención.

En otras ocasiones, puede ser útil compartir su información de salud conductual con otras agencias estatales, como las escuelas. Es posible que se necesite obtener su permiso por escrito antes de que se comparta su información.

*Los equipos clínicos incluyen tanto los equipos familiares y de recuperación de niños y adultos.

- Obtener una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado dentro de la red u obtener una segunda opinión fuera de la red sin costo alguno para usted si no hay otras opciones adecuadas dentro de la red.

DERECHOS DE LOS MIEMBROS (continuación)

- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de una manera adecuada de acuerdo a su afección y de manera que usted pueda comprenderla.
- Crear un plan que les indique a los proveedores de atención médica el tipo de tratamiento que desea o que no desea, si está demasiado enfermo para tomar decisiones en cuanto a la atención de su salud. Esto se conoce como “instrucción anticipada”. Nosotros podemos proporcionarle información que le ayude a redactar sus propias instrucciones anticipadas. Consulte la página 22 para obtener más información.
- Usted tiene derecho a recibir información adicional, como:
 - Información sobre cómo obtener servicios de emergencia y servicios fuera del horario de atención.
 - Información sobre las opciones de tratamiento disponibles (incluida la opción de no someterse a ningún tratamiento).
 - Información sobre autorizaciones previas, derivaciones o cualquier procedimiento especial necesario para recibir los servicios médicos.
 - Información sobre cómo obtener servicios para la salud mental y el abuso de sustancias.
 - Información sobre cómo obtener servicios fuera del área de servicio de Health Choice Arizona.
 - Información sobre cómo obtener servicios cubiertos que no son ofrecidos o no están disponibles a través del plan de salud.
 - Información sobre el derecho a obtener servicios de planificación familiar de parte de un proveedor registrado apropiado.
 - Una descripción de cómo la organización evalúa la nueva tecnología para incluirla como un beneficio cubierto.
 - Tiene derecho a obtener información sobre quejas formales, apelaciones y solicitudes de audiencia.
 - Revisar su historia clínica. Tiene derecho a solicitar una copia de sus registros médicos por lo menos una vez al año. Es sin costo para usted.
 - Tiene derecho a recibir una respuesta escrita de Health Choice en un plazo de 30 días a partir de la presentación de su solicitud.
 - Si esta es denegada, tiene derecho a que le informemos el porqué de nuestra negativa.
 - Tiene derecho a solicitar la revisión de la denegación, según lo establecido en 45 CFR Parte 164.
 - Usted tiene derecho a modificar o corregir sus registros médicos.
- Solicitar restricciones.
- Comunicaciones privadas.

- Llevar la cuenta de las divulgaciones.
- Una copia en papel de la Notificación de prácticas de privacidad. Consulte la sección “Su privacidad” de este manual para obtener más información.
- Solicite información acerca de Health Choice, como:
 - El Programa de incentivos para médicos del plan: Esto significa que usted puede hacer preguntas sobre las maneras en que el plan de salud les paga a nuestros proveedores.
 - Si es necesario un seguro limitador de pérdida.
 - Los resultados de las encuestas a los miembros para el plan de salud.
- Obtener los servicios de atención médica de acuerdo con el acceso a la atención y las normas de calidad.
- Tener la seguridad de que Health Choice no hará nada en su contra si usted decide hacer uso de cualquiera de sus derechos.
- Estar libre de toda forma de control o aislamiento usado como medio de fuerza, autoridad, conveniencia o represalia. Esto significa que usted no puede ser retenido en contra de su voluntad. No lo pueden obligar a hacer algo que no quiera hacer.
- Recibir información sobre beneficiarios y el plan.
- Tener privacidad y ser tratado con respeto y dignidad.
- Tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye aceptar un tratamiento. También puede incluir el derecho a rehusarse a recibir tratamiento.
- Recibir servicios y materiales en un medio que le ayude a comprender. Esto puede incluir ayuda relacionada con lo siguiente:
 - **Necesidades de idioma:** Esto incluye que le traduzcan información a su propio idioma. Nosotros podemos ayudarle a encontrar proveedores que hablen su idioma. Si su proveedor no habla su idioma, podemos proporcionarle un intérprete para sus citas médicas. Esto se proporcionará sin costo para usted. Llame al Departamento de servicios para miembros para obtener más información.
 - **Necesidades visuales:** Estas pueden incluir material grabado, como discos compactos, o material en sistema Braille. También puede pedir el material impreso en letra más grande. Esto se proporcionará sin costo para usted. Llame al Departamento de servicios para miembros para obtener más información.
 - **Necesidades auditivas:** Si tiene problemas auditivos, puede llamar a los Servicios de retransmisiones de Arizona al 711. Este servicio telefónico de retransmisión, o TTY/TDD, es un servicio público gratuito. Es sin costo para usted. También podemos proporcionarle un intérprete de lenguaje de señas para sus citas médicas. Esto se proporcionará sin costo para usted. Llame al Departamento de servicios para miembros para obtener más información.
- Asistir a cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.

FRAUDE Y ABUSO

Health Choice se compromete a detectar, informar y prevenir casos de fraude y abuso.

Fraude: la ley federal ([42 CFR 455.2](#)) lo define como “engaño o tergiversación intencional realizada por una persona que tiene conocimiento de que esto podría provocar algún beneficio no autorizado para sí misma u otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude bajo la ley federal o estatal correspondiente”.

Un ejemplo de **fraude cometido por un proveedor** es un cuando un médico factura servicios que no se le han dado o que usted no necesita. Un ejemplo de **fraude cometido por un miembro** es compartir, vender o dar una tarjeta de identificación de AHCCCS a otra persona.

El **abuso** se define en la ley federal ([42 CFR 455.2](#)) como “aquellas prácticas del proveedor que son incoherentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas válidas y que tienen como consecuencia un costo innecesario para el programa de Medicaid o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen las normas profesionales reconocidas para la atención médica. También incluye las prácticas del beneficiario que resulten en un costo innecesario para el programa de Medicaid”.

El **abuso** incluye cualquier práctica que no siga las leyes o normas. También puede significar abuso físico, mental, sexual o negligencia de un miembro.

Si comete fraude o abuso, será pasible de penalizaciones de acuerdo con la ley.

Si sospecha de fraude o abuso por parte de un proveedor, un miembro u otra persona, por favor infórmenos. Para informar fraude y abuso, puede hacer lo siguiente:

- Llame al Departamento de servicios para miembros y solicite hablar con el Departamento de cumplimiento normativo.
- Escriba una carta y envíela a esta dirección:

Health Choice Arizona
Attn: Compliance Department
410 North 44th Street
Suite 900
Phoenix, AZ 85008

También puede llamar a nuestra línea de alerta para informar sobre cualquier problema o inquietud: 877-898-6080. Usted no perderá beneficios médicos por reportar un fraude o abuso. Mantendremos su informe privado hasta donde lo permita la ley.

DEJAR DE FUMAR

¿QUIERE DEJAR DE FUMAR O ABANDONAR EL HÁBITO DEL TABACO?

Si fuma o usa tabaco, una de las mejores maneras de estar saludable es dejarlo. El uso de tabaco lo pone en mayor riesgo de sufrir cáncer, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares e incluso problemas sexuales. Los riesgos son aún mayores si tiene diabetes o sobrepeso, o si tiene otros problemas médicos.

Una mamá embarazada que fuma también pone en riesgo la salud de su bebé nonato. Los estudios muestran que los medicamentos, los productos que ayudan a dejar de fumar, la orientación, el apoyo y el cambio de hábitos pueden ayudarle a dejarlo.

DÉ EL PRIMER PASO:

- Decida dejar de fumar y ponga una fecha.
- Obtenga el apoyo de su familia y de sus amigos.
- Deje de fumar junto con un amigo o compañero.
- Obtenga ayuda de su médico.
- Llame a Health Choice Arizona y la línea de ayuda telefónica para fumadores de Arizona (ASH Line) 800-556-6222 o visite el sitio web www.ashline.org o azdhs.gov/tobaccofreeaz/.
- La línea de ayuda ASH le puede dar muestras gratis de productos de ayuda para dejar de fumar. La línea ASH también puede proporcionarle orientación y apoyo para ayudarlo a dejar el hábito.

Health Choice además cubre ciertos productos de ayuda para dejar el hábito si su médico los prescribe. Solicite a su médico más información.

Queremos preservar su salud en todo momento. Llámenos y pídanos hablar con un administrador de casos de Health Choice para ayudarlo a dejar de fumar.

RECURSOS COMUNITARIOS

AGENCIA	TELÉFONO	SITIO WEB
Línea directa para casos de abuso de adultos (División de servicios para ancianos y adultos)	602-542-4446 877-SOS-ADULT 877-767-2385 (gratuito) TTY 877-815-8390	www.azdes.gov/aging/
Programa de intervención temprana de Arizona (AZEIP)	480-303-4407 o 800-322-8670 (gratuito)	www.azdes.gov/AZEIP/
Certificados de nacimiento y de defunción	602-364-1300 888-816-5907 (gratuito)	www.azdhs.gov/vital-records/
KidsCare- Programa de seguro médico para niños (CHIP) de Arizona	Condado de Maricopa: 602-417-5437 En todo el estado: 877-764-5437 (gratuito)	www.azahcccs.gov/applicants/categories/KidsCare.aspx
Programa integral de asistencia nutricional (SNAP)	602-542-9935 o 800-352-8401 (gratuito)	www.azdes.gov/nutrition_assistance/

AGENCIA	TELÉFONO	SITIO WEB
Arizona 2-1-1 Servicios de información comunitaria y derivación	2-1-1 o 877-211-8661 (Número gratuito)	www.cir.org/
Conexión de trabajadores de Arizona	602-542-2460	www.arizonaworkforceconnection.com/
Head Start en Arizona	480-557-9607	www.azheadstart.org/
Oficina de salud de la mujer y el niño del Departamento de servicios de salud de Arizona	602-364-1400	www.azdhs.gov/phs/owch/index.htm
Health-e-Arizona Plus	1-855-432-7587	www.healthearizonaplus.gov
Medicaid – AHCCCS (Sistema de control de costos para la atención de la salud de Arizona)	Condado de Maricopa: 602-417-4000; Estatad (Número gratuito) 800-962-6690 TDD: 602-417-4191	www.azahcccs.gov/
Alianza nacional sobre salud mental	602-244-8166	www.namiaz.com/
Control toxicológico	800-222-1222 (gratuito)	www.pharmacy.arizona.edu/centers/ arizona-poison-drug-information-c enter
Prevención del abuso infantil de Arizona	928-445-5038	www.pcaaz.org/
División de discapacidades del desarrollo (DDD)	602 542-0419 866-229-5553 (Número gratuito)	www.azdes.gov/ddd/
Departamento de servicios de salud de Arizona	602-542-1025	www.azdhs.gov/index.php

AGENCIA	TELÉFONO	SITIO WEB
Seguro de desempleo	Phoenix: 602-364-2722 Tucson: 520-791-2722 877-600-2722 (gratuito) TDD: 877-877-6226 (gratuito)	www.azui.gov/
División de abuso de sustancias del Departamento de servicios humanos de Arizona	602-542-1025	www.azdhs.gov/bhs/index.htm
Línea ASH para dejar de fumar de Arizona	800-556-6222	www.ashline.org/about-ASHLine
WIC (Programa para mujeres, bebés y niños)	602-542-1025	www.azdhs.gov/azwic/
Departamento de seguridad económica de AZ	(602) 542-4791	Azlinks.gov
The Arizona Partnership for Immunization (TAPI)	602-288-7568	www.whyimmunize.org
Arizona Coalition to End Sexual and Domestic Violence	602-279-2900	www.azcadv.org

PROGRAMA HEAD START

Head Start es un programa preescolar para niños. Head Start puede ayudarle a preparar a su hijo para el jardín de infantes.

Hay muchos programas Head Start en Arizona. La mayoría de los programas exige que el niño tenga 4 años cumplidos al 1 de septiembre para poder ser inscrito en el año escolar.

Algunos programas aceptan niños menores de 4 años. El programa proporciona:

- Educación en la primera infancia
- Comidas y refrigerios nutritivos
- Servicio social para las familias
- Ayuda para niños con necesidades especiales

Para obtener más información acerca de Head Start, visite el sitio web de Head Start: AZHeadStart.org.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE ARIZONA (AZEIP)

Este programa proporciona apoyo y servicios para las familias de los niños recién nacidos a 3 años de edad, con discapacidades o retrasos del desarrollo. El objetivo del programa es dar apoyo para el crecimiento, desarrollo y aprendizaje de estos niños.

Hable con el médico de su hijo si tiene inquietudes con respecto al modo en que su hijo juega, aprende, se comunica, se mueve, ve o escucha.

¿Qué hace el AzEIP? El Programa de Intervención Temprana de Arizona:

- Escuchará las inquietudes, esperanzas, prioridades y preguntas de su familia.
- Responderá sus preguntas y le dará más información sobre la intervención temprana.
- Lo ayudará a descubrir la mejor manera de que su hijo aprenda, se comunique, se mueva y juegue.
- Proporcionará información y apoyo para satisfacer las necesidades únicas de su familia.
- Identificará recursos en su comunidad que coincidan con sus prioridades e inquietudes.

OTROS SERVICIOS

SERVICIOS DEL ADMINISTRADOR DE CASOS

Un administrador de casos es un profesional especialmente capacitado que puede ayudarle a entender su afección. El administrador de casos puede ser un trabajador social capacitado o un enfermero.

Si tiene necesidades especiales, le asignaremos un administrador de casos. Su administrador de casos puede trabajar de cerca con su médico.

El administrador de casos puede ayudarle a administrar sus medicamentos o encontrar recursos para cosas como alimentos y vestimenta. Los administradores de casos pueden ofrecer además el soporte y la educación que necesita para ayudarle a mantenerse saludable.

El administrador de casos puede ayudarle a asegurarse de que obtendrá los mejores servicios.

Si tiene alguna duda o le gustaría solicitar un administrador de casos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

SERVICIOS DE MANEJO DE ENFERMEDADES

El manejo de enfermedades es un servicio que puede ayudarle con ciertos problemas de salud, como la presión arterial alta, la diabetes o el asma.

Tenemos especialistas capacitados que pueden enseñarle a controlar mejor sus afecciones.

Nuestros enfermeros y coordinadores trabajarán con usted para ayudarle a mantenerse saludable, educarle sobre su afección y encontrar los servicios adecuados.

Podemos llamarlo por teléfono o enviarle información valiosa.

Si desea saber más acerca del manejo de enfermedades, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Estamos siempre a sus órdenes.

PROGRAMA DE PROVEEDORES SELECCIONADOS

Este programa es para miembros que necesitan ayuda para aprender a utilizar los servicios médicos con sabiduría y seguridad. Existen algunos motivos por los cuales se lo incluye en el programa. Un administrador de casos lo ayudará a obtener la atención necesaria. Solo puede ir a un médico o farmacia para obtener los servicios. Puede abandonar el programa si no existe motivo para estar en él y si ha utilizado un médico primario durante doce meses consecutivos.

SERVICIOS PARA LA VISIÓN

Los servicios para la visión de rutina y de emergencia están cubiertos para miembros menores de 21 años. No necesita derivación para los servicios para la visión.

Los servicios para la visión incluyen:

- Exámenes oculares
- Pruebas oculares
- Exámenes de laboratorio.

Este servicio tiene algunas limitaciones. La cobertura depende de su estado en Health Choice. Los siguientes proveedores pueden ayudarle con los servicios para la visión:

- Oftalmólogos autorizados
- Optometristas
- Ópticos
- Clínica óptica

Debe atenderse con un proveedor que pertenezca a la red de Health Choice Arizona. Consulte una lista de proveedores de servicios para la visión en su directorio de proveedores.

Llámenos si tiene preguntas o necesita ayuda. Estamos siempre a sus órdenes.

Nota: Los auxiliares visuales sólo están cubiertos para niños de hasta 21 años de edad. Esto incluye los marcos, lentes y lentes de contacto.

RECURSOS DE DEFENSORÍA

Existen recursos adicionales a su disposición. A continuación se presenta una lista de recursos adicionales para usted. Para obtener ayuda o más información, comuníquese con el Departamento de servicios para miembros.

Division of Aging and Adult Services

State of Arizona
1789 W. Jefferson, Site Code 950A
Phoenix, AZ 85007
Teléfono: 602-542-4446

Area Agency on Aging

1366 E. Thomas Rd. Suite 108
Phoenix AZ, 85014
Teléfono: 602-264-2255
Número gratuito: 888-783-7500
Fax: 602-230-9132
www.aaaphx.org

Arizona Bridge to Independent Living (ABIL)

5025 East Washington Street, Suite 200
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: 602-256-2245
Número gratuito: 800-280-2245
www.abil.org

Division of Aging and Adult Services

State Long Term Care
Ombudsman
1789 W. Jefferson St. Site 950A
Phoenix, AZ 85007
www.azdes.gov/daas/

**National Alliance on Mental Illness
(Alianza nacional sobre
enfermedades mentales, NAMI)**

5025 E Washington St. Ste. 112
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: 602-244-8166
Fax: 602-252-1349
www.nami.org

**Arizona Coalition Against
Sexual and Domestic Violence
(Organismo contra la
violencia sexual y doméstica
de Arizona)**

2800 N Central Ave. Ste. 1570
Phoenix, AZ 85004
Teléfono: 602-279-2900
Número gratuito:
1-800-782-6400

<http://www.acesdv.org>

AYUDA LEGAL

Arizona Center for Disability Law (Centro de Arizona para la ley de discapacidad)

5025 E. Washington Street, Suite 202

Phoenix, AZ 85034

Teléfono: 602-274-6287 (voz o TTY)

Número gratuito:

800-927-2260

Fax: 602-274-6779

www.acdl.com

Community Legal Services, Inc.

305 South 2nd Avenue

P.O. Box 21538

Phoenix, AZ 85036-1538

Teléfono: 602-258-3434

Número gratuito:

800-852-9075 www.clsaz.org

TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Acción: una acción de Health Choice Arizona implica lo siguiente:

- La negación o autorización limitada de un servicio que usted o su médico han solicitado.
- La reducción, suspensión o finalización de un servicio existente.
- La negación del pago de un servicio, ya sea de manera total o parcial.
- La falta de prestación de servicios de manera oportuna.
- El incumplimiento de ciertos plazos para los reclamos y las apelaciones.
- La negación de la solicitud de un miembro rural para obtener servicios fuera de la red cuando Health Choice Integrated Care es el único plan de salud en el área.

AHCCCS: significa Sistema de Contención de Gastos Médicos de Arizona, es la agencia estatal que administra el programa Medicaid en Arizona con fondos federales y estatales. El AHCCCS contrata planes de atención médica administrada para prestar servicios médicos a miembros elegibles.

Resolución de la apelación: es la determinación por escrito de Health Choice Arizona sobre una apelación.

Autorización: es una aprobación de su médico o plan de salud antes de recibir otros servicios de atención médica que incluyen, por ejemplo, exámenes de laboratorio y radiología y consultas a especialistas y otros proveedores de atención médica (consulte “remisión”).

Copago: es un pequeño monto de dinero que paga cuando recibe determinados servicios cubiertos.

Emergencia: es una situación médica que podría ocasionar problemas de salud graves o incluso la muerte si no se trata de inmediato.

Equipo médico duradero (DME): es equipo que:

- puede utilizarse una y otra vez;
- se utiliza básicamente con un fin médico;
- en general no es útil para una persona cuando no está enferma o lesionada;
- se utiliza fácilmente en el hogar.
- Algunos ejemplos son muletas, sillas de ruedas y andadores.

Planificación familiar: hace referencia a los servicios educativos y de tratamiento para un miembro que voluntariamente opta por demorar o evitar el embarazo.

Reclamo: es cualquier expresión escrita o verbal de insatisfacción por una cuestión que no es una acción, según se define en este Manual, de un miembro o proveedor autorizado por escrito para actuar en nombre del miembro. Un reclamo puede presentarse oralmente o por escrito a cualquier miembro del personal de Health Choice Arizona. Los reclamos incluyen, por ejemplo, cuestiones con respecto a lo siguiente:

- la calidad de la atención o los servicios;
- la accesibilidad o disponibilidad de los servicios;
- Relaciones interpersonales (p. ej., descortesía de parte de un proveedor o empleado, barreras culturales o insensibilidad)
- reclamaciones o facturación;
- falta a los derechos de un miembro.

Sistema de reclamos: es un sistema que incluye un proceso para reclamos de los afiliados, apelaciones de los afiliados, disputas sobre reclamaciones de proveedores y acceso al sistema de audiencia estatal justa.

Atención de maternidad: incluye asesoría médicamente necesaria para preconcepción, el embarazo, pruebas de atención prenatal, servicios de trabajo de parto y parto, así como atención después del parto.

Médicamente necesario: es aquel servicio cubierto que evitará la enfermedad, discapacidad y otros problemas adversos de salud o su evolución, o que prolongará la vida.

Transporte médicamente necesario: se refiere al servicio que lo lleva hacia y desde los servicios médicos necesarios.

Aviso de acción: es una medida tomada si Health Choice Arizona decide que no puede aprobarse el servicio solicitado; o si se reduce, suspende o finaliza un servicio existente, un miembro recibirá un “Aviso de acción” que le informará qué medida se tomó y por qué, su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo, su derecho a solicitar una audiencia justa con el AHCCCS y cómo hacerlo, su derecho a solicitar una resolución acelerada y cómo

hacerlo, su derecho a solicitar que sus beneficios continúen durante la apelación, cómo hacerlo y cuándo puede tener que pagar los costos de los servicios.

Ginecoobstetra (OB/GYN): es un médico que atiende a las mujeres durante el embarazo, el parto, el posparto y los exámenes de prevención.

Administración de casos de obstetricia (OB) es un enlace al administrador de casos de OB para las madres embarazadas con recursos adecuados de la comunidad, como el programa nutricional para mujeres, bebés y niños (WIC), clases de crianza, servicios para dejar de fumar, administración de casos de embarazo adolescente, refugios y orientación sobre abuso de sustancias. Proporciona apoyo, promueve el cumplimiento de las citas prenatales e indica planes de tratamiento médico.

Proveedor fuera de la red: es un proveedor que no está contratado ni autorizado por Health Choice Arizona para prestar servicios a miembros de Health Choice Arizona.

Atención de posparto: es la atención médica proporcionada a la madre hasta 60 días después del parto.

Orientación sobre preconcepción: tiene como objetivo detectar algún problema de alto riesgo y ayudar a una mujer a estar sana antes de quedar embarazada.

Atención prenatal: es la atención de salud proporcionada durante el embarazo.

Receta médica: es una orden de medicamentos de su médico. La receta médica puede transmitirse por teléfono o puede escribirse.

Proveedor de atención primaria (PCP): es el médico que proporciona o autoriza todas sus necesidades de atención médica. Su PCP lo remite a un especialista si necesita servicios especiales de atención médica.

Fraude y abuso del proveedor

La falsificación de reclamaciones/encuentros que incluyen las siguientes acciones:

- Alteración de una reclamación
- Codificación incorrecta
- Doble facturación
- Presentación de datos falsos
- Acciones administrativas/financieras que incluyen las siguientes acciones:
- Sobornos
- Falsificación de acreditaciones
- Prácticas fraudulentas de inscripción
- Presentación de informe de responsabilidad fraudulenta de terceros (TPL)
- Prácticas fraudulentas de recuperación
- La falsificación de servicios que incluyen las siguientes acciones:

- Facturación por servicios/suministros que no se proporcionaron
- Tergiversación de servicios/suministros
- Sustitución de servicios

Beneficiarios calificados de Medicare (QMB): se refiere a los miembros que califican para el AHCCCS y para Medicare cuyas primas, coseguros y deducibles de la Parte A y la Parte B de Medicare son pagados por el AHCCCS.

La Autoridad regional de salud conductual (RBHA) es el administrador de salud conductual contratado por el Sistema de Contención de Gastos Médicos de Arizona (AHCCCS) para prestar servicios de salud conductual en un área determinada del estado.

Remisión: se refiere al acto mediante el cual el PCP lo envía a un especialista por un problema específico, generalmente complejo.

Especialista: es un médico que trata necesidades específicas de atención médica. Por ejemplo, un cardiólogo es un especialista. Debe obtener una remisión de su médico antes de ver a un especialista.

DEFINICIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE MATERNIDAD

Atención de maternidad: incluye servicios médicamente necesarios relacionados con todos los aspectos de la maternidad. Estos servicios pueden incluir, entre otros: identificación de embarazo, atención prenatal, servicios de trabajo de parto y parto, así como atención después del parto. Otros servicios también incluyen la orientación médicamente necesaria sobre preconcepción (antes del embarazo).

Coordinación en la atención de maternidad: incluye las actividades relacionadas con la atención de maternidad que ayudan a tomar en consideración todos los aspectos de la maternidad. Dentro de estas actividades podría incluirse la identificación de las necesidades de atención a través de la valoración y evaluación de riesgos, el desarrollo de un plan de atención para encarar las necesidades de atención y la coordinación de derivaciones del miembro a los proveedores de atención médica adecuados.

Profesional de la salud: este término hace referencia a las enfermeras profesionales certificadas en obstetricia, a los asistentes médicos y a otras enfermeras profesionales.

Atención de posparto: se refiere a la atención médica proporcionada a la madre hasta 60 días después del parto. Los servicios de planificación familiar están incluidos en este período si son proporcionados por un médico o un profesional de la salud.

Asesoría sobre preconcepción: este servicio se enfoca en la detección temprana y el control de los factores de riesgo antes del embarazo y se esfuerza por identificar aquellos

comportamientos que pueden afectar al feto (bebé en desarrollo antes de nacer). Este servicio se pone en práctica para asegurar que la madre esté saludable antes de quedar embarazada. Este servicio no incluye pruebas genéticas. Los servicios de orientación de preconcepción, como parte de la atención médica preventiva para mujeres, se prestan cuando son médicamente necesarios.

Atención prenatal: se refiere a la atención de salud proporcionada durante el embarazo, la cual incluye: evaluación de riesgos temprana y continua, educación sobre la salud, controles médicos, intervenciones y seguimientos.

Embarazo de alto riesgo: se refiere a un embarazo en el que la madre, el feto o el recién nacido tiene, o se prevé que tenga, un riesgo mayor de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina a través del uso de las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Bebé de bajo peso al nacer: un bebé que pesa 5 libras. 8 oz. o menos es un bebé de bajo peso al nacer. Las mujeres que tienen antecedentes de bebés de bajo peso al nacer deben comunicarse con su médico obstetra en cuanto sepan que están embarazadas. La atención prenatal temprana es muy importante. La atención temprana puede reducir el riesgo de tener otro bebé de bajo peso.

Administrador de casos de obstetricia: es una enfermera o trabajador social. Un administrador de casos de obstetricia ayuda a las afiliadas embarazadas con sus necesidades de salud antes, durante y después del embarazo. Un administrador de casos de obstetricia también puede ayudar con las derivaciones a organismos comunitarios como WIC, organismos de atención de la salud conductual y "Healthy Families". Si piensa que necesita ayuda, llámenos. Con gusto le ayudaremos.

Obstetra: es un médico que cuida a las mujeres durante su embarazo, parto y después de que nace el bebé.

Médico de medicina materno-fetal: es un médico que se especializa en tratar a embarazadas que tienen enfermedades de alto riesgo durante su embarazo.

Enfermera matrona certificada (CNM): es una enfermera que tiene capacitación especial y está certificada por el American College of Nursing Midwives (ACNM) según las pruebas específicas de certificación nacional y está autorizada a ejercer en Arizona por la State Board of Nursing. Las CNM practican la administración independiente de la atención para mujeres embarazadas y recién nacidos. El nivel de atención prestada incluye: antes del parto, durante el parto, posparto, atención ginecológica y atención al recién nacido. Esta atención se brinda dentro de un sistema de atención médica que proporciona consultas médicas, administración de colaboración o derivación.

Matrona autorizada: es una persona autorizada por el estado. Una matrona autorizada puede proporcionar atención de obstetricia, apoyo y educación a mujeres sanas que no tienen riesgos de salud y no han tenido embarazos de alto riesgo con anterioridad. La matrona autorizada presta su servicio durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y después del parto.

ÍNDICE ALFABÉTICO

- Administrador de casos, 65
- Apelación acelerada, 49
- Apelaciones, 48
- Área de servicio, 14
- Atención de urgencia, 6
- Atención dental para adultos, 30
- Atención fuera de horario, 6
- Atención preventiva para adultos, 30
- Audiencia estatal justa, 64
- Autoridad Regional de Salud Conductual (RBHA), 9
- Autoridad Tribal de Salud Conductual (TRBHA), 9
- Autorización previa, 29
- Aviso de prórroga 55
- Beneficios continuados, 65
- Beneficios excluidos, 22
- Calendario de vacunación, 36
- Cambio de citas, 28
- Cambio de PCP, 28
- Cambio de plan de salud, 15
- Cambios a su información personal, 13
- Cancelación de citas, 28
- Citas con el médico, 28.
- Cómo encontrar a un dentista, 42
- Copagos, 56
- Deberes de los miembros, 14
- Dejar de fumar, 69
- Derechos de los miembros, 62
- Directorio de proveedores, 11
- Embarazo, 37
- Emergencia, qué hacer, 17
- Emergencias, qué es, 16
- EPSDT / Atención preventiva infantil, 32
- Especialistas, 25
- Esterilización, 40
- Formulario, 44
- Hábito del tabaco, 69
- Inmunizaciones, 36
- Instrucción de no resucitar (DNR), 24
- Instrucciones anticipadas, 24
- Instrucciones de atención de salud previa a la hospitalización, 24
- Interrupción del embarazo, 40
- Línea de consejos por enfermeros, 7
- Manejo de enfermedades, 73
- Medicamentos recetados, 44
- Médico de atención primaria (PCP), 26
- Mujeres, bebés y niños (WIC), 37
- Otro seguro, 56
- Pago de sus servicios sin cobertura, 59
- Pago por servicios, 56
- Planificación familiar, 40
- Poder para atención de la salud mental, 24
- Poder para atención médica, 24
- Presentación de una queja formal, 63
- Programa de intervención temprana de Arizona (AzEIP), 73
- Programa EPSDT, 31
- Programa Head Start, 72
- Quejas formales, 62
- Reclamos, 62
- Recursos de la comunidad, 70
- Referencia rápida, 4
- Robo de identidad médica, 13
- Salud conductual, 47
- Servicios cubiertos, 18
- Servicios de maternidad, 37
- Servicios de salud conductual para niños, 34
- Servicios de traducción e interpretación, 10
- Servicios dentales para niños, 41
- Servicios no cubiertos, 20
- Servicios para la visión, 74
- Servicios para Miembros, 5
- Solicitud de Audiencia estatal justa, 63
- Su privacidad, 66
- Tarjetas de identificación del miembro, 12
- Testamento vital, 24
- Transporte, 17
- Vacunas. Ver Inmunizaciones, 34

DEFINITIONS FOR AHCCCS MEMBERS

Pursuant To 42 CFR 438.10

1. **Appeal:** To ask for review of a decision that denies or limits a service.
2. **Copayment:** Money a member is asked to pay for a covered health service, when the service is given.
3. **Durable Medical Equipment:** Equipment and supplies ordered by a health care provider for a medical reason for repeated use.
4. **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; or
 - Put a pregnant woman's baby in danger; or
 - Cause serious damage to bodily functions; or
 - Cause serious damage to any body organ or body part.
5. **Emergency Medical Transportation:** See **EMERGENCY AMBULANCE SERVICES**

Emergency Ambulance Services: Transportation by an ambulance for an emergency condition.
6. **Emergency Room Care:** Care you get in an emergency room.
7. **Emergency Services:** Services to treat an emergency condition.
8. **Excluded Services:** See **EXCLUDED**

Excluded: Services that AHCCCS does not cover. Examples are services that are:
 - Above a limit,
 - Experimental, or
 - Not medically needed.
9. **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.
10. **Habilitation Services and Devices:** See **HABILITATION**

Habilitation: Services that help a person get and keep skills and functioning for daily living.
11. **Health Insurance:** Coverage of costs for health care services.
12. **Home Health Care:** See **HOME HEALTH SERVICES**

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.

DEFINITIONS FOR AHCCCS MEMBERS
Pursuant To 42 CFR 438.10

13. **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.
14. **Hospital Outpatient Care:** Care in a hospital that usually does not require an overnight stay.
15. **Hospitalization:** Being admitted to or staying in a hospital.
16. **Medically Necessary:** A service given by a doctor, or licensed health practitioner that helps with health problem, stops disease, disability, or extends life.
17. **Network:** Physicians, health care providers, suppliers and hospitals that contract with a health plan to give care to members.
18. **Non-Participating Provider:** See OUT OF NETWORK 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.
19. **Participating Provider:** See IN-NETWORK PROVIDER
- In-Network Provider:** A health care provider that has a contract with your health plan.
20. **Physician Services:** Health care services given by a licensed physician.
21. **Plan:** See SERVICE PLAN
- Service Plan:** A written description of covered health services, and other supports which may include:
- Individual goals;
 - Family support services;
 - Care coordination; and
 - Plans to help the member better their quality of life.
22. **Preauthorization:** See PRIOR AUTHORIZATION
- 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.
23. **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.
24. **Prescription Drug Coverage:** Prescription drugs and medications paid for by your health plan.

DEFINITIONS FOR AHCCCS MEMBERS

Pursuant To 42 CFR 438.10

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

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

27. **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, or
- Practitioner defined as a physician assistant licensed or
- Certified nurse practitioner.

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

29. **Rehabilitation Services and Devices:** See REHABILITATION

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

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

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

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

DEFINICIONES PARA MIEMBROS DE AHCCCS
Pursuant To 42 CFR 438.10

1. **Apelación:** Para pedir una revisión de una decisión que niega o limita un servicio.
2. **Copago:** Dinero que se le pide a un miembro que pague por un servicio de salud cubierto, cuando se brinda el servicio.
3. **Equipo Médico Duradero:** Equipos y suministros solicitados por un proveedor de cuidado de la salud por una razón médica para el uso repetido.
4. **Condición médica de emergencia:** Una enfermedad, lesión, síntoma o condición (incluido dolor intenso) que una persona razonable podría esperar al no recibir atención médica de inmediato:
 - Poner la salud de la persona en peligro; o
 - Poner en peligro a el bebé de una mujer embarazada; o
 - Causar daños graves a las funciones corporales; o
 - Causar daño serio a cualquier órgano o parte del cuerpo.
5. **Transporte Médico de Emergencia:** vea **SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA**

Servicios De Ambulancia De Emergencia: Transporte en ambulancia para condición de emergencia.
6. **Cuidado En La Sala De Emergencia:** Cuidado que recibe en una sala de emergencias.
7. **Servicios De Emergencia:** Servicios para tratar una condición de emergencia.
8. **Servicios Excluidos:** Vea EXCLUIDOS

Excluido: Servicios que AHCCCS no cubre. Los ejemplos son servicios que son:
 - Por encima de un límite,
 - Experimental, o
 - No es médicamente necesario.
9. **Queja:** Una queja que el miembro comunica a si plan de salud. No incluye una queja por la decisión de un plan de salud de negar o limitar una solicitud de servicios.
10. **Servicios y Dispositivos de Rehabilitación:** Vea **Rehabilitación**

Rehabilitación: Servicios que ayudan a una persona a obtener y mantener habilidades y funcionamiento para la vida diaria.
11. **Seguro de Salud:** Cobertura de los costos de servicios de atención médica.

DEFINICIONES PARA MIEMBROS DE AHCCCS

Pursuant To 42 CFR 438.10

12. **Atención De Salud En El Hogar:** Vea SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR

Servicios De Salud En EL Hogar: Servicios de enfermería, ayuda de salud en el hogar y terapia; y suministros médicos, equipos y electrodomésticos que un miembro recibe en el hogar según la orden de un médico.

13. **Servicio De Hospicio:** Servicio de apoyo y comodidad para un miembro que un médico considera que se encuentra en la últimas etapas (seis meses o menos) de vida.

14. **Cuidado Ambulatorio En El Hospital:** Cuidados en un hospital que generalmente no requiere pasar la noche.

15. **Hospitalización:** Ser internado o permanecer en un hospital.

16. **Medicamento Necesario:** Un servicio prestado por un médico o un profesional de la salud con licencia que ayuda con un problema de salud, detiene la enfermedad, la discapacidad o prolonga la vida.

17. **Red:** Médicos, proveedores de atención médica, suministrados y hospitales que contratan un plan de salud para atender a los miembros.

18. **Proveedor No Participante:** Vea PROVEEDOR FUERA DE LA RED

Proveedor Fuera De La Red: Un Proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de proveedor con AHCCCS pero no tiene un contrato con su plan de salud. Usted puede ser responsable del costo de la atención para proveedores fuera de la red.

19. **Proveedor Participante:** Vea PROVEEDOR EN RED

Proveedor En Red: Un proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de salud.

20. **Servicios Del Médico:** Servicios de atención médica prestados por un médico autorizado.

21. **Plan:** Vea SERVICIO DE PLAN

Servicio De Plan: Una descripción escrita de los servicios de salud cubiertos y otros apoyos que pueden incluir:

- Objetivos individuales;
- Servicios de apoyo familiar;
- Coordinación de cuidado; y
- Planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida.

22. **Pre-autorización:** Vea AUTORIZACION PREVIA

Autorización Previa: Aprobación de un plan de salud que pueda requerirse antes de obtener un servicio. No es una promesa de que el plan de salud cubrirá el costo del servicio.

DEFINICIONES PARA MIEMBROS DE AHCCCS
Pursuant To 42 CFR 438.10

23. **Prima:** La cantidad mensual que un miembro paga por un seguro de salud. Un miembro puede tener otros costos de atención que incluyen un deducible, copagos y coseguro.

24. **Cobertura De Medicamentos Recetados:** Medicamentos recetados y medicamentos pagados por su plan de salud.

25. **Medicamentos Recetados:** Medicamentos ordenados por un profesional de la salud y administrados por un farmacéutico.

26. **Médico De Atención Primaria:** Un médico que es responsable de administrar y tratar la salud del miembro.

27. **Proveedor De Atención Primaria (PCP):** Una persona que es responsable de la administración de la atención del miembro. Un PCP puede ser un:

- Persona con licencia como medico alopático u osteopatía, o
- Profesional definido como un asistente médico con licencia o
- Enfermera certificada.

28. **Proveedor:** Una persona o grupo que tiene un acuerdo con AHCCCS para proporcionar servicios a los miembros de AHCCCS.

29. **Servicios Y Dispositivos De Rehabilitación:** Vea REHABILITACION

Rehabilitación: Servicios que ayudan a una persona restaurar y mantener las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado.

30. **Atención De Enfermería Especializada:** Servicios especializados prestados en su hogar o en un hogar de ancianos por enfermeras o terapeutas con licencia.

31. **Especialista:** Un médico que practica en una área específica de la medicina o se concentra en un grupo de pacientes.

32. **Atención De Urgencia:** Atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para buscar atención inmediata, pero no lo suficientemente grave para requerir atención en la sala de emergencia.

Notice of Non-Discrimination

Health Choice 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 does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Choice provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and/or written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Health Choice also provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and/or information written in other languages.

If you need these services, contact Health Choice's Grievance Manager/Civil Rights Coordinator. If you believe Health Choice 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: 480-760-4617 (TTY 711)

Fax: 480-760-4739

E-mail: grievance_forms@iasishealthcare.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our 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, 800-537-7697 (TDD)

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

Notificación de no discriminación

Health Choice cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Health Choice no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice ofrece asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como intérpretes calificados de lenguaje de señas y / o información escrita en otros formatos (impresos de gran formato, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Health Choice también ofrece servicios gratuitos de idiomas a personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados y / o información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Gerente de Quejas de Health Choice / Coordinador de Derechos Civiles. Si cree que Health Choice no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminada de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

Grievance Manager / Civil Rights Coordinator

Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 900, Phoenix, AZ 85008

Teléfono: 480-760-4617 (TTY 711)

Fax: 480-760-4739

Correo electrónico: grievance_forms@iasishealthcare.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Gerente de Reclamos / Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-322-8670 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si usted habla inglés, los servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están a su disposición. Llame al 1-800-322-8670 TTY: 711).

(Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-322-8670 (TTY: 711)。

(Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-322-8670 (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-322-8670 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Napali: ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्त भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-322-8670 (ट टवाइ: 711).

Tongan: 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).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deuts rechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-322-8670 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-322-8670 رقم 711
(Arabic): هاتف الصم والبكم

Mon-Khmer, Cambodian: ប្រយ័ត្ន ៖ បើបើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃ គឺមានសម្រាប់អ្នក។
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-322-8670 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-322-8670 (телетайп: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-322-8670 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, koji' hódííłnih 1-800-322-8670 (TTY: 711).

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-322-8670 (ATS : 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-800-322-8670 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Serbo-Croatian: OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-322-8670 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Serbian: PAŽNJA: Ako govorite engleski jezik, usluge za besplatnu pomoć vam mogu biti dostupne. Pozovite 1-800-322-8670 (TTI: 711).

توجه: اگر به زبان انگلیسی صحبت می کنید، خدمات رایگان زبان، برای شما رایگان
Persian تماس بگیرید (TTY: 711) است. با شماره 8670-322-800-1

Thai: ความสนใจ:

หากคุณพูดภาษาอังกฤษบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายมีให้บริการ โทร
1-800-322-8670 (TTY: 711)

[illegible]



WELCOME TO OUR FAMILY! **¡BIENVENIDOS A NUESTRA FAMILIA!**

MEMBER SERVICES **SERVICIOS PARA MIEMBROS**

410 N. 44th Street, Suite 900
Phoenix, Arizona 85008

Phone: 480-968-6866
Toll-free: 800-322-8670 TTY/TDD: 711

Member Services: Monday - Friday, 6 a.m. - 6 p.m.

HealthChoiceAZ.com

24/7 NURSE ADVICE LINE **1-855-354-9006**



ACCREDITED
Health Plan
Expires 06/01/2019

