2023 - 2024

Member Handbook / Manual de Miembro



AHCCCS Complete Care / AHCCCS Cuidado Completo

Serving Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal, and Yavapai counties.

BlueCross BlueShield Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health Choice

INTRODUCTION TO BCBSAZ HEALTH CHOICE

Welcome to BCBSAZ Health Choice! We are happy to offer you and your family the quality healthcare services you need.

BCBSAZ Health Choice is an AHCCCS Complete Care health plan.

We provide healthcare services for persons who live in Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal, and Yavapai counties.

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

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

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

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

Want to learn more about us?

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

BCBSAZ Health Choice is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

Covered Services are funded under contract with AHCCCS.

Revised 9/2023

WHAT YOU WILL FIND INSIDE THIS MEMBER HANDBOOK

Content	Page
Getting Services • Member Services • Abbreviations • Important Plan-Related Phone Numbers • Urgent Care and After-Hours Care • 24/7 Nurse Advice Line • Behavioral Health Crisis Hotlines • How to Access Addiction Treatment, Substance Use Disorder Services, and Opioid Information • Language Interpretation and Translation Services • Seeing an Out-of-Network Provider • BCBSAZ Health Choice and Your Care • Member ID Cards	5
Member Responsibilities • Changes to Your Personal Information • Can I Change My Health Plan? • Family Members and Treatment Planning Process • What Is an Emergency? • Transportation	15
Covered Services • Benefits • Adult Preventive Care • Well Woman Preventive Care • Covered Services for Members under Age 21 • Additional Services with Specific Limitations • Services Not Covered • AHCCCS Excluded Benefits Table (Adults Age 21 and Older) • Prior Authorization • Available RBHA Services • Housing Services • End of Life Care and Advance Directives	22
Providers • Primary Care Provider (PCP) • Appointments • Referral and Self-Referral to Specialists and Other Doctors • Freedom of Choice • American Indian Members	37

Services for Children & Young Adults • EPSDT Program • Vision Services for Children and Young Adults • Behavioral Health Services for Children • Immunizations	42
Pregnancy/Maternity Care Services • Prenatal Provider Visits • Postpartum Provider Visits	50
Family Planning Services and Supplies • Family planning • Medically Necessary Pregnancy Terminations • Sterilizations	53
Dental • Adult Dental Care • Dental Services for Children (Under the Age of 21) • Dental Appointments	55
Other Services • Care Manager Services	58
Prescription Drugs • BCBSAZ Health Choice Formulary • Tips about Prescription Drugs • Trouble Filling Your Prescriptions? • Reimbursement for Prescription Drugs	59
Covered Behavioral Health Services • Behavioral Health Services • Referral Process for Serious Mental Illness • Arizona's Vision for Delivery of Behavioral Health Services • The Twelve Principles for the Delivery of Services to Children • Nine Guiding Principles for Recovery-Oriented Adult Behavioral Health Services and Systems • Multispecialty Interdisciplinary Clinic (MSIC) • Children's Rehabilitative Service (CRS) – What Is CRS? • Member Advocacy Council	63
Prior Authorization	73
Appeals • Requesting an Appeal • Expedited Appeal	74

• Notice of Extension • Using a Representative	
Payment for Services • Copayments • People with Optional (Non-Mandatory) Copayments • People with Required (Mandatory) Copayments • Optional (Non-Mandatory) Copayment Amounts for Some Medical Services • Required (Mandatory) Copayment Amounts for Person Receiving TMA Benefits • 5% Limit on All Copayments • Paying for Covered Services by BCBSAZ Health Choice • Paying for Services Not Covered by BCBSAZ Health Choice • Other Insurance • Medicare Beneficiaries • Qualified Medicare Beneficiaries (QMB) • Pharmacy and Medical Services Prior Authorization Timeframes	78
Grievances (Complaints) • Filing a Grievance	84
State Fair Hearing • Member's Right to Request a State Fair Hearing • What to Expect at the State Fair Hearing • Receiving Continued Benefits	86
Member Rights • Member Rights • Your Privacy	88
Fraud, Waste, and Abuse	94
Resources • Want to Quit Smoking or Kick the Tobacco Habit? • Community Programs • Community Resources • Advocacy Resources (Special Needs Assistance) • Legal Assistance	96
Glossary • Managed Care Terminology • Maternity Care Definitions	104

GETTING SERVICES

Member Services

We always want to assist you. Our Member Services team can answer all types of questions. We are open Monday – Friday, 8 a.m. – 5 p.m. (except holidays). Please see our contact information at the bottom of every page of this handbook.

We can assist you with many questions like these:

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

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

Abbreviations

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

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

Important Plan-Related Phone Numbers

BCBSAZ Health Choice Member Services	Call us if you need help finding a PCP in your area, changing your PCP, benefit information, or to request a Member Handbook.	**1-800-322-8670** **TTY: 711**
24/7 Nurse Advice Line	Speak to a nurse to answer health questions and provide advice on next steps. A nurse is available to talk to you 24 hours a day, 7 days a week.	**1-888-267-9037** **TTY: 711**
Behavioral Health Crisis Hotlines	Speak to a specialist who can help you or a family member with a behavioral health crisis.	**Arizona Statewide Crisis Hotline:** Phone: 1-844-534-HOPE (4673) Text: 4HOPE (44673) Chat: Start a Chat - Solari Crisis Response Network (solari-inc.org) **Northern Arizona Crisis Hotline* (**Apache, Coconino, Mohave, Navajo, and Yavapai Counties): 1-877-756-4090 TTY: 711 **Central Arizona Crisis Hotline*** (Gila, Maricopa, and Pinal Counties)**:** 1-800-631-1314 **Southern Arizona Crisis Hotline*** (Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Santa Cruz, and Yuma): 1-866-495-6735 *Regional crisis hotlines will remain operational and available at least through October 1, 2023. **National Suicide and Crisis Line:** 988

Transportation	Call us to schedule a ride to a medical appointment.	**602-386-3447** **TTY: 711**
Pharmacy/Prescription Drugs	Call us if you need help filling your medications.	**1-800-322-8670** **TTY: 711**
Medical Management (Such as Inpatient or Outpatient services and Prior Authorization)	Call us if you need help with submitting a request for services or medications.	**1-800-322-8670** **TTY: 711**

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

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

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

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

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

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

You can call our Nurse Advice Line anytime, including on weekends and holidays at **1-888-267-9037**. This number is at the bottom of every page in this Member Handbook so you can find it easily.

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

Behavioral Health Crisis Hotline

If you are having a mental health crisis or know someone who is at risk of hurting themselves or someone else, call a behavioral health crisis hotline immediately. Here are some warning signs:

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

For medical emergencies, always call 911.

When you call the crisis hotline, specialists can help in many ways including:

- Talking with you to help you feel at ease
- Talking about your concerns for a loved one
- Helping you deal with difficult relationships
- Talking about thoughts of suicide
- Helping you get to safety
- Helping you arrange counseling
- Connecting to a community resource near you
- Talking through aggressive situations
- Presenting options for dealing with urgent situations
- Helping you identify resources for care

Crisis services are available to any individual, regardless of insurance. The Crisis Line connects people in crisis and their families and friends with information and qualified caring healthcare professionals. The Crisis Line is completely confidential and is open to anyone who needs help regardless of insurance. Crisis services may include 24/7 telephonic services, mobile crisis services, and facility-based services.

NATIONAL CRISIS LINE	PHONE NUMBER
988 Suicide & Crisis Line	988 (call or text)

AZ STATEWIDE CRISIS LINE	PHONE NUMBER
Statewide Crisis Hotline	Call: 1-844-534-HOPE (1-844-534-4673) Text: 4HOPE (44673) Chat: Start a Chat - Solari Crisis Response Network (solari-inc.org)

REGIONAL & TRIBAL NATION CRISIS LINES INFORMATION *Regional crisis hotlines will remain operational and available through October 1, 2023	PHONE NUMBERS
Central (Gila, Maricopa, and Pinal Counties)	1-800-631-1314 or 602-222-9444
South (Pima, Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Santa Cruz, and Yuma Counties)	1-866-495-6735
North (Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo, and Yavapai Counties)	1-877-756-4090
AK-Chin Indian Community	1-800-259-3449
Gila River Indian Community	1-800-259-3449
Salt River Indian Community	1-855-331-6432
Tohono O'odham Nation	1-844-423-8759

WARM LINE (PEER SUPPORT)	PHONE NUMBER
NAZCARE	1-888-404-5530, 4:30 p.m. – 10:30 p.m.

VETERANS CRISIS LINE	PHONE NUMBER
Veterans Crisis	1-800-273-8255 (press 1) or Text 838255

TEEN CRISIS LINE	PHONE NUMBER
Teen Lifeline	1-800-248-8336 (TEEN) or Text 602-248-8336 (TEEN), 3:00 p.m. - 9:00 p.m.

How to Access Addiction Treatment, Substance Use Disorder Services, and Opioid Information

Services to help you stop the use of alcohol, drugs, or gambling are available to you at no cost. Getting treatment can help you change your thoughts, feelings, and actions. Many different types of treatment are available, including counseling, groups, peer support, case management, and medication assisted treatment. Regardless of your benefits, if you are pregnant, parenting, a person who injects drugs, or uses any type of substance, these services are available to you. We also have services available for individuals who are struggling with opioid use. Treatment is available through multiple venues, including medication induction sites, outpatient facilities, inpatient and residential treatment facilities. Opioid treatment is available at no cost to you.

You can also find opioid use disorder services in your area by using the AHCCCS locator. Visit opioidservicelocator.azahcccs.gov
If you need help, a BCBSAZ Health Choice Behavioral Health Specialist can assist you with referrals and appointments. Call our member services team and ask for a behavioral healthcare manager.

Health Equity
We are committed to helping you achieve your highest level of health and well-being. We honor our members' differences in age, race, ethnicity, language, culture, gender identity, gender expression, sexual orientation, veteran status, disability status, and more. We understand each member may also have social needs, behavioral health needs, and physical health needs. We know these factors can impact your health and healthcare preferences, so sharing this information with us will allow us to better serve you. We strive to address your unique needs, eliminate disparities, and advance health equity.

If you need support or resources, our team is prepared to assist. For resources, please call our Member Services team or visit our website at healthchoiceaz.com/community-resources/overview/ We can also assist you find a provider who will provide you with quality care to meet your needs. To find a provider, visit our Provider Search tool on our website https://providerdirectory.healthchoiceaz.com/Provider/ShowProviders/en/hca or call our Member Services team.

Language Services
It may be hard to understand your care when English is not your first language, or if you have difficulty hearing. Services to help you are available at no cost to you.

Interpreter services (oral interpretation). If you need an interpreter during your provider visit, let your provider know before your visit. If you need an interpreter when speaking with someone at BCBSAZ Health Choice, call BCBSAZ Health Choice Member Services.

- Translation services (written communication). All of BCBSAZ Health Choice member materials are in English and Spanish. If you would like our printed information in another language or a different format, such as large print or audio, let us know. You can contact Member Services. We will send you what you need at no cost to you.
- Sign Language. If you are deaf or hard of hearing, you may ask your provider to offer auxiliary aids or schedule an American Sign Language Interpreter to meet your needs. Your provider offers these services at no cost to you. If you need a sign-language interpreter for your needs when communicating with BCBSAZ Health Choice, please let our Member Services team know about your request. American Sign Language (ASL) interpreters are licensed professionals who provide interpretation, usually in ASL, 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 Hard of Hearing at www.acdhh.org or call 602-542-3323 (V); 602-364-0990 (TTY); 800*352-8161 (V/TTY); 480*559*9441 (Video Phone).

- Auxiliary aids include computer-aided transcriptions, large print materials, written materials, materials written in Braille assistive listening devices, or systems, closed and open captioning, and other effective methods of making delivered materials are available to members with hearing loss. If you need any auxiliary aids for communication with BCBSAZ Health Choice, please contact BCBSAZ Health Choice Member Services. You can contact your provider for this support if needed for communication during your appointment.
- TTY/TDD services are available at no cost to members. Arizona relay services 7-1-1: Telecommunications Relay Service allows persons with hearing or speech disabilities to place and receive telephone calls. If you require the use of telecommunication relay services, dial 7-1-1 to be connected to a specially trained communications assistant.
- Relay Conference Captioning: Relay Conference Captioning (RCC) through Arizona Relay Service (AZRS) administered by Arizona Commission for the Deaf and the Hard of Hearing. Relay Conference Captioning (RCC) is a free service available for Deaf and Hard of Hearing residents of Arizona. The service allows these individuals to participate in meetings (in-person or remote), phone calls, video conferences and multi-party teleconference calls. For more information you can contact Arizona relay services:
    - For TTY: 1-800-347-1695
    - Voice: 1-866-259-1768
    - Email: info@azrelay.org
    - ACDHH Website: www.acdhh.org; RCC Website: www.arizonarcc.com; AZ Relay Website: www.azrelay.org

Cultural and Diversity Council

BCBSAZ Health Choice complies with Title VI of the Civil Rights Act of 1964 as implemented by regulations at 45 CFR part 80, The Age Discrimination Act of 1975 as implemented by regulations at 45 CFR part 91, The Rehabilitation Act of 1973, Title IX of the Education Amendments of 1972 (regarding education programs and activities), Titles II and III of the Americans with Disabilities Act; and section 1557 of the Patient Protection and Affordable Care Act. We also stress the importance of the member's right to be treated regardless of race, ethnicity, national origin, religion, gender, age, age, behavioral health condition (intellectual) or physical disability, sexual preference, genetic information, or ability to pay.

We know our members represent many cultures, races, and ethnicities. Culture shapes how we act, think, and communicate. It also has an impact on how health needs are met.

We need your input to make sure your culture and diversity needs are met. One way to achieve this is by joining our Culture and Diversity Council to share more about you and your community. This way we can improve how healthcare services are delivered to you and others.

By joining this council, you will help us find ways to address:

- Our cultural competency projects and communication
- Member and family-centered care including member experiences
- How we work with our providers, agencies, and communities to meet member needs

Interested in joining or have questions? Please contact Member Services.

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

If you need a provider who accommodates physical disabilities, you can call us, and we will help you find a provider who meets your needs.

Members with High Acuity Illnesses Seeking Care
Individual healthcare needs vary from person to person, and BCBSAZ Health Choice will work with you to help determine the appropriate level of care and type of provider that can address your needs and concerns. Should you have questions about the type of provider or care you are seeking, please reach out to Member Services, and we will help you navigate the provider network. Should more specialized care be needed, you will be referred to our Care Managers.

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

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

We provide healthcare and behavioral health services to eligible members who live in the following counties:

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

BCBSAZ Health Choice is a managed care plan. This means we provide healthcare to our members through a selected group of providers, hospitals, and drug stores. You and your provider play an important role in your managed care plan. Your PCP will act as a guide for your healthcare. This means you will work together with your PCP to address your healthcare needs. Your PCP will talk to you about your healthcare needs. They will help determine if you need to see a specialist or need additional care. Your PCP and behavioral health home will work with BCBSAZ Health Choice to find the best provider available to you.

BCBSAZ Health Choice members may be assigned to an "behavioral health home" where you can get behavioral health services.

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

Your PCP and integrated health home will:

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

Being a BCBSAZ Health Choice member means you:

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

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

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

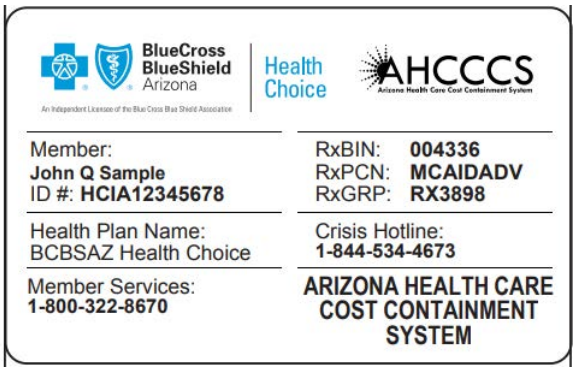
If you have any questions, please call us.

Member ID Cards

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

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.

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



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

Protect your Member ID card:

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

If you lose your card, call us. We will help you get a new one.

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

MEMBER RESPONSIBILITIES

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

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

- Following the recommended steps to improve your health and wellness
- Providing your provider with all of the relevant facts and not leaving out items that may impact your treatment plan i.e., drug and alcohol use, other medications, living arrangements, etc.

- Inappropriate behaviors:
  - Not treating Health Plan or Provider staff with respect and dignity
  - Not showing to scheduled appointments
  - Using the Emergency Department for non-life-threatening care

Changes to Your Personal Information

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

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

What If I Move?

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

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

How to Tell AHCCCS about Your Changes

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

- DES (602-542-9935 or 1-800-352-8401 outside Maricopa County)
- KidsCare (602-417-5437 or 1-877-764-5437 outside Maricopa County)
- SSI MAO (602-417-5010 or 1-800-528-0142 outside Maricopa County)
- Social Security Administration (1-800-772-1213)

Can I Change My Health Plan?
Yes, but we hope you will tell us if you have any problems with your services. Once a year you may change your health plan. This is called the Annual Enrollment Choice (AEC) process. You will get AEC information two months before your enrollment anniversary date.

Changing Your Health Plan Outside of the Annual Enrollment Choice Period
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 who qualifies for another type of health plan such as Long-Term Care
- You lost your AHCCCS status 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 provider and the provider is not in the BCBSAZ 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 AHCCCS health plan

If you need to change your health plan for medical continuity of care reasons, please call Member Services.

If you need to change your health plan, please call AHCCCS at 1-800-962-6690, or in Maricopa County call 602-417-4000. If you have questions, please call us. We always want to help you.

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

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

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

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

Examples of health plan transition can include:

- Changing from another AHCCCS health plan to Health Choice
- Changing from BCBSAZ Health Choice to another AHCCCS health plan
- Changing from a Fee for Service (FFS) status to BCBSAZ Health Choice

If you have questions about which health plan you are assigned to, please call Member Services for help.

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

If you are having an emergency, call 911 right away. Emergencies can include:

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

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

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

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

Tips about Emergencies

- Go to the emergency room only when you have an emergency.
- If you are sick, but it is not an emergency, call your provider.
- If you are not sure if your problem is a true emergency, call your provider for advice.
- You can also call the BCBSAZ Health Choice Nurse Advice Line at 888-267-9037, 24 hours a day, 7 days a week.

What to Do in an Emergency

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

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

Transportation

Emergency Transportation

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

Non-Emergency Transportation (NEMT)

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

For members living in Maricopa and Pinal Counties:

NEMT services to and from a pharmacy are only covered for trips within 15 miles of the pick-up location, except for trips to (1) compounding or specialty pharmacies and (2) pharmacies in an MSIC or IHS/638 facilities.

The 15 miles is calculated from the pick-up location to the drop-off location, for one direction. Trips to compounding or specialty pharmacies over 15 miles may be covered if your health plan gives prior authorization for the transportation.

Trips to a pharmacy in an MSIC or IHS/638 facility, can go over 15 miles without getting a prior authorization from your health plan.

The 15-mile distance does not apply to members who do not live in Maricopa or Pinal County. Non-emergency transportation of a family member or caregiver, without the member in the vehicle, is a covered service when it is for the purpose of carrying out medically necessary services listed in the member's service or treatment plan.

Here is how to get a ride:

- Call: 602-386-3447

Have the following information ready when you call:

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

More Transportation Tips

- You can only get transportation for medically necessary services. The services must be covered by your health plan. These include behavioral health services.
- You cannot get transportation for personal business such as shopping, hair appointments, or food.
- Transportation must be to a BCBSAZ Health Choice provider such as your provider, drug store, or lab.
- We can provide transportation to local community-based support groups such as Alcoholics Anonymous (AA), Narcotics Anonymous (NA), and National Alliance for the Mentally Ill (NAMI).
- If you want transportation to a provider who is not in our network, you must get prior approval. This is also called "prior authorization." Call us if you need prior approval.
    - If a friend or family member who does not live with you drives you in their car to an appointment, we may reimburse them. The appointment must be for a covered service. Please call us for more information.

- Members or riders under 5 years must have their own appropriate car seat. Members or riders must comply with Arizona car seat laws and must provide their own car seat.
- Members under the age of 16 must be accompanied by an adult for all transports.
- Sometimes you may ride with other members to your appointment. Only one other passenger or caregiver can go with the member to their appointment.
- For non-narcotic routine drugs, a driver may pick-up and deliver the drugs to the member's address on file.
- You can only get non-emergency transportation to the Emergency Room if your doctor calls us to arrange it.

COVERED SERVICES

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

Benefits

- As a Health Choice member, you may receive the following healthcare benefits**:** Behavioral health services, including inpatient, outpatient, counseling, and detoxification
- Breast reconstruction after mastectomy
- Chemotherapy and radiation
- Emergency dental services
    - Dental limit does not apply for American Indian/Alaska Native (AI/AN) members, when receiving dental services at an IHS/638 facility) and behavioral health services [42 CFR 457.1207, 42 CFR 438.10]
- Diabetes testing and testing supplies
- Dialysis
- Providers office visits and services (your PCP and specialists)
- Durable Medical Equipment (DME) and supplies, including augmentative communication devices
- Emergency services for life-threatening medical problems
- End of Life Care (including Advance Directives)
- Family planning services (birth control, contraceptives, and family planning counseling)
- Hearing loss evaluation
- HIV/AIDS testing, counseling services, and treatment
- 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
- Outpatient physical therapy and occupational therapy (when medically necessary)
- Insulin pumps
- Laboratory and Radiology services
- Podiatry

- Pregnancy care
- Transportation to medically necessary services
- Nutritional assessments, medical foods
- Outpatient surgery services
- Prescription drugs (not covered if you have Medicare)
- Preventive screenings and tests (Pap tests, mammograms, colonoscopies)
- Respiratory services
- Smoking cessation
- Transplants (organ and tissue) that are approved by AHCCCS
- Urgent care services
- Well woman services

This list does not include all possible services. You can view a larger list at https://www.azahcccs.gov/Members/ProgramsAndCoveredServices/.

If you are a dual-eligible member who has Medicare and Medicaid, you may have other benefits. Be sure to check what other covered services you may have with your Medicare plan.

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

Adult Preventive Care
In addition to well visits, BCBSAZ 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
- Interpersonal and domestic violence screening

Screenings for men include:

- Prostate cancer screening
- Colonoscopy

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

Well Woman Preventive Care Services Include:

- A physical exam (Well Exam) that assesses overall health
- Clinical Breast Exam
- Pelvic exam (as necessary, according to current recommendations and best standards of practice)
- Review and administration of immunizations, screenings, and testing as appropriate for age and risk factors
- Screening and counseling focused on maintaining a healthy lifestyle and minimizing health risks and addresses at a minimum the following:
    - Proper nutrition
    - Physical activity
    - Elevated BMI indicative of obesity
    - Tobacco/substance use, abuse, and/or dependency
    - Depression screening
    - Interpersonal and domestic violence screening that includes counseling involving elicitation of information from women and adolescents about current/past violence and abuse, in a culturally sensitive and supportive manner to address current health concerns about safety and other current or future health problems
    - Sexually transmitted infections
    - Human Immunodeficiency Virus (HIV)
    - Family Planning Services and Supplies
    - Preconception Counseling that includes discussion regarding a healthy lifestyle before and between pregnancies that includes:
        - Reproductive history and sexual practices
        - Healthy weight, including diet and nutrition, as well as the use of nutritional supplements and folic acid intake
        - Physical activity or exercise
        - Oral health care
        - Chronic disease management
        - Emotional wellness
        - Tobacco and substance use (caffeine, alcohol, marijuana, and other drugs including prescription drug use, and recommended intervals between pregnancies, and initiation of necessary referrals when the need for further evaluation, diagnosis, and/or treatment is identified.

Health Tips

- Please talk to your provider about the COVID-19 vaccine.
- Referrals to other providers are also given when there is a need for further evaluation and treatment.
- Transportation is at no cost to you for your well visits. If you need a ride to your appointment, call 602-386-2447 at least three (3) days before your appointment.

- EPSDT visits for members under 21 years of age are considered the same as a well visit.

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

Covered Services for Members under Age 21

Members under age 21 may receive the following benefits:

- Dental care (preventive, routine, and emergency)
- EPSDT / well child visits and screenings
- Immunizations for children under age 21
- Hearing exams and hearing aids
- Physical, occupational, and speech therapy
- Orthotic devices when prescribed by the member's Primary Care Provider, attending provider, or practitioner
- Vision exams and glasses
- Nutrition/Dietician referrals when ordered by a provider
- Children's Rehabilitative Services with qualified condition

Additional Services with Specific Limitations

Home and community-based services	Instead of a nursing home
Nursing home	Up to 90 days per contract year (Oct. 1 to Sept. 30)
Personal care items	To treat a medical condition
Vision care	Medical conditions of the eye Eye exams and glasses for children under age 21 Eyeglasses for adults after cataract surgery

Orthotic Devices	BCBSAZ Health Choice covers orthotic devices for members who are 21 year of age and older when: • The orthotic is medically necessary as the preferred treatment based on Medicare Guidelines AND • The orthotic costs less than all other treatments and surgery procedures to treat the same condition AND • The orthotic is ordered by a Provider (doctor) or Primary Care Practitioner (nurse practitioner or physician assistant).

Services Not Covered

BCBSAZ Health Choice does not cover the following medical services:

- Pregnancy termination and counseling (unless the provider tells us that the mother's life is in danger or the pregnancy is due to a rape, incest, or if termination is medically necessary)
- Cosmetic surgery (such as breast enlargement or reduction)
- Experimental procedures or treatments for research purposes
- Infertility services (to help someone have children)
- Reversal of any permanent birth control method
- Routine circumcisions
- Services that need prior authorization that were not authorized, including certain medicines
- Gender reassignment (sex change) operations
- TMJ disorders except when due to a recent trauma
- Treatment to straighten teeth (orthodontic oral health care)
- Immunotherapy for adults
- Medical marijuana
- Outpatient Speech Therapy over the age of 21
- 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 BCBSAZ Health Choice network, unless approved by us
- Services provided in a facility for the treatment of tuberculosis

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

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

AHCCCS Excluded Benefits Table (Adults Age 21 and Older)

BENEFIT/ SERVICE	SERVICE DESCRIPTION	SERVICE EXCLUSIONS OR LIMITATIONS
Bone-Anchored Hearing Aid	A hearing aid put on a person's bone near the ear by surgery to carry sound	AHCCCS will not pay for Bone-Anchored Hearing Aid (BAHA). AHCCCS will pay for supplies, care of the hearing aid, and repair of any parts.
Cochlear Implant	A small device put in a person's ear by surgery to help them hear better	AHCCCS will not pay for cochlear implants. AHCCCS will pay for supplies, care of the implant and repair of any parts.
Lower Limb Microprocessor controlled joint/ Prosthetic	A device that replaces a missing part of the body and uses a computer to help move the joint	AHCCCS will not pay for a lower limb (leg, knee, or foot) prosthetic that includes a microprocessor (computer chip) that controls the joint.
BENEFIT/ SERVICE	**SERVICE DESCRIPTION**	**SERVICE EXCLUSIONS OR LIMITATIONS**
Respite Care	Short-term or continuous services as a temporary break for caregivers	The number of respite hours available to adults and children under ALTCS benefits or behavioral health services is 600 within a 12-month period. The 12 months will run from October 1 to September 30 of the next year.
Physical and Occupational Therapy	Exercises taught or provided by a physical therapist to make you stronger or help improve movement	Outpatient physical & occupational therapy visits are limited to 15 rehabilitative visits and 15 habilitative visits per contract year (Oct. 1 – Sept. 30). If you have Medicare, call us to find out how the visits will be counted.

Available RBHA Services
The Regional Behavioral Health Authority (RBHA) in each region will continue to manage Non-Title XIX/XXI services and members who are determined Seriously Mentally Ill (SMI) . Non-Title XIX services include, but are not limited to:

- Room and board
- Traditional healing
- Auricular acupuncture
- Childcare
- Supported housing
- Crisis services for non-Title XIX
- Counseling
- Case management
- Support services

Here's a list of contact information for the RBHAs. Find one based in the county you live in.

Service Area	RBHA	Phone #
Central (Maricopa, Gila, and Pinal Counties)	Mercy Care AZ	1-800-564-5465
South (Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Santa Cruz, and Yuma Counties)	Arizona Complete Health	1-888-788-4408
North (Apache, Coconino, Mohave, Navajo, and Yavapai Counties)	Care1st Health Plan	1-866-560-4042

If you need help finding a RBHA near you or access to services, call our Member Services Department.

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

- Pregnant women/teenagers who use drugs by injection
- Pregnant women/teenagers who use substances
- Other persons who use drugs by injection
- Substance using women and teenagers with dependent children and their families, including women who are attempting to regain custody of their children, and

- *As Funding Is Available* - all other persons with a substance use disorder regardless of gender or route of use

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

Housing Services

Through our network of integrated providers, BCBSAZ Health Choice provides access to housing services and resources for you to access safe, stable, and affordable housing options. These services may include funding for move-in/eviction prevention, housing locator services, and referrals to desired housing programs. Housing subsidy options are also available.

In addition, BCBSAZ Health Choice staffs a Housing Specialist who works with our care management team to provide coordination for members with housing needs. Our Housing Specialist, Eric Marcus, and our care management team can be contacted at HChousingsupport@azblue.com. You may also contact our Member Services team at 1-800-322-8670, TTY: 711 for more information about assistance and services for supported housing.

Housing Resources

Below are some links to agencies that can talk to you about programs or other housing options:

Statewide:

- AHCCCS Housing Program (AHP): https://azabc.org/ahp
  - AHP offers vouchers for rental assistance and eviction prevention. Applications can be submitted for qualifying members who are SMI or general mental health with high-cost/high-needs, are over 18 and a United States citizen, and have an identified housing need.
- U.S. Housing and Urban Development (HUD): https://www.hud.gov/states/arizona/offices
  - HUD offers support for public housing rental assistance, single family mortgage programs, and Native American Programs.
- Arizona Department of Housing (ADOH): https://housing.az.gov/
  - ADOH offers programs to support homeowners with hardships, low-income homebuyers, and eviction prevention assistance for renters.
- Housing Choice Voucher Program (HCV or Section 8):
  - Managed by different agencies, HCV allows low-income families to apply to be on the waitlist for voucher-assisted rentals.
  - Links for programs by county with HCV programs:
    - Coconino - https://www.flagstaff.az.gov/2347/Section-8
    - Maricopa - https://maricopahousing.org/programs/section-8/

        - Mohave - https://www.publichousing.com/details/mohave_county
        - Navajo - https://www.winslowaz.gov/departments/public_housing/index.php
        - Pinal - https://www.pinal.gov/616/Section-8-Housing
        - Yavapai - https://housing.az.gov/general-public/arizona-public-housing-authority-section-8-0
- Catholic Charities: https://www.catholiccharitiesaz.org/
    - Catholic Charities offers housing assistance through community re-entry, homeless outreach, and emergency shelter. Services vary by area.
- Oxford House, Inc.: https://www.oxfordvacancies.com/
    - Oxford House offers housing options for individuals with substance use disorders in recovery through peer-run homes, including homes for women with children.

Central Arizona:

- Family Housing Hub (FHH)/UMOM: (602) 595-8700, https://www.fhhub.org/, https://www.umom.org/
    - Located at 3307 E. Van Buren Street, #108 Phoenix, AZ 85008, FHH offers support for families and children experiencing homelessness in Maricopa County.
- Phoenix Rescue Mission: (602)233-3000, https://phoenixrescuemission.org/help/specialized-services/
    - Phoenix Rescue Mission provides various housing support programs including employment, justice re-entry, and affordable housing

Northern Arizona:

- Housing Solutions of Northern Arizona: https://www.housingnaz.org/
    - Offers various programs such as transitional living, credit counseling, and affordable rentals
- Housing Authority of Flagstaff Arizona: http://www.flagstaff.az.gov/2342/Housing-Authority
- Offers assistance for low-income families through HCV, a local public housing program, and Clark Homes housing development. Northern Arizona Council of Governments (NACOG): https://nacog.org/
    - Offers emergency rental assistance
- Navajo Nation in Flagstaff: http://www.navajo-nsn.gov/
    - Offers general housing assistance
- Western Arizona Council of Governments (WACOG): https://www.wacog.com/.
    - Homeless prevention and utility assistance in La Paz, Mohave, and Yuma counties

Continuum of Care (CoC) Coordinated Entry

Coordinated entry is a system that provides quick access to housing and other resources for people who are experiencing or at risk of homelessness. Coordinated entry uses CoC access points to connect members to housing resources in their area. Arizona CoC access points can be found at https://211arizona.org/coordinated-entry-points-for-individuals-experiencing-homelessness/. In addition, CoC information and contacts for each county are listed below:

County	Contact
Apache	Navajo Apache County Alliance to End Homelessness https://www.nacaeh.org/ Tia Evans, tia.evans@rcaz.us
Coconino	Coconino County Continuum of Care http://frontdoorofcoconino.org/ Heather Marcy, hmarcy@northlandfamily.org
Maricopa	Maricopa County Continuum of Care http://azmag.gov/Programs/Homelessness mag@azmag.gov
Mohave	Mohave County Homeless Continuum of Care Rachael Thompson, thompr@mohave.gov
Navajo	Navajo Apache County Alliance to End Homelessness https://www.nacaeh.org/ Tia Evans, tia.evans@rcaz.us
Pinal	Pinal County Coalition to End Homelessness www.pcceh.com Heather Patel, heather.patel@pinal.gov
Yavapai	Yavapai Collective Impact Coalition to End Homelessness Anthony Cruz -CCCS ancruz@cc-az.org

EMPLOYMENT SERVICES

Did You Know….?

- Working may be an important part of a person's recovery as it gives structure and routine while boosting self-esteem and improving financial independence.
- Even if you are collecting public benefits, like Social Security, you may be able to make more money and still keep your medical benefits.
- For people with disabilities, Vocational Rehabilitation is an important resource to help you reach your job goals.

AHCCCS Employment Services

You may have access to employment and rehabilitation services through your behavioral or integrated health home. This includes both pre- and post-employment services to help you get and keep a job. Some examples of the employment services you may be eligible for include:

- Career/Educational Counseling
- Benefits planning and education
- Connection to Vocational Rehabilitation and/or community resources
- Job skills training
- Résumé preparation/job interview skills
- Assistance in Finding a Job
- Job support (job coaching)

To learn more about employment services and supports, or to get connected, ask within your behavioral or integrated health home, or contact our Member Services at 1-800-322-8670, TTY: 711.

How to Connect to Employment Services

Most behavioral or integrated health homes have dedicated employment staff ready to assist you. These staff can connect you with employment services and supports that meet your needs. Staff will work with you to determine the best services necessary based on your job goal. Ask if your behavioral or integrated health home has this dedicated employment staff and if so, set up a meeting to discuss your job goals. If your behavioral or integrated health home does not have a dedicated employment staff, speak with your case manager/care manager, or other staff, to ask about getting connected.

You may contact our Member Services at 1-800-322-8670, TTY: 711 who will connect you to BCBSAZ Health Choice's Employment Administrator.

Other Employment Resources

Vocational Rehabilitation (VR)
VR is a program within the Arizona Department of Economic Security (ADES) designed to assist eligible individuals who have disabilities prepare for, get, and keep a job.

You may be eligible for VR services if you meet the following requirements:

- You have a physical or mental disability.
- Your physical or mental disability results in a significant barrier to employment.
- You require VR services in order to prepare for, get, keep, or regain employment.
- You can benefit from VR services in terms of achieving an employment outcome.

Once you apply for the VR program and are determined eligible, you will work with the VR Counselor to develop a plan for employment. Plan development includes identifying a competitive employment goal and will address any disability-related barriers to employment. Ask your behavioral or integrated health home about a referral to VR or contact a local VR office directly.

For more information and to locate the nearest VR office to you, visit https://des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation-vr.

ARIZONA@WORK
This statewide job center offers a wide array of workforce services at no cost to connect Arizona job seekers to gainful employment. Through ARIZONA@WORK, you can connect with local employers who have immediate job openings on Arizona's largest employment database, the Arizona Job Connection website.

ARIZONA@WORK can connect you to their partners for expert advice and guidance on everything from childcare, basic needs, Vocational Rehabilitation for job seekers with disabilities, and educational opportunities. For more information and to locate the nearest ARIZONA@WORK office, visit https://arizonaatwork.com/.

Benefits Planning and Education
There are a number of myths related to work and benefits. There are plenty of people living with disabilities who are on benefits and work and are better off. Having a disability does not mean you cannot work. Talk with your behavioral or integrated health home for more information on the following resources:

- **Arizona Disability Benefits 101 (DB101) –** This no-cost, user-friendly online tool helps people work through the myths and confusion of Social Security benefits, healthcare, and employment. DB101 supports people to make informed decisions when thinking

about getting a job by learning how job income and benefits go together. Visit http://az.db101.org/ to access this valuable tool.

- **ABILITY360 –** Within ABILITY360 is a program called *Benefits 2 Work Arizona's Work Incentives Planning & Assistance (B2W WIPA)* that can help you understand how job income will affect your cash, medical, and other benefits through a benefits analysis. To reach an Intake Specialist, call the *B2W WIPA* program at 602-443-0720 or 1-866-304-WORK (9675), or email at b2w@ability360.org, and see if you might qualify for this service at no cost.

End of Life Care and Advance Directives

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

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

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

- A medical advance directive tells the 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) under Life Care Planning.

The term Advance Directives refers to legal papers that protect your right to refuse healthcare you do not want. It may also tell people about healthcare 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:

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

BCBSAZ Health Choice respects your right to make decisions about your healthcare. We think 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 type:

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

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

Making Your Advance Directives Legal

For both a Living Will and a Medical Power of Attorney, you must choose someone who will make decisions about your healthcare 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:

- 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 healthcare 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 healthcare.

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

After You Complete Your Advance Directives:

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

Changing Your Advance Directives

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

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

PROVIDERS

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

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

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

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

Augmentative and Alternative Communication (AAC) Evaluations and Device Providers
BCBSAZ Health Choice's website includes information regarding Augmentative and Alternative Communication (AAC) Evaluations and Devices for providers and members to identify available speech therapy providers who perform evaluations for AAC devices for Health Choice members.

To view our list of AAC providers visit us at: Augmentative and Alternative Communication (AAC) - BCBSAZ Health Choice (healthchoiceaz.com)

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

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

BCBSAZ 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.

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

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

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

- A PCP can help 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 healthcare 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/Pharmacy.” If you would like a printed Provider Directory, please call us and we will send one to you at no cost.

How to Change Your PCP
It is important to stay with one PCP so he or she can get to know you and your healthcare needs. You may change providers if you are unhappy with your provider. To change your PCP, choose a PCP from the BCBSAZ Health Choice Provider Directory or our website at HealthChoiceAZ.com. Call us and we will change your PCP for you.
If you change your PCP, it is important for you to have your medical records sent to your new PCP. This way your new provider can give you the best care possible. You can request one copy of your medical records from each of your providers. Call your provider’s office to find

out how to send your records to your new provider. There is no cost for these records. Please call us if you need help.

Seeking Second Opinions
As a member, you have the right to get a second opinion. You can get a second opinion from a provider in our network, at no cost to you. If there is not a provider in our network, then you may be able to get a second opinion from an out-of- network provider. Call us if you have questions. For help finding a specialist or hospital, ask your PCP. You can also go to our website to find a specialist or hospital by using our Find a doctor tool. https://providerdirectory.healthchoiceaz.com/Provider/ShowProviders/en/hca

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/Pharmacy." If you would like a printed Provider Directory, please call us and we will send one to you at no cost.

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

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

Same Day: You or a family member need to see a provider today for a problem like an earache or a high fever.

Urgent: You or a family member has a problem like a cough, mild upset stomach, or a rash. You need to see a provider in the next one to two days.

Routine: You or a family member need to see a provider within three (3) weeks for a well-baby, well child, or immunization visit.

Tips about Appointments:

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

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

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

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

Appointment Availability Standards
Making an appointment in advance with your provider is important. Be sure to let them know why you are making an appointment as you might be able to be seen sooner. Here is a list of appointment availability standards:

For Primary Care Provider Appointments:

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

For Specialty Provider Appointments, including Dental Specialty:

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

For Dental Provider Appointments:

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

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

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

For Behavioral Health Provider Appointments:

- Urgent: As fast as your condition requires, but no later than 24 hours from identification of need
- Routine:
    - Initial assessment within seven (7) calendar days of the referral or request for service
    - The first behavioral health service following the initial assessment as soon as your condition requires but:
        - For members aged 18 years or older, no later than 23 calendar days for services to begin after the initial assessment.
        - For members under the age of 18 years old, no later than 21 days after the initial assessment
        - All subsequent behavioral health services within the timeframe indicated by the behavioral health condition, but no later than 45 days from identification of need.
- For psychotropic medications:
    - You should receive an assessment of the urgency of the need immediately; and
    - You should have an appointment (if clinically indicated) with a Behavioral Health Medical Professional who can prescribe medications within a time frame that ensures you:
        - Do not run out of needed medications; or
        - Do not experience a decline in your behavioral health functioning prior to starting medication, but no later than 30 days from identification of need.
- For persons in legal custody of the Arizona Department of Child Safety and Adopted Children (see A.R.S. § 8-512.01):
    - Rapid response: When a child enters out-of-home placement within the timeframe indicated by the behavioral health condition, but no later than 72 hours after notification by DCS that a child has been or will be removed from their home,
    - Initial assessment within seven (7) calendar days of the referral or request for service,
    - Initial appointment within timeframes indicated by clinical need, but no later than 21 calendar days after the initial assessment, and
    - Subsequent services within the timeframes according to the needs of the person, but no longer than 21 calendar days from the identification of need.

SERVICES FOR CHILDREN & YOUNG ADULTS

EPSDT Program

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

Well visits (well exams) are covered for members. Most well visits (also called checkup or physical) include a medical history, physical exam, health screenings, health counseling, and medically necessary immunizations. Early Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT) visits for members under 21 years of age are considered the same as a well visit.

Women's preventive care services are also covered for members. An annual well-woman preventive care visit is important to your health and can serve as a well visit for adolescents and young adult women. Your visit may include:

- A physical exam (Well Exam) that assesses overall health
- Clinical Breast Exam
- Pelvic exam (as necessary, according to current recommendations and best
- standards of practice)
- Review and administration of immunizations, screenings, and testing as
- appropriate for age and risk factors
- Screening and counseling focused on maintaining a healthy lifestyle and minimizing health risks and addresses at a minimum the following:
- Proper nutrition
- Physical activity
- Elevated BMI indicative of obesity
- Tobacco/substance use, abuse, and/or dependency
- Depression screening
- Interpersonal and domestic violence screening, that includes counseling involving elicitation of information from women and adolescents about current/past violence and abuse, in a culturally sensitive and supportive manner to address current health concerns about safety and other current or future health problems
- Sexually transmitted infections
- Human Immunodeficiency Virus (HIV)
- Family Planning Services and Supplies
- Preconception Counseling that includes discussion regarding a healthy lifestyle before and between pregnancies that includes:
    - Reproductive history and sexual practices

    - Healthy weight, including diet and nutrition, as well as the use of nutritional supplements and folic acid intake
    - Physical activity or exercise
    - Oral healthcare
    - Chronic disease management
    - Emotional wellness
    - Tobacco and substance use (caffeine, alcohol, marijuana, and other drugs) including prescription drug use, and
    - Recommended intervals between pregnancies, and
- Initiation of necessary referrals when the need for further evaluation, diagnosis, and/or treatment is identified

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

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

This means EPSDT covered services (well-care visits) include services that correct or ameliorate physical and behavioral health conditions, and illnesses discovered by the screening process, when those services fall within one of the optional and mandatory categories of "medical assistance" as defined in the Medicaid Act. Services covered under EPSDT include all 30 categories of services in the federal law even when they are not listed as covered services in the AHCCCS state plan, AHCCCS statutes, rules, or policies as long as the services are medically necessary and cost effective.

EPSDT includes, but is not limited to, coverage of: inpatient and outpatient hospital services, laboratory and X-ray services, physician services, naturopathic services, nurse practitioner services, medications, dental services, therapy services, behavioral health services, medical equipment, medical appliances and medical supplies, orthotics, prosthetic devices, eyeglasses, transportation, and family planning services and supplies, women's preventive care services and maternity services when applicable. EPSDT also includes diagnostic, screening, preventive, and rehabilitative services. However, EPSDT services do not include services that are experimental, solely for cosmetic purposes, or are not cost effective when compared to other interventions or treatments.

EPSDT Services are covered until a member turns 21 years old.

EPSDT/Well Child Visits

Taking your child to the provider for well child visits and immunizations is one of the most important things you can do to keep your child healthy and find problems before your child gets sick.

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

- 3-5 days old
- 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, and 30 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, nose, mouth, and teeth
- Give your child needed immunizations
- 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 evaluation and fluoride varnish, when applicable
- A complete unclothed physical exam
- Developmental screening
- Lab tests
- 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 provider 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 healthcare needs.

To make sure your child is safe from lead poisoning, your provider will test your child's blood for lead during the well child visit. Testing the blood for lead is required for all children ages 1 and 2.

Your child may receive fluoride varnish by their PCP during the well child visit starting 6 months of age with at least one tooth and may be repeated every 3 months until age 2. The fluoride varnish applied by a PCP does not replace the need for an oral health visit.

There is no charge for these visits, and they will 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 immunizations. Be sure to make an appointment with your child's provider for well child visits.

Provider Visits: Birth to 2 Years
Your baby should see their provider for regular checkups. Babies also need to get their immunizations 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
- 15 months
- 18-months
- 24-months
- 30-months

Provider 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 provider visits, dental visits and immunizations are important to keep children and teens healthy, too.

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

Many people think children can only get immunizations 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:

- Provider Visits: Schedule a well-visit every 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 provider appointments.
- Be on time for your appointment.
- Call the provider's office at least one day before your appointment if you need to reschedule.
- Make sure your child gets all immunizations.
- Bring your child's immunization record with you to his or her well visit appointment.
- If we set up a ride for you to your provider and you cannot make the appointment, call us to cancel the ride.
- There are no copayments for well visits.

Call your child's provider if you need a referral to check your child's development.

Developmental Screening Tools are questions the provider will ask to check how your baby is growing and developing. These tools are used at 9, 18, 24, and 30 months of age. If a problem is found, tests and follow-up referrals will be made to ensure your child receives a complete evaluation and treatment, if needed.

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

- Take your child to all well child visits.
- Tell your provider if you have concerns about your child.
- Ask for Care Management assistance if needed.
- Get assistance with getting a ride to your child's appointment if needed.

Vision Services for Children and Young Adults

Routine and emergency vision services are covered for ages 0-21. You do not need a referral for vision services. Vision services include:

- Eye exams
- Eye tests
- Prescription eyeglasses
- Repair or replacement of broken or lost eyeglasses

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

- Licensed Ophthalmologists
- Optometrists
- Opticians
- Optical clinic

You do not need to wait until the next regularly scheduled eye exam to replace or repair eyeglasses.

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

Note: Vision aids are covered for ages 0-21. This includes frames and eyeglasses.

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 assist you.

Immunizations (Shots)
The best way to protect your child from disease is to make sure that your child gets his/her shots. Children who get these shots are protected from 16 serious diseases.

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP)
- Haemophilus Influenza type B (Hib)
- Measles, Mumps, Rubella (MMR)
- Pneumococcal (Pneumonia)
- Meningococcal (Meningitis)
- Human Papillomavirus (HPV)
- Rotavirus (RV)
- Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)
- Inactivated Polio (IPV)
- Varicella (Chicken Pox)
- Influenza (Flu)
- COVID-19

If you have questions, talk to your provider about shots at your child's next appointment.

FAQS about Immunizations
Is my child behind on immunizations?

- Check with your provider to find out which immunizations your child needs.
- It is not too late to catch up.
- Remember, teenagers need them too!
- Annual flu shots help kids stay healthy during flu season.

What if my child is sick?
Many people think children can only get them when they are well. This is not true. Children can get their immunizations when they have slight illnesses such as colds, ear infections or mild fevers. They will not make your child sicker.

Are immunizations safe for my child?

- It is very rare for a child to have a serious reaction to one.
- Some children may experience a mild fever or soreness where the immunization is given. This usually goes away quickly.
- The safety of immunizations 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 immunizations in 2000.

Does my child really need immunizations?

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

How do I keep track of my child's immunizations?

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

For more information, talk to your child's provider or call the Centers for Disease Control: 1-800-CDC-INFO.

Tips for Keeping Children Healthy

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

5: 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.

1: 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.

0: 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?

Get enough sleep.

PREGNANCY/MATERNITY CARE SERVICES

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

Female members, or members assigned female at birth, have direct access to preventive and well care services from a PCP, OB/GYN, or other maternity care provider within the Contractor's network without a referral from a primary care provider.

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

You may go directly to a BCBSAZ Health Choice Primary Care Obstetrician (or OB/GYN) for care. You do not need to see or ask your Primary Care Provider (PCP) first. Your PCP will manage your routine non-OB/GYN care. The OB/GYN will manage your pregnancy care.

If you prefer, you can choose to have an OB/GYN as your PCP during your pregnancy. If you are not sure you are pregnant, make an appointment with your PCP for a pregnancy test. If you need help scheduling an appointment, call Member Services.

If you are pregnant:

- Members who transition to a new Contractor or become enrolled during their third trimester shall be allowed to complete maternity care with their current AHCCCS registered provider, regardless of contractual status, to ensure continuity of care.
- Make an appointment with your primary care obstetrician (OB) as soon as you think you are pregnant.
- Notify your local DES office as soon as you find out that you are pregnant.
- Keep your eligibility and Medicaid benefits.
- If you do not have an OB provider, call Member Services so we can help you choose one.

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

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

Maternity Services Include:

- Freedom to choose your PCP who provides OB care or an OB provider within your county and our network of providers
- Counseling before you become pregnant
- Pregnancy testing
- Counseling, testing, and treatment for sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If you test positive, talk to your provider about counseling and treatment options for you and your infant. Your OB provider can refer you to providers who specialize in HIV treatment known as infectious disease doctors. Your OB provider and HIV provider will work together throughout your pregnancy
- All prenatal visits and all medically necessary services a woman needs for her pregnancy
- Care for 6-8 weeks after the baby is born, including birth control counseling
- Labor, delivery, and postpartum services

Tips for Pregnant Moms:

- See your provider regularly for prenatal care. Your provider can help answer questions as your baby develops. This also helps you and your baby to stay healthy.
- Talk to your provider about the COVID-19 vaccine.
- Plan ahead and talk to your provider about available family planning options, including immediate postpartum long-acting reversible contraceptives (LARC).
- Keeping your scheduled prenatal and postpartum appointments is important to the health of both you and your growing baby. Call your OB provider ahead of time if you cannot make your appointment due to a conflict. Please contact your OB provider at least three (3) business days in advance and ask to reschedule. Arrive at the office early if you are seeing the OB provider for the first time.
- If you need a ride to your appointment, call 602-386-2447 at least three (3) days before your appointment.
- It is important to make and keep all scheduled appointments. If you need to reschedule your appointment due to a conflict, please contact your provider at least three (3) business days in advance.
- BCBSAZ Health Choice Care Managers can assist you throughout your pregnancy. Call our Member Services team to learn more.

Making Your First Appointment

Make your first appointment in your first trimester (the first 12 weeks) or as soon as you join BCBSAZ Health Choice.

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

Prenatal Provider Visits

Pregnant less than three months (first trimester):
You should be seen within 14 calendar days of calling for your appointment.

Pregnant three to six months (second trimester):
You should be seen within seven calendar days of calling for your appointment.

Pregnant six to 10 months (third trimester):
You should be seen within three business days of calling for your appointment.

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

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

Postpartum Provider Visits

Six to twelve weeks after your delivery:
After you have your baby, call your provider's office as soon as you are discharged to make a postpartum appointment. Postpartum services are covered within 84 days of your delivery.
Why should you go to a postpartum visit?

- Ask questions that may have come up since you left the hospital. Writing questions down before your appointment can be helpful.
- Tell your provider about any physical symptoms you may be having such as bleeding or pain. Be screened for thyroid problems and urinary problems.
- Get an emotional check-up. Postpartum depression and anxiety are common. Treatment can help.
- Get help with breastfeeding, if needed.
- Discuss family planning options. Getting pregnant too soon after the birth of a child may increase your risk for a premature birth.
- Discuss when it is okay to have sex again.

FAMILY PLANNING SERVICES AND SUPPLIES

Prior authorization is not required in order to allow members to obtain family planning services and supplies from an out-of-network provider. Members may choose to obtain family planning services and supplies from any appropriate provider regardless of whether or not the family planning services providers are network providers. A referral or prior authorization is not required before choosing a family planning provider.

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:

- 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.
- The pregnancy is a result of incest.
- The pregnancy is a result of rape.
- 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:
    - Creating a serious physical or behavioral health problem for the pregnant member,
    - Seriously impairing a bodily function of the pregnant member,
    - Causing dysfunction of a bodily organ or part of the pregnant member,
    - Exacerbating a health problem of the pregnant member, or
    - Preventing the pregnant member from obtaining treatment for a health problem.

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

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

The following criteria must be met for sterilization to occur:

- The member is at least 21 years of age at the time the consent is signed.
- Mental competency is determined.
- Voluntary consent was obtained without coercion.

- 30 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:

- Requirements of the consent form
- Answers to any questions you may have regarding the specific procedure to be performed
- 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
- Advice that the sterilization procedure is considered to be irreversible
- A thorough explanation of the specific sterilization procedure to be performed
- A description of available alternative methods
- 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
- A full description of the advantages or disadvantages that may be expected as a result of the sterilization
- Notification that sterilization cannot be performed for at least 30 days post consent. You may not sign a consent when:
    - You are in labor or childbirth
    - If you are seeking to obtain, or are obtaining, a pregnancy termination
    - Are under the influence of alcohol or other substances that affect your state of awareness

Medicaid does not pay for reversing sterilization.

DENTAL

Adult Dental Care

Emergency Dental Services Coverage for Members Ages 21 Years and Older
Medically necessary emergency dental care is covered for members ages 21 years and older who meet the criteria for a dental emergency. A dental emergency is an acute disorder of oral health resulting in **severe pain and/or infection** as a result of pathology or trauma. Emergency dental services are allowed up to $1,000 per member per contract year (October 1st to September 30th). Follow up procedures necessary to stabilize teeth as a result of the emergency service are covered and subject to the $1,000 limit.

If you are an AI/AN member who receives dental treatment at an I.H.S/638 Tribal facility you are not subject to this $1,000 per member contract year limit. Services performed outside of the IHS/638 Tribal facilities for AI/AN members (i.e., by BCBSAZ Health Choice contracted providers) remain limited to the $1,000 Emergency Dental Benefit for members 21 years of age and over.

The following services and procedures are covered as emergency dental services:

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

Limitations for Adult Emergency Dental Services / Limitations for Members Aged 21 Years and Older

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

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

Dental Services for Children (Ages 0 to 21)

BCBSAZ Health Choice covers routine preventive dental care and treatment for members under the age of 21. A PCP referral is not needed to see a dentist. We will assign a dentist to your child right away, so they can give your child the dental care they need. The first examination is encouraged by age 1. After that, take your child to the dentist every six (6) months. Dental visits may include dental checkup, X-rays, cleaning, fluoride, dental sealants, and fillings for cavities.

Seeing one dentist for your child will provide a comfortable environment for ongoing services as your child grows. We call this a "dental home." You may choose a dentist from our listing of network providers. If you need help choosing a dentist, Member Services can help you find one. If you do not choose your dental provider, we will assign you to a dental home. You can change your dental home at any time by calling Member Services.

Dental Appointments

Making Dental Appointments

- **Urgent –** Your child needs to be seen as soon as possible but no later than three (3) business days due to pain, infection, a lost filling, or a broken tooth.
- **Routine –** Your child needs to be seen within 45 days for a cleaning and checkup or dental fillings.

Cancelling or Changing Appointments

It is important your child goes to their appointments, but we know things come up. Please tell your child's dentist if you cannot go to your appointment. Try to tell them at least one day before the appointment. If you asked BCBSAZ Health Choice for a ride, please call us right away to cancel. When rescheduling, you may not get another one right away.

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

Tips about Dental Appointments

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

OTHER SERVICES

Care Manager Services
A care manager is a professional who can assist you, your family, and your providers in understanding your healthcare needs. The care manager may be a nurse or social worker.

If you have special needs, we may assign you to a care manager. You may be eligible for a care manager if you:

- Have a health condition like asthma, coronary artery disease, congestive heart failure, COPD, diabetes, high blood pressure
- Have a high-risk pregnancy
- Are getting a transplant
- Use the emergency department or hospital frequently
- Were readmitted to a hospital less than 30 days after a discharge
- Use a high dosage of pain medicines or anxiety medicines for more than 90 days
- Have warning signs of a potential medication overdose. Information on opioid overdose prevention from the CDC can be found at cdc.gov/drugoverdose/awareness/ioad.html
- Have an opioid use disorder
- Are transferring between different care settings. This can include discharges from the Arizona State Hospital or release from jail or prison
- Made multiple grievances or complaints and need help getting the right care
- Have been referred to us by someone on your care team

How to Use These Services:
You care manager can work closely with your provider and clinical team.

The Care Manager May Help You:

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

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

Please contact Member Services if you have questions. Our representatives can help you:

- Request a Care Manager
- Opt out of Care Management (you have the right to opt out at any time)

PRESCRIPTION DRUGS

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

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

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

BCBSAZ Health Choice Formulary

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

There are certain medications on our formulary and available to our members that require extra special attention called Specialty medications. Access to Specialty medications requires a prior authorization request from your provider with information to support the request.

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

Tips about Prescription Drugs

- A provider must give prescriptions to you or send them to your pharmacy electronically. Many providers can now electronically send prescriptions directly to pharmacies. This can help save you time and an extra trip. Ask your provider if ePrescribing is an option for you.
- Your provider may prescribe over-the-counter medicine if it costs less than a prescription drug.

- Avoid missing your provider visits so they can approve refills when your prescriptions expire.
- 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. Do not pay out of your own pocket for your medicine. Check below for what to do:

- If the drug requires prior authorization, contact your medical provider to fax a prior authorization request to BCBSAZ Health Choice.
- If the prior authorization has expired, the pharmacy can try to call us for approval, but your provider will still have to fax a request to renew the prior authorization before the plan will pay 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 prior authorization for the larger quantity.
- Medication or prescriber restrictions, contact Member Services.
- During business hours, the pharmacy or provider many contact BCBSAZ Health Choice Member Services.
- For Pharmacy help after hours, on weekends, or holidays, call Member Services at 1-800-322-8670.

Please contact us at 480-968-6866 or 1-800-322-8670 if you have any trouble or questions about filling your prescriptions. Your pharmacy can also call the number on the front of your member ID card.

Pharmacy Restrictions/Assignment

BCBSAZ Health Choice 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. This is called the Selected Provider Program. You can view the evaluation parameters in the table:

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

BCBSAZ Health Choice will notify you in writing 30 days before you are enrolled in the Selected Provider Program. When you are enrolled in the Selected Provider Program, you will be assigned to one (1) pharmacy for abuse potential drugs (e.g., opiates, muscle relaxers, benzodiazepines, ADHD meds, hypnotics, and antipsychotics). We will only pay for abuse potential drugs when filled at the exclusive pharmacy. You may also be assigned to a single prescriber for a class of abuse potential drugs. We will only pay for the drugs when written or approved by a single prescriber. The single prescriber's oversight includes a review of those drugs written from the emergency room. A single prescriber will help make safe choices about the use of a drug as a treatment option.

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

If you are currently receiving treatment for an active oncology diagnosis, are in hospice care, reside in a skilled nursing facility for custodial care, or if you have Medicare the Selective Provider Program will not apply to you.

Reimbursement for Prescription Drugs

We may reimburse you for the cost of drugs if you purchased your medications during "Prior Period Coverage" before joining BCBSAZ Health Choice. Prior Period Coverage is the time between when you became eligible for AHCCCS and when you joined BCBSAZ Health Choice. We can only reimburse you for the cost of the drugs through BCBSAZ Health Choice, 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 BCBSAZ Health Choice Pharmacy Help Line at 1-800-322-8670. We can answer any questions.

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

COVERED BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

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

Behavioral Health Services
Behavioral health services include, but are not limited to:

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

If you need behavioral health services, call Member Services to find a provider near you. We can also assist you set up an appointment.

BCBSAZ Health Choice members may be assigned to a behavioral health provider where you can get behavioral health services.

Some integrated providers also have primary care providers so you can receive all of your physical and behavioral health in one location. You can change to a new provider at any time. If you need behavioral health services, we will develop a team to assist you with identifying your behavioral health needs and obtaining behavioral health services. These teams are referred to as Clinical Teams, or more specifically, Child and Family Teams or Adult Recovery Teams. The team will then work with you on your goals, ongoing assessment, and service

planning. The members of the team will depend on the behavioral health professionals working with you and who you want as part of your team. Teams can include members, guardians, friends, clergy, and other supportive people from the community. Your individual service plan and assessment will be started with your first appointment. As you continue with treatment, you will be working with members of your team to continue the assessment process and develop the services that best meet your needs and preferences. This allows you and your team to continuously review progress and needs so that you get the best care.

Child and Family Team

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

Adult Recovery Team

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

Referral Process for Serious Emotional Disturbance (SED)

Serious Emotional Disturbance (SED) is a term used for people under the age of 18 who need additional support because their mental health diagnosis impacts their ability to function. An individual, their guardian, designated representative, or family member can request that a SED determination be made. You can talk to your behavioral health provider about starting this process. If you are not currently connected to a behavioral health provider and want an SED assessment, you can call BCBSAZ Health Choice Member Services.

Your behavioral health provider will complete an evaluation and an SED Assessment Packet within seven (7) business days of the request. If there has been an evaluation completed less than 6 months prior which supports, the qualifying diagnosis and functional impairment it may be used.

Solari Crisis and Human Services (Solari) is responsible for reviewing all applications and making SED determinations for the state of Arizona. Solari has a specific timeframe based upon your individual needs to make the determination. The decision may be made within three, 20 or 60 days depending upon each individual case.

After the decision has been made, a notice will be sent to you with the results of the determination, how to start receiving services if applicable, and/or how to appeal the SED eligibility decision. An SED designation will result in a change of health plan to the RBHA in your region.

If you would like to learn more about this process, can you visit Solari's website at https://community.solari-inc.org/eligibility-and-care-services/what-is-smi-determination/ or you can call our Member Services team.

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

An individual, their guardian, designated representative, or family member can request that a SMI determination be made. You can talk to your behavioral health provider about starting this process. If you are not currently connected to a behavioral health provider and want an SMI assessment, you can call BCBSAZ Health Choice Member Services.

Your behavioral health provider will complete an evaluation and an SMI Assessment Packet within seven (7) days of the request. Solari Crisis and Human Services (Solari) is responsible for reviewing all applications and making SMI determinations for the state of Arizona. Solari has a specific timeframe based upon your individual needs to make the determination. After the decision has been made, a notice will be sent to you with the results of the determination, how to start receiving services if applicable, and/or how to appeal the SMI eligibility decision. An SMI designation will result in a change of health plan to the RBHA in your region.

If you would like to learn more about this process, can you visit Solari's website at https://community.solari-inc.org/eligibility-and-care-services/what-is-smi-determination/ or you can call our Member Services team.

Sometimes individuals need an urgent SMI determination while they are in a hospital. The behavioral health provider works with the individual and the hospital to complete the

evaluation and SMI Assessment Packet. In Maricopa County, when the individual is in a hospital, Crisis Preparation and Recovery, Inc. assists the individual and their care team to complete the initial assessments in the hospital.

Arizona's Vision for Delivery of Behavioral Health Services
All behavioral health services are delivered according to the following system principles. AHCCCS supports a behavioral health delivery system that includes:

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

The Twelve Principles for the Delivery of Services to Children

1. Collaboration with the child and family:
    a. Respect for and active collaboration with the child and parent(s)/guardian is the cornerstone to achieving positive behavioral health outcomes, and
    b. Parent(s)/guardian and children are treated as partners in the assessment process, and the planning, delivery, and evaluation of behavioral health services, and their preferences are taken seriously.
2. Functional outcomes:
    a. Behavioral health services are designed and implemented to aid children to achieve success in school, live with their families, avoid delinquency, and become stable and productive adults, and
    b. Implementation of the behavioral health services plan stabilizes the child's condition and minimizes safety risks.
3. Collaboration with others:
    a. When children have multi-agency, multi-system involvement, a joint assessment is developed and a jointly established behavioral health services plan is collaboratively implemented,
    b. Client-centered teams plan and deliver services,
    c. Each child's team includes the child and parents and any foster parent/guardian, 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 Division of Child Safety (DCS) and/or Division of Developmental Disabilities (DDD) caseworker, and the child's probation officer, and
    d. The team:
        i. Develops a common assessment of the child's and family's strengths and needs,

ii. Develops an individualized service plan,
iii. Monitors implementation of the plan, and
iv. Makes adjustments in the plan if it is not succeeding.

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

5. Best practices:
   a. Behavioral health services are provided by competent individuals who are trained and supervised,
   b. Behavioral health services are delivered in accordance with guidelines that incorporate evidence-based "best practices",
   c. Behavioral health service plans identify and appropriately address behavioral symptoms that are related to: learning disorders, substance use problems, specialized behavioral health needs of children who are developmentally disabled, history of trauma (e.g., abuse or neglect) or traumatic events (e.g., death of a family member or natural disaster), maladaptive sexual behavior, abusive conduct and risky behaviors. Service plans shall also address the need for stability and promotion of permanency in class members' lives, especially class members in foster care, and
   d. Behavioral health services are continuously evaluated and modified if ineffective in achieving desired outcomes.

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

7. Timeliness:
   Children identified as needing behavioral health services are assessed and served promptly.

8. Services tailored to the child and family:

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

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

10. Respect for the child and family's unique cultural heritage:
   a. Behavioral health services are provided in a manner that respects the cultural tradition and heritage of the child and family, and
   b. Services are provided in the primary language of the children and parents/guardian.

11. Independence:
   a. Behavioral health services include support and training for parents/guardian in meeting their child's behavioral health needs, and support and training for children in self- management, and
   b. Behavioral health service plans identify parent/guardian's 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 services, program decisions and program development is made possible, in part, by the ongoing dynamics of education, discussion, and evaluation, thus creating the "informed consumer" and the broadest possible palette from which choice is made. Persons in recovery should be involved at every level of the system, from administration to service delivery.

3. Focus on the individual as a whole person, while including and/or developing natural supports - A person in recovery is held as nothing less than a whole being: capable, competent, and respected for their opinions and choices. As such, focus is given to empowering the greatest possible autonomy and the most natural and well-rounded lifestyle. This includes access to and involvement in the natural supports and social systems customary to an individual's social community.

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

5. Integration, collaboration, and participation with the community of one's choice - A person in recovery is a valued, contributing member of society and, as such, is deserving of and beneficial to the community. Such integration and participation underscore 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.

Multispecialty Interdisciplinary Clinic (MSIC)
A multispecialty interdisciplinary clinic (MSIC) is a facility bringing many specialty providers together in one location to provide interdisciplinary services to treat members and their families.

Our contracted MSICs offer a wide range of specialties to meet specific needs. Below is a listing of MSICs:

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

Yuma Regional Medical Center Children's Rehabilitative Services 2851 S. Avenue B. Yuma, AZ 85364	Audiology, Cardiology, Comprehensive Assessment, Craniofacial (Cleft Lip and Palate), ENT, Endocrinology, Gastroenterology, Neurology, Nutrition and Feeding, Ophthalmology, Orthopedics, Orthotics Services, Psychiatry, Speech and Language Evaluation and Therapy, Urology, Wheelchair Services

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

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

Cancelling or Changing Appointments
It is important you go to your appointments, but we know things come up. Call your provider directly to cancel or change your appointment. Try to tell them at least one day before the appointment. If you asked BCBSAZ Health Choice for a ride or an interpreter for you, please call us right away to cancel.

Children's Rehabilitative Services (CRS) – What Is CRS?
Children's Rehabilitative Services (CRS) is a designation given to certain AHCCCS members who have a qualifying health condition. Members with a CRS designation can get the same AHCCCS covered services as non-CRS AHCCCS members and are able to get care in the community, or in clinics called multispecialty interdisciplinary clinics (MSIC). MSICs bring many specialty providers together in one location. BCBSAZ Health Choice Care Managers can assist with the CRS application process, making appointments at the MSIC or with other providers, and provide education and support.

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

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

- Under age 21
- Have a qualifying CRS medical condition

The medical condition must:

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

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

- A completed CRS application
- Medical documentation that shows the applicant has a CRS qualifying condition that requires active treatment

Member Advocacy Council

Your health plan has developed a Member Advocacy Council (MAC) that is open to all members, designated caregivers, guardians, peer support specialist, recovery centers, health homes, contracted providers, community stakeholders, Independent Oversight Committee members, NAMI, tribal members, veterans and their families, and veteran affiliated organizations.

The Member Advocacy Council is a community-based effort focused on member voice facilitated by BCBSAZ Health Choice's Member Advocate/Veterans' Liaison.

Feedback from attendees at the council meetings will impact system changes focused on member voice. The council meetings will provide a platform for members, tribal members, veterans, families of members, and community partners to share a voice in their overall experience and understanding of services provided by BCBSAZ Health Choice.

The MAC meetings are held bi-monthly and information about the meetings can be found at HealthChoiceAZ.com. If you would like to participate or learn more about the Member Advocacy Council, please contact Member Services at 1-800-322-8670, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. – 5 p.m.

PRIOR AUTHORIZATION

Some services need approval before AHCCCS or BCBSAZ 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
- Pregnancy terminations in which the mother's life is in danger or the pregnancy is due to a rape, incest, or if termination is medically necessary (Prior authorization is not required if services are determined to be emergent in nature)
- AzEIP (Arizona Early Intervention Program) when criteria are met

Before you get any of these services, your provider must get approval from BCBSAZ Health Choice. You can call your provider to find out if they have received prior approval.

Most of the time, we can make a decision within 14 calendar days after we receive the request. If you have a serious, life-threatening health issue, your provider may ask for a faster decision. In this case, your provider can send us a request for approval within 72 hours. For prescriptions, we make the decision within 24 hours. We will tell your provider about our decision as soon as it is made. If we do not approve the request, you will get a letter. The letter is called a Notice of Adverse Benefit Determination. The letter will explain why we did not approve the request.

If you do not agree with the decision, you can file 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.

APPEALS

BCBSAZ Health Choice may not approve services your provider asks for, or we may limit the services. If this happens, you will get a letter from us. This is called a Notice of Adverse Benefit Determination letter.

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

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

Before you file an appeal, check with your provider. 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. This information is provided at no cost.

Requesting an Appeal
You can ask for an appeal by calling Member Services, or by writing a letter to BCBSAZ Health Choice. This includes appeals about crisis services provided by the RBHA to members NOT designated to have a Serious Mental Illness.

To file an appeal by phone:

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

To file an appeal in writing:
Your appeal letter must be sent directly to BCBSAZ Health Choice. Do not send your appeal to AHCCCS.

Mail your letter to:

BCBSAZ Health Choice
Attn: Member Appeals
8220 N 23rd Ave.
Phoenix Arizona 85021

You have 60 calendar days from the date of BCBSAZ Health Choice's Notice of Adverse Benefit Determination or the date of any adverse action to file your appeal. BCBSAZ Health Choice will send you a letter stating we received your request. This will be sent to you within five (5) business days.

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

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

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

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

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

Requesting an Appeal for Crisis Services Provided by the RBHA
The RBHA processes all grievances/appeals/requests for fair hearing regarding crisis services.

Please find information on how to do so for the RBHA in your region:

Service Area	RBHA	Phone #
Central (Maricopa, Gila, and Pinal Counties)	Mercy Care AZ	1-800-564-5465
South (Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Santa Cruz, and Yuma Counties)	Arizona Complete Health	1-888-788-4408
North (Apache, Coconino, Mohave, Navajo, and Yavapai Counties)	Care1st Health Plan	1-866-560-4042

Freedom of Choice
You have the freedom of choice among providers within the BCBSAZ Health Choice network. You can choose a primary care provider (PCP) and other providers from the BCBSAZ Health

Choice network list. This also includes the right to refuse care from providers. You also have the right to a second opinion.

Expedited Appeal
If you cannot wait 30 days for a decision, you can ask BCBSAZ Health Choice to make a decision faster. You can ask for a faster decision if waiting 30 days could cause serious harm to your health, life or your ability to reach, get back to or keep functioning at a maximum level. This is called an Expedited Appeal. This process follows the same steps as a standard appeal, except the decision is made in 72 hours, rather than 30 days.

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

If BCBSAZ Health Choice does not agree and 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
BCBSAZ Health Choice 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 BCBSAZ Health Choice has 14 more days to make a decision. We will also let you know how you can file a complaint if you do not agree that we should take more time.

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

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

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

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

To tell us about your representative, please mail your letter to:
BCBSAZ Health Choice
Attn: Member Appeals
8220 N 23rd Ave.
Phoenix Arizona 85021

PAYMENT FOR SERVICES

Copayments
Some Arizonans 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:

- Children under age 19
- People determined to be Seriously Mentally Ill (SMI)
- An individual designated eligible for Children's Rehabilitative Services (CRS) pursuant to as A.A.C. Title 9, Chapter 22, Article 13
- ACC, ACC-RBHA, and CHP 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 healthcare and healthcare 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
- 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:

- They are receiving one of the services above that cannot be charged a copay
- 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 s/he is unable to pay the copay. Members in the following programs may be charged a 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 BCBSAZ Health Choice member services. You can also check the BCBSAZ Health Choice 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 during a

calendar quarter (January-March, April-June, July-September, and October-December). If this 5% limit is reached, no more copays will be charged for the rest of that quarter.

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

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

Paying for Covered Services by BCBSAZ Health Choice
We have many providers for you to choose from in our network. If you have Medicare or other insurance, please choose a provider in the BCBSAZ Health Choice network.

Providers 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 providers. You will only have to pay your mandatory copay for all covered services. For more information about copays, see page 70.

Your provider should send all bills for covered services to BCBSAZ 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 BCBSAZ 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 BCBSAZ Health Choice 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 BCBSAZ 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. BCBSAZ 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. BCBSAZ Health Choice will not pay this copay.

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 BCBSAZ 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 BCBSAZ Health Choice. Your other insurance will always pay first. Then BCBSAZ Health Choice will pay its part. This means your provider will bill the other insurance first. BCBSAZ 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 provider in the BCBSAZ Health Choice network. Providers 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 provider visits. Tell your provider and us if you or your family has other medical insurance, including Medicare. This helps your provider's office know who to bill.

Medicare Beneficiaries (Dual Eligibility)
People who have both AHCCCS and Medicare are called "dual eligible." If you have Medicare, BCBSAZ Health Choice may help pay your Medicare coinsurance and deductibles (also called "cost sharing"). However, Medicaid does not cover medications that are eligible for coverage under Medicare Part D plans. Medicaid does not pay for Medicare copayments, deductibles, or cost sharing for Medicare Part D medications, except for persons who have been designated to have an SMI designation. AHCCCS covers medications that are excluded from coverage under Medicare Part D when those covered medications are deemed medically necessary. An excluded drug is a medication that is not eligible for coverage under Medicare Part D. AHCCCS may cover some medications that are Over-the-Counter (OTC), refer to the BCBSAZ Health Choice Pathway HMO SNP OTC Drug List for a list of products available on our website at https://www.healthchoicepathway.com/members/supplemental-benefits/or call Member

Services to request a printed copy. People who have both AHCCCS and Medicare are called "dual eligible." If you have Medicare, BCBSAZ Health Choice may help pay your Medicare coinsurance and deductibles (also called "cost sharing").

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

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

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

Qualified Medicare Beneficiaries (QMBs)
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 BCBSAZ Health Choice provider. Call us and we can help you understand your benefits.

Pharmacy and Medical Services Prior Authorization Timeframes
All pharmacy prior authorization requests are reviewed within 24 hours of receipt. Decisions are issued within 24 hours for those requests with complete information from the prescriber. If more information is needed from the prescriber to make our decision, we will contact the prescriber and issue a decision within 7 calendar days of when the case was first received. A Notice of Extension may be issued if BCBSAZ Health Choice needs additional information to make a decision.

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

GRIEVANCES (COMPLAINTS)

If you have a concern with any part of your healthcare, or you would like to complain about BCBSAZ 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 healthcare you received, you or the person you have designated as your Health Care Decision Maker, have the right to file a grievance. You can also file a grievance or complaint about BCBSAZ Health Choice. This gives you a chance to tell us about your concerns.

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

- Issues with healthcare providers
- The inability to receive healthcare services
- Concerns about the Quality of Care (QOC) received
- Timely access to services
- Staff attitude
- Rudeness
- Adequacy of Notice of Adverse Benefit Determination Letters
- Crisis services provided by the RBHA
- Any other kind of problem you may have had with your healthcare 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:
BCBSAZ Health Choice
Attn: Member Grievances
8220 N 23rd Ave.
Phoenix, Arizona 85021

BCBSAZ 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 BCBSAZ Health Choice has resolved your concerns about the adequacy of a Notice of Adverse Benefit Determination letter (also described under “Appeals”). The AHCCCS Medical Management Department can be reached by email at MedicalManagement@azahcccs.gov.

STATE FAIR HEARING

Member's Right to Request a State Fair Hearing
If you do not like the appeal decision made by BCBSAZ 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 90 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. You can request to continue receiving services throughout the appeals process when requesting your hearing.

To ask for a State Fair Hearing in writing, send a letter to:
BCBSAZ Health Choice
Attention: Member Appeals
8220 N 23rd Ave.
Phoenix Arizona 85021

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. You have the right to designate a Health Care Decision Maker (HCDM), who can submit concerns on your behalf.

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 BCBSAZ Health Choice. 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:

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

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

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

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

MEMBER RIGHTS

Compliance with Federal and State Laws

BCBSAZ Health Choice complies with all federal and state laws, including:

- Title VI of the Civil Rights Act of 1964 as implemented by regulations at 45 CFR part 80
- The Age Discrimination Act of 1975 as implemented by regulations at 45 CFR part 91
- The Rehabilitation Act of 1973
- Title IX of the Education Amendments of 1972 (regarding education programs and activities), Titles II and III of the Americans with Disabilities Act; and section 1557 of the Patient Protection and Affordable Care Act

Please note: You also have the right to contact the AHCCCS Medical Management Department if you do not feel that BCBSAZ Health Choice has resolved your concerns about the adequacy of a Notice of Adverse Benefit Determination letter (also described under "Appeals"). The AHCCCS Medical Management Department can be reached by email at MedicalManagement@azahcccs.gov.

As a BCBSAZ Health Choice member, you have the right to:

- Choose a primary care provider (PCP) and other providers from the BCBSAZ Health Choice network list. This also includes the right to refuse care from providers.
- You have the freedom of choice among providers within the BCBSAZ Health Choice network.
- Complain about BCBSAZ Health Choice. This complaint or appeal can be filed with BCBSAZ Health Choice or AHCCCS. You cannot be denied services if you file a complaint.
- Request information on the structure and operation of BCBSAZ Health Choice or its subcontractors.
- Request information on whether or not BCBSAZ Health Choice has Provider Action Plans (PIP) that affect the use of referral services, the right to know the types of compensation arrangements BCBSAZ Health Choice 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 BCBSAZ Health Choice services. BCSAZ Health Choice does not discriminate against any member based on race, ethnicity, national origin, religion, gender, age, behavioral health condition (intellectual) or physical disability, sexual orientation, genetic information, or ability to pay. All members also have the right to exercise his or her rights and that the exercise of those rights shall not adversely affect service delivery to the member [42 CFR 438.100(c)].

- Confidentiality and your privacy are important to us. Please see the Notice of Privacy Practices included in your Member Welcome Kit for information on how we handle medical information.
- A second opinion from a qualified healthcare 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 and discuss information on available treatment options and alternatives, regardless of cost or benefit coverage; presented in a manner appropriate to your condition and in a way you can understand.
- Create a plan that tells healthcare providers what kind of treatment you do or do not want if you become too sick to make your own healthcare decisions. These are called “advance directives." We can give you information to help you create your own advance directives.
- 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 BCBSAZ Health Choice service area
    - How to get covered services that are not offered or available through the health plan
    - The right to family planning services from an appropriate registered provider
    - A description of how the organization evaluates the appropriate use of new developments in medical technology and new applications of existing technologies for inclusion as a covered benefit
    - New medical devices and procedures are evaluated by BCBSAZ Health Choice medical management team to:
        - Keep abreast of ongoing changes in medical technology
        - Ensuring our members have safe, effective, and evidence-based care
        - Review information from the appropriate governmental regulatory bodies such as U.S. Food and Drug Administration (FDA)
        - Obtain input from specialists and professionals with unique knowledge about the specific technology reviewed
- To maintain compliance with all Federal and State regulatory bodies and Accrediting agencies applicable to BCBSAZ Health Choice plans.
- Information about grievances, appeals and requests for a hearing.
- Inspect your medical records at any time. You have the right to ask for a copy of your medical records at least annually. There is no cost to you.
- You have the right to a written reply from BCBSAZ Health Choice within 30 days of your request for medical records.

- If denied, you have the right to information about why your request was denied.
- You have the right to seek review of a denial in accordance with 45 CFR Part 164.
- You have the right to change or correct your medical records.
- Request restrictions.
- Private communications.
- Accounting of disclosures.
- A paper copy of the Notice of Privacy Practices. See the "Your Privacy" section of this handbook for more information.
- You have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy.
- Ask for information about BCBSAZ Health Choice such as:
    - Its services
    - Its practitioners and providers
    - The plan's provider incentive program: This means you can ask about ways that the health plan pays our providers. Providers or other healthcare professionals are not financially rewarded based on denial of care or for limiting services.
    - Its quality improvement program including member survey results for the health plan
- Get healthcare services in accordance with access to care and quality standards.
- Be sure BCBSAZ 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. This also means you have the right to be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience, or retaliation.
- Receive information on beneficiary and plan information.
- Privacy and to be treated with respect and dignity.
- Understand your health problems and participate in developing mutually agreed-upon treatment goals, to the degree possible.
- Make decisions about your healthcare. 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:** Language services are available to you at no cost. This includes interpretation and translation. It also includes having materials translated into your own language. 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, they will arrange an interpreter for your medical appointments. This is provided at no cost to you. Talk to your provider about language services.

- **Visual Needs:** This may include recorded materials, such as a CD, or materials in Braille. You can also ask for larger print. This is provided at no cost to you. Call Member Services for more information.
- **Hearing Needs:** If you are deaf or hard of hearing, you can call Arizona Relay Services at 711. This telephone relay, or TTY/TDD, is a free public service. There is no cost to you. We can also get you a sign language interpreter for your medical appointments. This is provided at no cost to you. Call Member Services for more information.

- Use any hospital or other setting for emergency care.

Your Privacy

The privacy of your medical information is very important to us. We make every effort 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 in this handbook.

In addition, BCBSAZ Health Choice 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 manage 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.

BCBSAZ Health Choice will only use your personal information to help you get access to covered benefits as part of your enrollment with BCBSAZ Health Choice. We do not sell, trade, or give away your personal information to anyone. We also use industry-leading technologies to ensure the security and confidentiality of the personal information you provide us.

Protected Health Information (PHI)

BCBSAZ Health Choice has privacy and security processes in place to help protect your personal health information (PHI). These are some of the ways we protect your PHI:

- Train our staff to follow our privacy and security processes
- Require our business associates to follow privacy and security processes
- Keep our offices secure

- We only talk about your PHI if needed for a business reason. We also only talk about your PHI with people who need to know in order to help you with covered services
- We keep your PHI secure when we send it or store it electronically
- We use technology to keep the wrong people from accessing your PHI

Race, Ethnicity, Language (REaL), Sexual Orientation/Gender Identity (SOGI), and Social Needs Information

BCBSAZ Health Choice also has processes in place to help keep your race/ethnicity, language, sexual orientation, gender identity (SOGI), and social needs information confidential. Some of the ways ensure protection of your information include:

- Keeping paper documents in locked file cabinets
- Making sure only authorized staff can access your information or documents
- Requiring that electronic information remain on physically secure media
- Maintaining your electronic information in password-protected files

We may use or disclose your REaL, SOGI, and social needs information as part of our standard operations. These activities may include:

- Creating intervention programs
- Designing and distributing outreach materials
- Informing healthcare practitioners and providers about your language needs
- Assessing healthcare disparities

We will never use your REaL, SOGI, and social needs information for underwriting, rate setting or benefit determinations or disclose your REaL, SOGI, and social needs information to unauthorized individuals. You may also opt in or out of sharing your REaL, SOGI, and social needs data.

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:

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

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

FRAUD, WASTE, AND ABUSE (FWA)

BCBSAZ 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.

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

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

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

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

If you suspect Fraud, Waste, and/or Abuse (FWA) by a provider, member, or other person, please tell us. You can report suspected FWA through any of these options:

- Call Member Services and ask to talk to the Compliance Department, such as the BCBSAZ Health Choice Corporate Compliance Officer - Nicole Larson or any other representative from the BCBSAZ Health Choice Compliance Department.
- Refer suspected FWA by email to address: https://www.azahcccs.gov/Fraud/ReportFraud/onlineform.aspx.
- Refer suspected FWA by sending an email to AHCCCSFraud@azahcccs.gov.
- Calling any one or more of these hotlines:
    - 602-417-4045 (AZ: Suspected Medicaid Provider Fraud - In Maricopa County) or 1-888-ITS-NOT-OK or 1-888-487-6686 if calling from outside of Arizona; or

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

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

RESOURCES

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

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

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

Take That First Step:

- Decide to stop smoking and set a date.
- Get support from family and friends.
- Quit with a friend or partner.
- Get help from your doctor.
- Call BCBSAZ Health Choice and Arizona Smoker's Helpline (ASHLine) 1-800-556-6222 or visit www.ashline.org.
    - The ASHLine can give you free samples of stop-smoking aides.
    - The ASHLine can also give you counseling and support to help you kick the habit.

In addition to the ASHLine, there are other resources available for you. For more information on quitting tobacco, go to Tobacco Free Arizona at: www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php. Tobacco Free Arizona is a program to help Arizonans know the risks of tobacco use and resources for quitting.

Tobacco cessation services, including medications such as nicotine gum, patches and lozenges are available at no cost to help in your efforts to quit tobacco. Call us to talk with a care manager for help quitting tobacco.

Community Programs

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

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

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

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

Early Head Start
Early Head Start programs provide similar services as preschool Head Start programs, but they are tailored for the unique needs of infants and toddlers. Early Head Start programs promote the physical, cognitive, social, and emotional development of infants and toddlers through safe and developmentally enriching caregiving. This prepares children for continued growth and development and eventual success in school and life.

For more information call 602-338-0449 or visit azheadstart.org

Vaccines for Children
The Vaccines for Children (VFC) Program is a federally funded program that provides vaccines at no cost to children who might not otherwise be vaccinated because of inability to pay.

Call the Arizona Department of Health Services for more information at 602-542-1025.

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

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

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

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

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

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

AZLinks.gov
AZLinks.gov is an online resource that offers assistance and information on aging and disability. You can use this tool to find support groups, food services, recreation services and more.

Community Resources

AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
Arizona Adult Protective Services (Adult Abuse Hotline)	1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385)	https://des.az.gov/services/basic-needs/adult-protective-services
Alzheimer's Association	24/7 HELPLINE 1-800-272-3900	alz.org
Arizona Early Intervention Program (AzEIP)	Central Office 602-532-9960 Central Referral Line 1-888-592-0140 (toll-free)	https://des.az.gov/services/developmental-disabilities/early-intervention/resources
Arizona 2-1-1 Community Information and Referral Services	2-1-1 or 1-877-211-8661 (toll-free)	211arizona.org
AZLinks.gov	N/A	https://azdaars.getcare.com/consumer/
Arizona Job Connection	602-542-2460	azjobconnection.gov

Arizona Head Start	602-338-0449	azheadstart.org
AZ Suicide Prevention Coalition	602-248-8337	azspc.org
AZ Dept. of Health Services Bureau of Women's and Children's Health	602-542-1025	https://www.azdhs.gov/prevention/womens-childrens-health/index.php
Arizona Department of Health Services (ADHS)	602-542-1025	azdhs.gov
Arizona ASHLine Tobacco Quit Line	1-800-556-6222 (toll-free)	www.ashline.org/
AZ Department of Economic Security	602-542-4791	des.az.gov
AZ@WORK	N/A	arizonaatwork.com/
The Arizona Partnership for Immunization (TAPI)	602-288-7568	whyimmunize.org
Arizona Coalition to End Sexual and Domestic Violence	1-800-782-6400 TTD/ TTY: 602-279-7270	acesdv.org
Birth and Death Certificates	602-364-1300 1-888-816-5907 (toll-free)	www.azdhs.gov/vital-records/
Birth to Five Helpline	1-877-705-KIDS (5437)	https://www.swhd.org/programs/health-and-development/birth-to-five-helpline/
Breastfeeding Hotline	24-hour hotline: 1-800-833-4642	https://www.azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/index.php#24-hr-bf-hotline

Division of Developmental Disabilities (DDD)	1-844-770-9500 (toll-free)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-disabilities
Disability Benefits 101 (DB101)	1-866-304-WORK (9675)	az.db101.org
Dump the Drugs	General and Public Information: 602-542-1025	https://azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/
KidsCare - Arizona Children's Health Insurance Program (CHIP)	Maricopa County: 602-417-5437 Statewide: 1-855-432-7587 (toll-free)	https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/Categories/KidsCare.html
Health-e-Arizona Plus	1-855-432-7587 (toll-free)	www.healthearizonaplus.gov
Medicaid – AHCCCS (Arizona Health Care Cost Containment System)	Maricopa County: 602-417-4000; Statewide (toll-free): 1-800-962-6690 TDD: 602-417-4191	www.azahcccs.gov
Mentally Ill Kids in Distress (MIKID)	N/A	mikid.org
National Suicide Prevention Lifeline	988	www.suicidepreventionlifeline.org
Opioid Assistance and Referral (OAR) Line	1-888-688-4222	www.azdhs.gov/oarline
Postpartum Support International	Helpline: 1-800-944-4773	www.postpartum.net

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

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

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

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

AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
Division of Aging and Adult Services – Aging and Disability Services	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services
Division of Aging and Adult Services – Long Term Care	602-542-6454	https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman
Area Agency on Aging	24-hour senior help line: 602-264-help (4357) 1-888-783-7500 (toll-free)	aaaphx.org
Ability360	602-256-2245 1-800-280-2245 (toll-free)	ability360.org
National Alliance on Mental Illness (NAMI), Arizona	480-994-4407	namiarizona.org
Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence	602-279-2900 1-800-782-6400 (toll-free)	acesdv.org

Legal Assistance

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

GLOSSARY

MANAGED CARE TERMINOLOGY:

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

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

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

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

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

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

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

Emergency Services: Services to treat an emergency condition.

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

- Above a limit
- Experimental
- Not medically needed

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

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

Health Insurance: Coverage of costs for healthcare services.

Home Health Care/Home Health Services: Nursing, home health aide, and therapy services,

and medical supplies, equipment, and appliances a member receives at home based on a doctor's order.
Hospice Services: Comfort and support services for a member deemed by a Provider to be in the last stages (six months or less) of life.

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

Hospitalization: Being admitted to or staying in a hospital.

Medically Necessary: A service given by a doctor, or licensed health practitioner that helps with health problem, stops disease, disability, or extends life.

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

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

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

Physician Services: Healthcare services given by a licensed physician.

Plan: See *Service Plan.*

Preauthorization: See *Prior Authorization.*

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

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

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

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

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

- Person licensed as an allopathic or osteopathic physician

- Practitioner defined as a physician assistant licensed
- Certified nurse practitioner

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

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

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

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

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

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

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

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

MATERNITY CARE TERMINOLOGY:

For more definitions, visit the AHCCCS website at azahcccs.gov.

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

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

Maternity Care Provider: Professional staff that work with you (nurses, social workers, medical assistants, physicians, midwives) during your pregnancy.

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

Postpartum: The period that begins on the last day of pregnancy and extends through the end of the month in which the 60-day period following termination of pregnancy ends. Quality measures used in maternity care quality improvement may utilize different criteria for the postpartum period.

Postpartum care: Healthcare provided for a period that begins on the last day of pregnancy and extends through the end of the month in which the 60-day period following termination of pregnancy ends.

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

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

Prenatal Care: The provision of health services during pregnancy which is composed of three major components:

1. Early and continuous risk assessment
2. Health education and promotion
3. Medical monitoring, intervention, and follow-up

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

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN A
BCBSAZ HEALTH CHOICE

¡Le damos la bienvenida a BCBSAZ Health Choice! Nos complace ofrecerles a usted y a su familia los servicios de atención médica de calidad que necesitan.

BCBSAZ Health Choice es un plan médico de AHCCCS Complete Care.

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

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

Si desea recibir por correo una copia de este Manual de Miembro, llámenos. Le enviaremos una copia sin costo alguno para usted.

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

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

¿Quiere saber más acerca de nosotros?

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

BCBSAZ Health Choice es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Los servicios cubiertos se financian por contrato con AHCCCS.

Revisado 9/2023

¿QUÉ ENCONTRARÁ DENTRO DE ESTE MANUAL DE MIEMBRO?

Contenido	Página
Obtención de servicios • Servicios de Atención al Miembro • Abreviaturas • Números telefónicos importantes relacionados con el plan • Atención urgente y fuera del horario laboral • Línea de orientación de enfermería, las 24 horas, los 7 días de la semana • Líneas directas para casos de crisis de salud conductual • Cómo acceder a tratamientos por adicción, servicios para trastornos por consumo de sustancias e información sobre opioides • Servicios de interpretación y traducción de idiomas • Cómo consultar con un proveedor fuera de la red • Health Choice y su atención médica • Tarjetas de identificación de miembros	6
Responsabilidades de los miembros • Modificaciones en su información personal • ¿Puedo cambiar mi plan médico? • Familiares y proceso de planificación del tratamiento • ¿Qué es una emergencia? • Transporte	12
Servicios cubiertos • Beneficios • Atención preventiva para adultos • Atención preventiva para mujeres • Servicios cubiertos para miembros menores de 21 años • Servicios adicionales con limitaciones específicas • Servicios no cubiertos • Tabla de beneficios que se excluyen de AHCCCS (adultos mayores de 21 años) • Autorización previa • Servicios disponibles de RBHA • Servicios de vivienda • Atención al final de la vida y directivas anticipadas	19

Proveedores • Proveedor de atención primaria (PCP) • Consultas • Derivación y autoderivación a especialistas y otros médicos • Libertad de elección • Miembros indios americanos	34
Servicios para niños y adultos jóvenes • Programa EPSDT • Servicios oftalmológicos para niños y adultos jóvenes • Servicios de salud conductual para niños • Vacunas	40
Servicios para el embarazo/de maternidad • Consultas médicas prenatales • Consultas médicas en el puerperio	48
Servicios e insumos de planificación familiar • Planificación familiar • Interrupciones de embarazos necesarias por razones médicas • Esterilizaciones	52
Beneficios odontológicos • Atención odontológica para adultos • Servicios odontológicos para niños (menores de 21 años) • Consultas odontológicas	54
Otros servicios • Servicios del administrador de atención	57
Medicamentos recetados • Formulario de BCBSAZ Health Choice • Consejos sobre los medicamentos recetados • ¿Tiene problemas para resurtir sus recetas? • Reembolso por medicamentos recetados	59

Servicios de salud conductual cubiertos • Servicios de salud conductual • Proceso de derivación por enfermedades mentales graves • Visión de Arizona para la prestación de servicios de salud conductual • Los doce principios para la prestación de servicios a niños • Nueve principios rectores para los servicios y sistemas de salud conductual para adultos orientados a la recuperación • Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC) • Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS): ¿Qué son los CRS? • Consejo Defensor de Miembros	63
Autorización previa	74
Apelaciones • Solicitud de apelación • Apelación acelerada • Aviso de extensión • Uso de un representante	75
Pago de los servicios • Copagos • Personas con copagos opcionales (no obligatorios) • Personas que deben realizar copagos (obligatorios) • Cantidades de copago opcionales (no obligatorios) para algunos servicios médicos • Cantidades de copagos obligatorios para personas que reciben los beneficios de TMA • Límite del 5 % en todos los copagos • Pago de servicios cubiertos por BCBSAZ Health Choice • Pago de servicios no cubiertos por BCBSAZ Health Choice • Otros seguros • Beneficiarios de Medicare • Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) • Plazos de autorización previa para farmacias y servicios médicos	78
Quejas (Reclamos) • Presentación de una queja	84
Audiencia estatal imparcial • Derecho del miembro a solicitar una audiencia estatal imparcial • Qué esperar en la audiencia estatal imparcial • Recibir beneficios continuos	86

Derechos de los miembros • Derechos de los miembros • Su privacidad	88
Fraude, despilfarro y abuso	94
Recursos • ¿Quiere dejar de fumar o dejar el hábito de consumir tabaco? • Programas comunitarios • Recursos comunitarios • Recursos de defensa (ayuda para necesidades especiales) • Asistencia jurídica	96
Glosario • Terminología de atención administrada • Definiciones de atención de maternidad	103

OBTENCIÓN DE SERVICIOS

Servicios de Atención al Miembro

Estamos aquí para ayudarle siempre. Nuestro equipo de Servicios de Atención al Miembro puede responder todo tipo de preguntas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto días feriados). Consulte nuestra información de contacto en la parte inferior de cada página de este manual.

Podemos ayudarle a responder muchas preguntas, como las siguientes:

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

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

Abreviaturas

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

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

Números telefónicos importantes relacionados con el plan

Servicios de Atención al Miembro de BCBSAZ Health Choice	Llámenos si necesita ayuda para encontrar un PCP en su área, cambiar su PCP, información de beneficios o para solicitar un Manual de Miembro.	**1-800-322-8670** **TTY: 711**
Línea de orientación de enfermería, las 24 horas, los 7 días de la semana	Hable con un enfermero para que responda sus preguntas sobre salud y le brinde consejos sobre cómo proceder. El personal de enfermería está disponible para hablar con usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**1-888-267-9037** **TTY: 711**

Líneas directas para casos de crisis de salud conductual	Hable con un especialista para que lo ayude a usted o a un familiar con una crisis de salud conductual.	**Línea directa de crisis de Arizona:** Teléfono: 1-844-534-HOPE (4673) Mensaje de texto: 4HOPE (44673) Chat: Inicie un chat con la Red de Respuestas a Casos de Crisis de Solari (solari-inc.org) **Línea directa para casos de crisis del Norte de Arizona*** (condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai): 1-877-756-4090 TTY: 711 **Línea directa para casos de crisis del Centro de Arizona*** (condados de Gila, Maricopa y Pinal)**:** 1-800-631-1314
		Línea directa para casos de crisis del Sur de Arizona* (Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Santa Cruz y Yuma): 1-866-495-6735 *Las líneas directas regionales para casos de crisis continuarán funcionando y estando disponibles al menos hasta el 1 de octubre de 2023. **Línea nacional de crisis y prevención del suicidio:** 988

Transporte	Llámenos para programar el traslado a una cita médica.	**602-386-3447** **TTY: 711**
Farmacia/Medicamentos recetados	Llámenos si necesita ayuda para surtir sus medicamentos.	**1-800-322-8670** **TTY: 711**
Tratamiento médico (como servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios y autorización previa)	Llámenos si necesita ayuda para enviar una solicitud de servicios o medicamentos.	**1-800-322-8670** **TTY: 711**

Atención urgente y fuera del horario laboral

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

Quizás no sea inmediato, pero su proveedor le devolverá la llamada. Su proveedor le indicará la forma en que deberá proceder. Desde el consultorio del proveedor podrían indicarle que acuda a un centro de atención urgente. Puede llamarnos para encontrar un centro de atención urgente o un centro que atienda fuera del horario de atención que le quede cerca. También puede encontrar un centro de atención si consulta nuestro directorio de proveedores. Los directorios de proveedores están disponibles sin costo. Llámenos para que le enviemos uno por correo o puede visitar nuestro sitio web y utilizar nuestra herramienta “Find a doctor/pharmacy” (Encuentre un médico/farmacia).

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

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

Línea de orientación de enfermería, las 24 horas, los 7 días de la semana
Pueden surgirle preguntas sobre su salud o la de su familia en cualquier momento. Nuestra línea de orientación de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y es gratis.

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

Puede llamar a nuestra línea de orientación de enfermería en cualquier momento, incluidos los fines de semana y los feriados al **1-888-267-9037**. Encontrará fácilmente este número de teléfono en la parte inferior de cada página de este Manual de Miembro.

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

Línea directa para casos de crisis de salud conductual
Si tiene una crisis de salud mental o conoce a una persona en riesgo de hacerse daño a sí misma o a otra persona, llame de inmediato a una línea directa para casos de crisis de salud conductual. A continuación, se detallan algunas señales de advertencia:

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

Para emergencias médicas, siempre llame al 911.

Cuando llame a la línea directa para casos de crisis, los especialistas pueden ayudarle de muchas maneras, como las siguientes:

- Conversar y ayudarlo a sentirse relajado.
- Hablar sobre sus preocupaciones por un ser querido.
- Ayudarlo a afrontar relaciones difíciles.
- Hablar de sus pensamientos de suicidio.
- Ayudarlo a ponerse a salvo.
- Ayudarlo a coordinar una consulta de orientación.
- Comunicarse con un recurso comunitario que esté cerca.
- Hablar detalladamente de situaciones agresivas.
- Presentar opciones para tratar situaciones urgentes.
- Ayudarlo a identificar los recursos que tiene para recibir atención.

Los servicios de crisis están disponibles para cualquier persona, independientemente del seguro. La línea para casos de crisis conecta a las personas en crisis y a sus familiares y amigos con información y profesionales médicos atentos y calificados. La línea para casos de crisis es completamente confidencial y está disponible para cualquier persona que necesite ayuda independientemente del seguro que tenga. Los servicios para casos de crisis pueden incluir servicios telefónicos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, servicios de intervención móvil para crisis y servicios en un centro de atención.

LÍNEA NACIONAL DE CRISIS	NÚMERO DE TELÉFONO
Línea 988 para casos de crisis y prevención del suicidio	988 (llame o envíe un mensaje de texto)

LÍNEA PARA CASOS DE CRISIS DE TODO EL ESTADO DE AZ	NÚMERO DE TELÉFONO
Línea directa para casos de crisis de todo el estado	Llame al: 1-844-534-HOPE (1-844-534-4673) Mensaje de texto: 4HOPE (44673) Chat: Inicie un chat con la Red de Respuestas a Casos de Crisis de Solari (solari-inc.org)

INFORMACIÓN SOBRE LAS LÍNEAS REGIONALES Y DE NACIONES TRIBALES PARA CASOS DE CRISIS * Las líneas directas regionales para casos de crisis continuarán funcionando y estando disponibles hasta el 1 de octubre de 2023	**NÚMEROS DE TELÉFONO**
Centro de Arizona (condados de Gila, Maricopa y Pinal)	1-800-631-1314 o 602-222-9444
Sur de Arizona (condados de Pima, Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Santa Cruz y Yuma)	1-866-495-6735
Norte de Arizona (condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai)	1-877-756-4090
Comunidad aborigen AK-Chin	1-800-259-3449
Comunidad aborigen de Gila River	1-800-259-3449
Comunidad aborigen de Salt River	1-855-331-6432
Nación Tohono O'odham	1-844-423-8759

LÍNEA DE ATENCIÓN COMPRENSIVA (APOYO ENTRE PARES)	**NÚMERO DE TELÉFONO**
NAZCARE	1-888-404-5530, 4:30 p. m. – 10:30 p. m.

LÍNEA DE AYUDA PARA VETERANOS	**NÚMERO DE TELÉFONO**
Línea Veterans Crisis	1-800-273-8255 (marque 1) o envíe un mensaje de texto al 838255

LÍNEA DE CASOS DE CRISIS PARA ADOLESCENTES	**NÚMERO DE TELÉFONO**
Línea Teen Lifeline	1-800-248-8336 (TEEN) o por mensaje de texto al 602-248-8336 (TEEN), 3:00 p. m. - 9:00 p. m.

Cómo acceder a tratamientos por adicción, servicios para trastornos por consumo de sustancias e información sobre opioides

La prestación de servicios para ayudarlo a dejar el alcohol, las drogas o los juegos de azar es gratis. Recibir tratamiento puede ayudarle a cambiar sus pensamientos, sentimientos y acciones. Hay muchos tipos distintos de tratamiento disponibles, como la orientación, los grupos, el apoyo entre pares, la administración de casos y el tratamiento asistido con medicamentos. Independientemente de sus beneficios, si usted está cursando un embarazo o criando hijos, o si es una persona que se inyecta drogas o usa algún tipo de sustancia, estos servicios están disponibles para usted.

También tenemos servicios disponibles para personas que tienen problemas con el consumo de opioides. El tratamiento se presta en múltiples ubicaciones, incluidos centros de inducción de medicamentos, instalaciones para pacientes ambulatorios y centros de tratamiento para pacientes hospitalizados y residenciales. El tratamiento de opioides se proporciona sin costo alguno para usted. También puede encontrar servicios para trastornos por consumo de opioides en su área si usa el buscador de AHCCCS. Ingrese al sitio web opioidservicelocator.azahcccs.gov

Si necesita ayuda, un especialista en salud conductual de BCBSAZ Health Choice puede ayudarle con las derivaciones y las citas. Llame a nuestro equipo de Servicios de Atención al Miembro y solicite un administrador de atención de salud conductual.

Equidad sanitaria

Tenemos el compromiso de ayudarle a obtener el mayor nivel de salud y bienestar. Respetamos las diferencias de nuestros miembros en las dimensiones de edad, raza, origen étnico, idioma, cultura, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado de veterano, estado de discapacidad, y muchas más. Comprendemos que cada miembro también podría tener necesidades sociales, de salud conductual y de salud física. Sabemos que estos factores pueden afectar su salud y sus preferencias de atención médica; es por esto que, si comparte esta información con nosotros, le podremos prestar mejores servicios. Nos esforzamos en atender sus necesidades únicas, eliminar las desigualdades y hacer avances en la equidad sanitaria.

Si necesita apoyo o recursos, nuestro equipo está preparado para ayudarle. Para acceder a los recursos, llame a nuestro equipo de Servicios de Atención al Miembro o ingrese a nuestro sitio web en healthchoiceaz.com/community-resources/overview/. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor que le preste servicios de calidad que sirvan a sus necesidades. Para encontrar un proveedor, use nuestra herramienta “Provider Search” (búsqueda de proveedores) en nuestro sitio web, https://providerdirectory.healthchoiceaz.com/Provider/ShowProviders/en/hca, o bien llame al equipo de Servicios de Atención al Miembro.

Servicios de idiomas

Puede ser difícil entender su atención cuando el inglés no es su idioma nativo o si tiene dificultades auditivas. Hay servicios disponibles que le serán de ayuda sin costo alguno para usted.

Servicios de intérprete (interpretación oral). Si necesita un intérprete durante su visita al proveedor, avise al proveedor antes de ir a la visita. Si necesita un intérprete cuando esté hablando con alguien en BCBSAZ Health Choice, llame a Servicios de Atención al Miembro de BCBSAZ Health Choice.

- Servicios de traducción (comunicación escrita). Todos los materiales para miembros de BCBSAZ Health Choice están en inglés y en español. Infórmenos si quiere tener cualquier parte de nuestra información impresa en otro idioma o en un formato diferente, como

letra grande o audio. Puede comunicarse con Servicios de Atención al Miembro. Le enviaremos la información que necesita sin costo alguno para usted.

- Lengua de señas. Si es hipoacúsico o tiene problemas de audición, puede pedirle a su proveedor que le ofrezca asistencia auxiliar o que programe los servicios de un intérprete de lengua de señas estadounidense para satisfacer sus necesidades. Su proveedor le ofrece estos servicios sin costo alguno para usted. Si necesita un intérprete en lengua de señas para sus necesidades cuando se comunique con BCBSAZ Health Choice, informe sobre este pedido al equipo de Servicios de Atención al Miembro. Los intérpretes de lengua de señas estadounidense (ASL) son profesionales certificados que brindan servicios de interpretación, generalmente, en ASL, a las personas hipoacúsicas. Para consultar una lista de intérpretes de lengua de señas y las leyes sobre la profesión de intérpretes en el estado de Arizona, visite la página de Arizona Commission for the Deaf and Hard of Hearing (Comisión de Arizona para Sordos y Personas con Dificultades Auditivas) en www.acdhh.org o llame al 602-542-3323 (V); 602-364-0990 (TTY); 800*352-8161 (V/TTY); 480*559*9441 (teléfono de video).
- Los recursos auxiliares incluyen transcripciones asistidas por computadora, materiales en letra grande, materiales escritos, materiales en Braille, dispositivos o sistemas de ayuda auditiva, subtítulos grabados u opcionales, y otros métodos efectivos para poner los materiales publicados a disposición de los miembros con pérdida de la audición. Si necesita recursos auditivos auxiliares para su comunicación con BCBSAZ Health Choice, póngase en contacto con Servicios de Atención al Miembro de BCBSAZ Health Choice. Puede comunicarse con su proveedor para recibir esta ayuda si se necesita para la comunicación durante su cita médica.
- Hay disponibles servicios de TTY/TDD sin costo alguno para los miembros. Servicios de Retransmisión de Arizona en el 7-1-1. El Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones les permite a las personas con discapacidades auditivas o del habla hacer y recibir llamadas telefónicas. Si necesita usar los servicios de retransmisión de telecomunicaciones, marque 7-1-1 para que lo conecten con un asistente de comunicaciones con formación especial.
- Subtitulado de conferencias remotas: subtitulado de conferencias remotas (RCC) a través del Servicio de Retransmisión de Arizona (AZRS) administrado por la Comisión de Arizona para Sordos y Personas con Dificultades Auditivas. El RCC es un servicio gratuito disponible para los residentes hipoacúsicos y con dificultades auditivas de Arizona. Este servicio les permite a las personas participar en reuniones (en persona o remotas), llamadas telefónicas, videoconferencias y llamadas por teleconferencia con múltiples participantes. Para obtener más información, puede comunicarse con los Servicios de Retransmisión de Arizona:
    - Para el TTY: 1.800.347.1695
    - Por voz: 1.866.259.1768
    - Correo electrónico: info@azrelay.org
    - Sitio web de ACDHH: www.acdhh.org; Sitio web de RCC: www.arizonarcc.com; Sitio web del Servicio de Retransmisión de AZ: www.azrelay.org

Consejo de Cultura y Diversidad
BCBSAZ Health Choice cumple con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 según la implementación de las normas de la parte 80 del Título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 según la implementación de las normas de la parte 91 del Título 45 del CFR, la Ley de Rehabilitación de 1973, el Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972 (con respecto a los programas y las actividades educativos), los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la sección 1557 de la Ley de Asistencia Asequible y Protección al Paciente. También ponemos énfasis en la importancia del derecho del miembro a recibir tratamiento independientemente de su raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, afección de salud conductual (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética o capacidad de pago.

Sabemos que nuestros miembros representan diversas culturas, razas y orígenes étnicos. La cultura determina nuestra forma de actuar, pensar y comunicarnos. También influye en la forma de cubrir las necesidades de salud.

Necesitamos su opinión para asegurarnos de que se cubran sus necesidades de cultura y diversidad. Una forma de lograrlo es participando en nuestro Consejo de Cultura y Diversidad para compartir más acerca de usted y de su comunidad. De este modo, podemos mejorar la prestación de servicios de salud para usted y otras personas.

Al unirse a este consejo, nos ayudará a encontrar formas de tratar lo siguiente:

- Nuestros proyectos de competencia cultural y comunicación.
- La atención orientada a los miembros y a la familia, que incluye las experiencias de los miembros.
- Cómo trabajamos con nuestros proveedores, agencias y comunidades para cubrir las necesidades de los miembros.

¿Está interesado en unirse o tiene preguntas? Comuníquese con Servicios de Atención al Miembro.

Encontrar a un proveedor que hable su idioma y se adapte a sus discapacidades físicas
Nuestro directorio de proveedores muestra los idiomas que hablan nuestros proveedores. Tiene un índice de proveedores por idioma. El directorio de proveedores se encuentra en nuestro sitio web. Puede buscar en el directorio de proveedores en línea por idioma. Si desea obtener una copia impresa del directorio, llámenos y le enviaremos una sin costo alguno para usted.

Si necesita un proveedor que brinde adaptaciones por discapacidades físicas, puede llamarnos y lo ayudaremos a encontrar un proveedor que cubra sus necesidades.

Miembros con enfermedades muy agudas que necesitan atención médica
Las necesidades personales de atención médica varían según la persona, y BCBSAZ Health Choice trabajará con usted para ayudarle a determinar el nivel apropiado de atención y el tipo de proveedor que puede atender sus necesidades e inquietudes. Si tiene preguntas acerca del tipo de proveedor o la atención que está buscando, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro, y le ayudaremos a buscar en la red de proveedores. Si necesita una atención más especializada, lo derivaremos a nuestros administradores de atención.

Cómo consultar con un proveedor fuera de la red
BCBSAZ Health Choice posee una amplia red de proveedores para cubrir sus necesidades. Estos proveedores se pueden identificar llamando a Servicios de Atención al Miembro o buscando los proveedores en nuestro sitio web. En caso de que deba recibir atención de un proveedor no contratado, llámenos directamente o trabaje con su PCP para encontrar una alternativa con contrato. En una emergencia, busque atención médica de inmediato, independientemente de si el proveedor está dentro de la red contratada o no.

BCBSAZ Health Choice y su atención médica
BCBSAZ Health Choice brinda atención médica a las personas registradas en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS). Este es el programa de Medicaid de Arizona. Esto significa que tenemos un contrato con el estado de Arizona para prestar servicios cubiertos por Medicaid.

Brindamos servicios de atención médica y salud conductual a los miembros elegibles que viven en los siguientes condados:

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

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

Los miembros de BCBSAZ Health Choice se pueden asignar a un “centro de salud conductual” donde podrán obtener ese tipo de servicios.

Algunos centros de salud conductual también tienen proveedores de atención primaria para que pueda recibir toda la atención, tanto física como conductual, en un solo lugar. Puede cambiarse a un nuevo centro de salud conductual en cualquier momento.

Su PCP y su centro de salud integral:

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

Ser miembro de BCBSAZ Health Choice significa que:

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

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

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

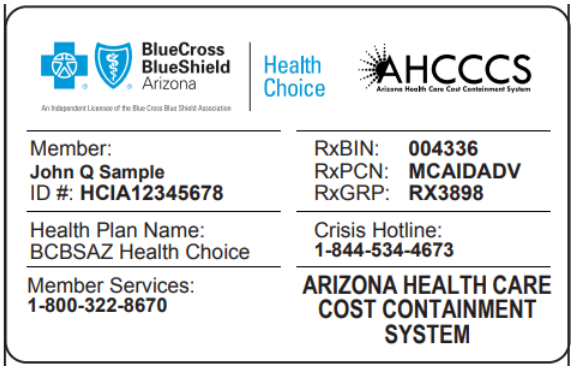
Si tiene preguntas, llámenos.

Tarjetas de identificación de miembros

Esté atento a la llegada por correo de la tarjeta de identificación de miembro. Cada familiar inscrito en BCBSAZ Health Choice tendrá una tarjeta. Las tarjetas son únicas para usted y tendrán su número de identificación de miembro. Verifique su tarjeta de identificación. Asegúrese de que toda su información sea correcta. Si la información no es correcta, llámenos.

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

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



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

Cuide su tarjeta de identificación de miembro:

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

Si pierde su tarjeta, llámenos. Le ayudaremos a obtener una nueva.

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

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Como miembro de BCBSAZ Health Choice, usted tiene la responsabilidad de lo siguiente:

- Cuidar su tarjeta de identificación de miembro en todo momento. Mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir servicios. No desechar la tarjeta.
- Conocer el nombre de su proveedor de atención primaria (PCP). Este es el proveedor que se le asigna. Infórmele sobre sus antecedentes de salud. Asegúrese de incluir cualquier problema o inquietud médica. Esto lo ayudará a obtener la mejor atención posible.
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento de su proveedor. Esto incluye:
    - Tomar todos los medicamentos según las indicaciones de su proveedor.
    - Conversar con su proveedor sobre su atención médica.
    - Comprender, participar y estar de acuerdo con su plan de tratamiento con su proveedor.
- Utilizar la sala de emergencias del hospital solo para emergencias reales. Vaya a ver a su proveedor o a los centros de atención de urgencia para recibir cualquier otro tipo de atención.
- Agendar sus citas de atención médica durante los horarios de atención, siempre que sea posible. Trate de atenderse con su proveedor para recibir atención de rutina.
- Llegar a sus citas de forma puntual. Llame al proveedor con anticipación si no puede presentarse a la cita. Llegue temprano al consultorio si es la primera vez que el médico lo atiende.
- Si necesita transporte para ir a la consulta, llame al 602-386-2447 con al menos tres (3) días de anticipación.
- Llevar los registros de vacunación de sus hijos a cada cita. Esto incluye a todos los miembros de 18 años de edad o menos.
- Llamar al consultorio con al menos un (1) día de anticipación si no puede acudir a la cita con su proveedor. Recuerde cancelar el transporte.
- Informarle a AHCCCS si tiene algún cambio en su información personal, como su dirección o la cantidad de integrantes que componen su grupo familiar.
- Informarle a BCBSAZ Health Choice o a la Oficina del Inspector General (OIG) de AHCCCS si sospecha de fraude, despilfarro o abuso por parte de un proveedor, miembro u otra persona. Para denunciar un fraude a la OIG, llame al 602-417-4193.
- Informarle a AHCCCS si obtiene un plan de seguro médico nuevo (seguro primario) o si cancela un plan de seguro médico que le brindaba cobertura cuando se inscribió en AHCCCS.
- Tratar al personal y a los proveedores de BCBSAZ Health Choice con respeto. Algunos ejemplos de comportamientos apropiados e inapropiados son los siguientes:

- Comportamientos apropiados:
    - Llegar a su cita programada según las indicaciones del personal del proveedor.
    - Seguir los pasos recomendados para mejorar su salud y bienestar.
    - Proporcionarle a su proveedor todos los datos relevantes y no omitir elementos que puedan afectar su plan de tratamiento, por ejemplo: consumo de drogas y alcohol, otros medicamentos, disposiciones de vivienda, etc.
- Comportamientos inapropiados:
    - No tratar al personal del plan médico o del proveedor con dignidad y respeto.
    - No asistir a las citas programadas.
    - Utilizar el Departamento de Emergencias para recibir atención por situaciones que no ponen en peligro la vida.

Modificaciones en su información personal
¿Sufrió algún cambio últimamente? Infórmenos a nosotros y a AHCCCS para que tengamos la información correcta. Llame a nuestro equipo de Servicios de Atención al Miembro si desea informarnos alguno de estos cambios:

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

¿Qué sucede si me mudo?
Si se muda a otro condado en Arizona, fuera del estado o fuera del país, debe llamar a AHCCCS para notificar sobre el cambio.

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

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

- DES (602-542-9935 o 1-800-352-8401 fuera del condado de Maricopa)
- KidsCare (602-417-5437 o 1-877-764-5437 fuera del condado de Maricopa).
- SSI MAO (602-417-5010 o 1-800-528-0142 fuera del condado de Maricopa).
- Administración del Seguro Social (1-800-772-1213).

¿Puedo cambiar mi plan médico?
Sí, pero esperamos que nos informe si tiene algún problema con sus servicios. Puede cambiar de plan médico una vez por año. Este proceso se llama Opción de Inscripción Anual (AEC). Recibirá información de la Opción de Inscripción Anual dos meses antes de la fecha de aniversario de su inscripción.

Cambiar su plan médico fuera del período de opción de inscripción anual
Puede cambiar de plan si:

- No tuvo la opción de elegir entre planes médicos.
- No recibió la carta sobre la Opción de Inscripción Anual de AHCCCS.
- Recibió la carta de la Opción de Inscripción Anual, pero no pudo participar.
- Otros integrantes de su familia están inscritos en otro plan médico.
- Usted forma parte de un grupo especial que reúne los requisitos para otro tipo de plan médico, como un plan de Atención a Largo Plazo.
- Perdió la cobertura de AHCCCS y la recuperó dentro de los 90 días, pero no volvió a tener el plan médico que tenía antes.
- Tiene motivos médicos por los que debe seguir atendiéndose con su proveedor actual y este no está en la red de BCBSAZ Health Choice. Esto también se llama continuidad de la atención.
- Está embarazada y recibe atención prenatal de un proveedor miembro a otro plan médico de AHCCCS.

Si necesita cambiar su plan médico por razones de continuidad de la atención, llame a Servicios de Atención al Miembro.

Si necesita cambiar su plan médico, llame a AHCCCS al 1-800-962-6690, o en el condado de Maricopa llame al 602-417-4000. Si tiene preguntas, llámenos. Siempre queremos ayudarlo.

Familiares y proceso de planificación del tratamiento
BCBSAZ Health Choice reconoce y respeta que las familias son importantes. Queremos brindar atención centrada en la familia. Esto significa que usted puede incluir a su familia en las decisiones que tome. Esto puede incluir lo siguiente:

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

Solo hablaremos de su atención con su familia si usted nos da permiso. Esto se puede hacer contactando a Servicios de Atención al Miembro.

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

- Algunos ejemplos de transición de planes médicos pueden incluir:
- Cambio de otro plan médico de AHCCCS a Health Choice.
- Cambio de BCBSAZ Health Choice a otro plan médico de AHCCCS.
- Cambio de un plan con pagos por servicio (FFS) a BCBSAZ Health Choice.

Si tiene preguntas sobre el plan médico que tiene asignado, llame a Servicios de Atención al Miembro para obtener ayuda.

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

Si tiene una emergencia, llame al 911 de inmediato. Las emergencias pueden incluir:

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

La mayoría de las enfermedades no son emergencias y se pueden tratar en el consultorio de su proveedor. También puede recibir tratamiento en un centro de atención de urgencias.

Debe acudir a un centro de atención de urgencias si tiene los siguientes síntomas:

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

Consejos sobre emergencias

- Acuda a la sala de emergencias solo cuando tenga una emergencia.
- Si está enfermo, pero no es una emergencia, llame a su proveedor.
- Si no está seguro de que su problema sea una emergencia real, llame a su proveedor para que lo asesore.
- También puede llamar a la línea de orientación de enfermería de BCBSAZ Health Choice al 888-267-9037, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Qué hacer ante una emergencia

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

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

Transporte

Transporte de emergencia

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

Transporte que no pertenezca a casos de emergencia (NEMT)

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

Para los miembros que viven en los condados de Maricopa y Pinal:

Los servicios de transporte que no pertenezca a casos de emergencia (NEMT) hacia y desde una farmacia solo están cubiertos para viajes dentro de las 15 millas del lugar de recogida, excepto para viajes a (1) farmacias de medicamentos compuestos o especializados y (2) farmacias en instalaciones de MSIC o IHS/638.

Las 15 millas se calculan desde la ubicación de recogida hasta la ubicación de regreso, para una dirección. Los viajes a farmacias de medicamentos compuestos o especializados de más de 15 millas pueden cubrirse si su plan médico autoriza previamente el transporte.

Los viajes a una farmacia de un centro de MSIC o IHS/638 pueden superar las 15 millas sin necesidad de obtener una autorización previa del plan médico.

La distancia de 15 millas no se aplica a los miembros que no viven en los condados de Maricopa o Pinal. El servicio de transporte que no sea de emergencia de un familiar o una persona que brinda cuidados, sin el miembro presente en el vehículo, se cubre cuando tiene el propósito de prestar los servicios necesarios por razones médicas que figuran en el plan de servicio o tratamiento del miembro.
A continuación, se informa cómo solicitar un viaje:

- Llame al: 602-386-3447

Cuando llame, tenga a mano la siguiente información:

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

Prepárese para el viaje:

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

Más consejos sobre transporte

- Solo puede obtener transporte para servicios necesarios por razones médicas. Los servicios deben estar cubiertos por su plan médico. Estos incluyen servicios de salud conductual.
- El transporte no se proporciona para gestiones personales, como compras, citas de peluquería o compra de comida.
- El transporte debe ser para llegar hasta un proveedor de BCBSAZ Health Choice, como su proveedor, farmacia o laboratorio.
- Podemos proporcionar transporte a grupos locales de apoyo de la comunidad, como Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI).
- Si desea transporte para una consulta con un proveedor que no está en nuestra red, debe obtener aprobación previa. Esto también se llama “autorización previa”. Llámenos si necesita aprobación previa.

- Si un amigo o familiar que no vive con usted lo lleva en su automóvil a una consulta, es posible que le reembolsemos el dinero. La consulta debe ser para un servicio cubierto. Llámenos para obtener más información.
- Los miembros o los pasajeros menores de 5 años deben tener su propio asiento de seguridad adecuado. Los miembros o los pasajeros deben cumplir las leyes en cuanto a los asientos de seguridad de Arizona y deben proporcionar su propio asiento de seguridad.
- Los miembros menores de 16 años deben estar acompañados por un adulto para todos los transportes.
- A veces podrá viajar con otros miembros a su consulta. Un solo pasajero adicional o una persona que brinda cuidados puede acompañar al miembro a la consulta.
- Un conductor puede recoger y entregar los medicamentos de rutina que no sean narcóticos en el domicilio registrado del miembro.
- Solo puede obtener transporte que no sea de emergencia a la sala de emergencias si su médico nos llama para coordinarlo.

SERVICIOS CUBIERTOS

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

Beneficios

- Como miembro de Health Choice, podría recibir los siguientes beneficios de atención médica**:** Servicios de salud conductual, como servicios para pacientes hospitalizados, servicios para pacientes ambulatorios, orientación y desintoxicación
- Reconstrucción mamaria después de una mastectomía.
- Quimioterapia y radiación.
- Servicios odontológicos de emergencia.
    - El límite de servicios odontológicos no se aplica a miembros indios americanos/nativos de Alaska (AI/AN, cuando reciban los servicios de un centro de atención IHS/638) y servicios de salud conductual [42 CFR 457.1207, 42 CFR 438.10].
- Pruebas de diabetes e insumos para las pruebas.
- Diálisis.
- Consultas en consultorio del proveedor y servicios (su PCP y especialistas).
- Equipo médico duradero (DME) e insumos, que incluyen dispositivos de comunicación aumentativa.
- Servicios de emergencia para problemas médicos que ponen en riesgo la vida.
- Atención al final de la vida (incluye directivas anticipadas).
- Servicios de planificación familiar (anticonceptivos y asesoramiento de planificación familiar).
- Evaluación de pérdida auditiva.
- Análisis de VIH/SIDA, servicios de orientación y tratamiento.
- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Servicios de cuidados paliativos.
- Servicios hospitalarios (hospitalización, consulta externa y observación).
- Vacunas.
- Se puede proporcionar ropa interior para incontinencia a miembros mayores de 21 años.
- Terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia para pacientes hospitalizados.

- Fisioterapia y terapia ocupacional ambulatorias (cuando sean necesarias por razones médicas).
- Bombas de insulina.
- Servicios de laboratorio y radiología.
- Podología.
- Atención en el embarazo.
- Transporte para servicios necesarios por razones médicas.
- Evaluaciones nutricionales, alimentos medicinales.
- Servicios de cirugía ambulatoria.
- Medicamentos recetados (no se cubren si tiene Medicare).
- Exámenes y estudios preventivos (Papanicolaou, mamografías, colonoscopias).
- Servicios respiratorios.
- Ayuda para abandonar el consumo de tabaco.
- Trasplantes (órganos y tejidos) aprobados por AHCCCS.
- Servicios de atención de urgencia.
- Servicios preventivos para mujeres.

Esta lista no incluye todos los servicios posibles. Puede ver una lista más extensa en https://www.azahcccs.gov/Members/ProgramsAndCoveredServices/.

Si usted es un miembro con elegibilidad doble que tiene Medicare y Medicaid, podría tener otros beneficios. Asegúrese de revisar qué otros servicios cubiertos podría tener con su plan de Medicare.

Si tiene preguntas, llámenos. Siempre queremos ayudarlo.

Atención preventiva para adultos
Además de las consultas de bienestar, BCBSAZ Health Choice ofrece exámenes médicos de rutina para hombres y mujeres.
Los estudios para las mujeres incluyen:

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

Los estudios para los hombres incluyen:

- Detección del cáncer de próstata.
- Colonoscopía.

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

Los servicios de atención preventiva para mujeres incluyen:

- Un examen físico (examen preventivo) que evalúa el estado de salud general.
- Examen clínico de las mamas.
- Examen pélvico (según sea necesario, de acuerdo con recomendaciones vigentes y las normas de buenas prácticas).
- Revisión y administración de vacunas, estudios y análisis según corresponda para la edad y los factores de riesgo.
- Estudios y orientación centrados en mantener un estilo de vida saludable y minimizar los riesgos de la salud, y que abarquen al menos lo siguiente:
    - Nutrición adecuada
    - Actividad física
    - Un IMC elevado que indique obesidad
    - Uso, abuso o dependencia del tabaco o de sustancias
    - Examen de detección de depresión
    - Detección de la violencia interpersonal y doméstica que incluye una orientación que implica obtener información de las mujeres y adolescentes acerca de episodios de violencia y abuso presentes o pasados, de una manera sensible en términos culturales y comprensiva para atender las inquietudes presentes de salud sobre la seguridad y otros problemas de salud presentes o futuros
    - Infecciones de transmisión sexual
    - Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
    - Servicios e insumos de planificación familiar
    - Orientación previa a la concepción que incluya un diálogo sobre un estilo de vida saludable antes del embarazo y entre embarazos que incluya lo siguiente:
        - Antecedentes reproductivos y prácticas sexuales
        - Peso saludable, que incluye la dieta y la nutrición, el uso de suplementos nutricionales y el consumo de ácido fólico
        - Actividad física o ejercicio
        - Atención de la salud oral
        - Manejo de enfermedades crónicas
        - Bienestar emocional
        - Consumo de tabaco y sustancias (cafeína, alcohol, marihuana y otras drogas), que incluye el uso de medicamentos recetados, intervalos recomendados entre los embarazos, y el inicio de derivaciones necesarias cuando se identifica la necesidad de realizar una evaluación, un diagnóstico o un tratamiento en mayor profundidad.

Consejos de salud

- Hable con su proveedor acerca de la vacuna de COVID-19.
- Las derivaciones a otros proveedores también se realizan cuando se necesita una evaluación y un tratamiento de mayor profundidad.

- El transporte no tendrá costo alguno para usted en caso de visitas preventivas. Si necesita transporte para ir a la consulta, llame al 602-386-2447 con al menos tres (3) días de anticipación.
- Las consultas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para miembros menores de 21 años se consideran igual que las consultas preventivas.

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

Servicios cubiertos para miembros menores de 21 años

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

- Atención odontológica (preventiva, de rutina y de emergencia).
- Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)/consultas y evaluaciones de atención preventiva infantil.
- Vacunas para niños menores de 21 años.
- Exámenes de audición y audífonos.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Dispositivos ortopédicos (cuando los recete el proveedor de atención primaria, el proveedor adjunto o un profesional de la salud del miembro).
- Exámenes de la vista y anteojos.
- Derivaciones para nutrición/dietista cuando las indique un proveedor.
- Servicios de rehabilitación para niños con afecciones que califiquen.

Servicios adicionales con limitaciones específicas

Servicios comunitarios y en el hogar	En lugar de una residencia para ancianos y convalecientes
Residencia para ancianos y convalecientes	Hasta 90 días por año de contrato (1 de octubre al 30 de septiembre)
Artículos de cuidado personal	Para tratar una afección
Atención de la vista	Afecciones oftalmológicas. Exámenes de la vista y anteojos para niños menores de 21 años. Anteojos para adultos después de una cirugía de cataratas.
Dispositivos ortopédicos	BCBSAZ Health Choice cubre dispositivos ortopédicos para los miembros mayores de 21 años cuando: • Sean necesarios por razones médicas, como tratamientos preferidos de acuerdo con las pautas de Medicare, Y

	• Cuesten menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma afección, Y • Los indique un proveedor (médico) o un profesional de la salud de atención primaria (enfermero de práctica avanzada o auxiliar médico).

Servicios no cubiertos
BCBSAZ Health Choice no cubre los siguientes servicios médicos:

- Interrupción del embarazo y asistencia psicológica (a menos que el proveedor nos informe que la vida de la madre está en peligro o que el embarazo se debe a una violación o un incesto, o que la interrupción es necesaria por razones médicas).
- Cirugía estética (como aumento o reducción de senos).
- Procedimientos o tratamientos experimentales con fines de investigación.
- Servicios para la esterilidad (para ayudar a una persona a tener hijos).
- Reversión de cualquier método anticonceptivo permanente.
- Circuncisiones de rutina.
- Servicios para los que se necesite autorización previa que no se autorizaron, incluidos ciertos medicamentos.
- Operaciones de reasignación de género (cambio de sexo).
- Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM), excepto cuando se deba a un traumatismo reciente.
- Tratamiento para corregir los dientes (cuidado de la salud bucal, ortodoncia).
- Inmunoterapia para adultos.
- Marihuana medicinal.
- Terapia del habla para pacientes ambulatorios mayores de 21 años.
- Implantes de pene y dispositivos de vacío.
- Servicios que no sean necesarios por razones médicas.
- Servicios que acordó pagar usted mismo.
- Servicios de un proveedor que no esté incluido en la red BCBSAZ Health Choice, a menos que lo aprobemos.
- Servicios prestados en un centro para el tratamiento de la tuberculosis.

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

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

Tabla de beneficios que se excluyen de AHCCCS (adultos mayores de 21 años)

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

Servicios disponibles de RBHA
La Autoridad Regional de Salud Conductual (RBHA) en cada región continuará con la gestión de los servicios que no se incluyan en los Títulos XIX/XXI y los miembros que se determine que sufren una enfermedad mental grave (SMI). Los servicios que no se incluyen en el Título XIX incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación y comida.
- Curación tradicional.
- Acupuntura auricular.
- Cuidado infantil.
- Vivienda subvencionada.
- Servicios de crisis no incluidos en el Título XIX.
- Orientación.
- Administración de casos.
- Servicios de apoyo.

A continuación, encontrará una lista de información de contacto para las RBHA. Encuentre una con sede en el condado en el que vive.

Área de servicio	RBHA	N.º de teléfono
Centro de Arizona (condados de Maricopa, Gila y Pinal)	Mercy Care AZ	1-800-564-5465
Sur de Arizona (condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Santa Cruz y Yuma)	Arizona Complete Health	1-888-788-4408
Norte de Arizona (condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai)	Care1st Health Plan	1-866-560-4042

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

Servicios de apoyo financiados por subvenciones
Las poblaciones especiales incluyen grupos de personas que son elegibles para recibir servicios financiados por subvenciones federales en bloque. Estas subvenciones federales incluyen la Subvención en Bloque para el Abuso de Sustancias (SABG) y la Subvención en Bloque para Salud Mental (MHBG). Los fondos de las subvenciones en bloque SABG se usan para tratamiento y servicios de apoyo de recuperación a largo plazo para las siguientes personas, en orden de prioridad:

- Mujeres/adolescentes embarazadas que se inyectan drogas;
- Mujeres/adolescentes embarazadas que consumen sustancias;
- Otras personas que se inyectan drogas;

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

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

Servicios de vivienda
A través de nuestra red de proveedores integrados, BCBSAZ Health Choice proporciona acceso a servicios y recursos de vivienda para acceder a opciones seguras, estables y asequibles. Estos servicios pueden incluir fondos para la prevención de mudanzas/desalojos, servicios de localización de viviendas y derivaciones a los programas de vivienda deseados. También hay disponibles opciones de subsidio de la vivienda.

Además, BCBSAZ Health Choice cuenta con un especialista en vivienda que trabaja con nuestro equipo de administración de la atención para coordinar la asistencia a miembros con necesidades relacionadas con la vivienda. Puede comunicarse con nuestro especialista en vivienda, Eric Marcus, y nuestro equipo de administración de la atención en HChousingsupport@azblue.com. También puede comunicarse con el equipo de Servicios de Atención al Miembro al
1-800-322-8670, TTY: 711 para obtener más información sobre la ayuda y los servicios para viviendas subvencionadas.

Recursos de vivienda
A continuación, encontrará algunos enlaces a agencias que pueden brindarle información sobre programas u otras opciones de vivienda:

En todo el estado:

- Programa de Vivienda de AHCCCS (AHP): https://azabc.org/ahp
  - El programa AHP ofrece vales para ayudar con el alquiler y prevenir los desalojos. Las solicitudes se pueden enviar para los miembros que reúnan los requisitos y tengan enfermedades mentales graves o una salud mental general con necesidades importantes de costo elevado, sean mayores de 18 años y ciudadanos de los Estados Unidos, y tengan una necesidad identificada de vivienda.
- Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD): https://www.hud.gov/states/arizona/offices

    - El HUD ofrece apoyo en forma de ayuda para el alquiler de viviendas públicas, programas de hipoteca para vivienda unifamiliar y programas para nativos americanos:
- Departamento de Vivienda de Arizona (ADOH): https://housing.az.gov/
    - El ADOH ofrece programas para apoyar a propietarios de viviendas con dificultades y personas de bajos ingresos que están comprando una vivienda, y dan ayuda para prevenir el desalojo de inquilinos.
- Programa de Vales de Elección de Vivienda (HCV o "Sección 8").
    - Los Vales de Elección de Vivienda, administrados por distintas agencias, permiten que las familias de bajos ingresos soliciten formar parte de una lista de espera para alquileres asistidos por vales.
    - Enlaces para programas con programas de HCV por condado:
        - Coconino: https://www.flagstaff.az.gov/2347/Section-8
        - Maricopa: https://maricopahousing.org/programs/section-8/
        - Mohave: https://www.publichousing.com/details/mohave_county
        - Navajo: https://www.winslowaz.gov/departments/public_housing/index.php
        - Pinal: https://www.pinal.gov/616/Section-8-Housing
        - Yavapai: https://housing.az.gov/general-public/arizona-public-housing-authority-section-8-0
- Catholic Charities: https://www.catholiccharitiesaz.org/
    - Catholic Charities ofrece ayuda para la vivienda a través de reinserciones a la comunidad, asistencia comunitaria a personas sin hogar y un refugio de emergencia. Los servicios varían según el área.
- Oxford House, Inc.: https://www.oxfordvacancies.com/
    - Oxford House ofrece opciones de viviendas para personas con trastornos por consumo de sustancias en recuperación a través de hogares administrados por personas que atravesaron la misma dificultad, que incluyen hogares para mujeres con niños.

Centro de Arizona:

- Family Housing Hub (FHH)/UMOM: (602) 595-8700, https://www.fhhub.org/, https://www.umom.org/
    - Ubicado en 3307 E. Van Buren Street, #108 Phoenix, AZ 85008, FHH ofrece apoyo a las familias con hijos que sufren la falta de vivienda en el condado de Maricopa.
- Phoenix Rescue Mission: (602)233-3000, https://phoenixrescuemission.org/help/specialized-services/
    - Phoenix Rescue Mission presenta diversos programas de asistencia para la vivienda que incluyen el empleo, la reinserción judicial y viviendas asequibles.

Norte de Arizona:

- Housing Solutions of Northern Arizona: https://www.housingnaz.org/
    - Ofrece varios programas tales como: vivienda transitoria, asesoramiento de crédito y alquileres asequibles.

- Autoridad de Vivienda de Flagstaff, Arizona: http://www.flagstaff.az.gov/2342/Housing-Authority
- Ofrece ayuda para las familias de bajos ingresos a través de los Vales de Elección de Vivienda, un programa local de viviendas públicas, y el desarrollo de viviendas de Clark Homes. Consejo de Gobiernos del Norte de Arizona (NACOG): https://nacog.org/
    - Ofrece asistencia para alquiler de emergencia.
- Navajo Nation en Flagstaff: http://www.navajo-nsn.gov/
    - Ofrece asistencia general de vivienda.
- Consejo de Gobiernos del Oeste de Arizona (WACOG): https://www.wacog.com/.
    - Prevención de situaciones de personas sin hogar y ayuda para servicios públicos en los condados de La Paz, Mohave y Yuma.

Ingreso coordinado a la continuidad de la atención (CoC)

El ingreso coordinado es un sistema que brinda un acceso rápido a la vivienda y a otros recursos para personas que no tienen hogar o están en riesgo de perderlo. El ingreso coordinado usa los puntos de acceso de la continuidad de la atención para conectar a los miembros con recursos de viviendas en su área. Los puntos de acceso de la continuidad de la atención en Arizona se pueden encontrar en https://211arizona.org/coordinated-entry-points-for-individuals-experiencing-homelessness/. Además, se presentan a continuación la información y los contactos de continuidad de la atención para cada condado:

Condado	Contacto
Apache	Alianza de los Condados de Navajo y Apache para Terminar con la Falta de Vivienda https://www.nacaeh.org/ Tia Evans, tia.evans@rcaz.us
Coconino	Continuidad de la Atención del Condado de Coconino http://frontdoorofcoconino.org/ Heather Marcy, hmarcy@northlandfamily.org
Maricopa	Continuidad de la Atención del Condado de Maricopa http://azmag.gov/Programs/Homelessness mag@azmag.gov
Mohave	Continuidad de la Atención para Personas sin Vivienda del Condado de Mohave Rachael Thompson, thompr@mohave.gov
Navajo	Alianza de los Condados de Navajo y Apache para Terminar con la Falta de Vivienda https://www.nacaeh.org/ Tia Evans, tia.evans@rcaz.us

Pinal	Coalición contra la Falta de Vivienda del Condado de Pinal www.pcceh.com Heather Patel, heather.patel@pinal.gov
Yavapai	Coalición de Impacto Colectivo contra la Falta de Vivienda de Yavapai Anthony Cruz, CCCS ancruz@cc-az.org

SERVICIOS RELACIONADOS CON EL EMPLEO

¿Sabía esto?

- El trabajo puede ser una parte importante de la recuperación de una persona, ya que da una estructura y rutina, a la vez que potencia la autoestima y mejora la independencia económica.
- Incluso si está recibiendo beneficios públicos, como el Seguro Social, podría obtener más dinero y continuar teniendo sus beneficios médicos.
- Para las personas con discapacidades, la rehabilitación vocacional es un recurso importante para ayudarles a alcanzar sus objetivos laborales.

Servicios relacionados con el empleo de AHCCCS

Puede tener acceso a servicios relacionados con el empleo y la rehabilitación a través de su centro de salud integral o conductual. Esto incluye servicios anteriores y posteriores al empleo que le ayudarán a conseguir y conservar un empleo. Algunos ejemplos de los servicios relacionados con el empleo para los que podría ser elegible son los siguientes:

- Orientación vocacional y educativa
- Planificación y educación sobre los beneficios
- Conexión con recursos comunitarios o de rehabilitación vocacional
- Capacitación en habilidades laborales
- Preparación de currículums/habilidades para entrevistas de trabajo
- Ayuda para encontrar un trabajo
- Apoyo en el trabajo (orientación relacionada con el empleo)

Para conocer más sobre los servicios y apoyos relacionados con el empleo, o para comunicarse, consulte en su centro de salud integral o conductual o llame a Servicios de Atención al Miembro al 1-800-322-8670, TTY: 711.

Cómo conectarse con los servicios relacionados con el empleo

La mayoría de los centros de salud integral o conductual cuentan con miembros del personal dedicados a la asistencia con el empleo que están listos para ayudar. Estos miembros del personal pueden conectarlo con los servicios y apoyos relacionados con el empleo que cubran sus necesidades. El personal trabajará con usted para definir cuáles son los mejores servicios

que necesita según sus objetivos para el empleo. Consulte si su centro de salud integral o conductual cuenta con un personal dedicado a la asistencia con el empleo; en este caso, programe una reunión para hablar de sus objetivos para el empleo. Si su centro de salud integral o conductual no cuenta con un personal dedicado a la asistencia con el empleo, hable con su administrador de caso, administrador de la atención u otro miembro del personal para consultar cómo lo pueden conectar con estos recursos.

Puede comunicarse con Servicios de Atención al Miembro al 1-800-322-8670, TTY: 711, que lo conectarán con el administrador de empleos de BCBSAZ Health Choice.

Otros recursos relacionados con el empleo

Rehabilitación vocacional (VR)

El programa de rehabilitación vocacional (VR) forma parte del Departamento de Seguridad Económica de Arizona (ADES) y está diseñado para ayudar a personas elegibles con discapacidad a prepararse para conseguir y conservar un empleo.

Puede ser elegible para los servicios de rehabilitación vocacional si cumple los siguientes requisitos:

- Usted tiene una discapacidad física o mental.
- Su discapacidad física o mental es una barrera significativa para el empleo.
- Usted necesita servicios de rehabilitación vocacional para prepararse para un empleo, conseguirlo, conservarlo o recuperarlo.
- Usted puede beneficiarse de los servicios de rehabilitación vocacional para alcanzar un resultado de empleo.

Cuando presente la solicitud para el programa de rehabilitación vocacional y determinen que usted es elegible, se comunicará con el orientador de rehabilitación vocacional para desarrollar un plan para el empleo. El desarrollo del plan incluye identificar un objetivo de empleo competitivo y tratará cualquier barrera del empleo relacionada con la discapacidad. Consulte con su centro de salud integral o conductual sobre las derivaciones a la rehabilitación vocacional o comuníquese directamente con una oficina local de rehabilitación vocacional.

Para obtener más información y para encontrar la oficina de rehabilitación vocacional más cercana, ingrese al sitio web https://des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation-vr.

ARIZONA@WORK

Este centro estatal de empleos ofrece una amplia gama de servicios de fuerza laboral sin costo para conectar a las personas de Arizona que buscan un trabajo remunerado. A través de ARIZONA@WORK, puede conectarse con empleadores locales que tienen oportunidades de empleo inmediato en la base de datos de mayor tamaño de Arizona, el sitio web Arizona Job Connection.

ARIZONA@WORK puede conectarlo con sus asociados para recibir orientación y consejos de expertos sobre todos los asuntos, como el cuidado infantil, las necesidades básicas, la rehabilitación vocacional para personas con discapacidad que buscan empleo y oportunidades educativas. Para obtener más información y para encontrar el centro de ARIZONA@WORK más cercano, ingrese al sitio web https://arizonaatwork.com/.

Planificación y educación sobre los beneficios
Existen varios mitos relacionados con el trabajo y los beneficios. Hay muchas personas con discapacidad que están recibiendo beneficios, trabajan y están en mejores circunstancias. Tener una discapacidad no significa que no puede trabajar. Hable con su centro de salud integral o conductual para obtener más información sobre estos recursos:

- **Arizona Disability Benefits 101 (DB101, Beneficios por Discapacidad en Arizona 101):** esta herramienta sin costo y orientada al usuario ayuda a las personas a superar los mitos y la confusión de los beneficios del Seguro Social, la atención médica y el empleo. DB101 da apoyo a las personas para que tomen decisiones informadas cuando piensen en conseguir un trabajo aprendiendo de qué forma funcionan juntos los ingresos por el trabajo y los beneficios. Ingrese al sitio web http://az.db101.org/ para acceder a esta herramienta valiosa.
- **ABILITY360:** dentro de ABILITY360, existe un programa llamado *planificación y asistencia de los beneficios laborales de Benefits 2 Work Arizona (B2W WIPA)* que puede ayudarle a comprender de qué formas sus ingresos laborales afectarán sus beneficios en efectivo, medicamentos y de otro tipo a través de un análisis de los beneficios. Para comunicarse con un especialista en admisiones, llame al programa *B2W WIPA* al 602-443-0720 o al 1-866-304-WORK (9675), o envíe un correo electrónico a b2w@ability360.org, y verifique si reúne los requisitos para este servicio sin costo alguno.

Atención al final de la vida y directivas anticipadas
Es importante planificar qué tipo de atención le gustaría recibir si actualmente sufre un deterioro de la salud debido a la edad o a una enfermedad crónica, compleja o terminal o si prevé que eso suceda. Este tipo de planificación se llama Planificación de Atención Anticipada. Puede trabajar con su proveedor o familiares para elaborar un plan por escrito que se llama "directiva anticipada". Tiene derecho a elaborar directivas anticipadas.

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

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

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

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

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

Existen cuatro tipos de directivas anticipadas:

- Testamento vital.
- Poder de representación de atención médica.
- Poder de representación de atención de salud mental.
- Directiva médica prehospitalaria, también llamada “No reanimar” (DNR).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Después de completar sus directivas anticipadas:

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

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

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

PROVEEDORES

Derivación y autoderivación a especialistas y otros médicos

Su PCP puede derivarlo a otros proveedores para obtener servicios especiales. Una derivación es cuando su PCP o centro de salud integral lo envía a un especialista por un problema específico. También se lo puede derivar a un laboratorio u hospital, por ejemplo. Podría ser necesario que BCBSAZ Health Choice revise y apruebe ciertas derivaciones y servicios especiales antes de que usted pueda recibir los servicios. Su PCP y su centro de salud conductual saben qué servicios son los que requieren la aprobación de BCBSAZ Health Choice. Si es necesario que nosotros aprobemos su derivación, su PCP le informará acerca de las novedades.

No es necesaria la derivación de su PCP para los siguientes servicios:

- Servicios odontológicos.
- Servicios cubiertos de ginecología y obstetricia.
- Servicios de salud conductual.

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

Proveedores de evaluaciones y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC)

El sitio web de BCBSAZ Health Choice incluye información sobre las evaluaciones y los dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC) para que los proveedores y miembros identifiquen a proveedores de terapia del habla disponibles que realicen evaluaciones de dispositivos de AAC para miembros de Health Choice.

Para ver nuestra lista de proveedores de AAC, visítenos en: Augmentative and Alternative Communication (AAC) - BCBSAZ Health Choice (healthchoiceaz.com)

¿Qué es un especialista?

Un especialista es un proveedor que tiene formación avanzada en cierto tipo de atención médica. Los especialistas pueden brindar atención avanzada si una afección requiere mayor nivel que el tratamiento general de su PCP. Si necesita consultar a un especialista, su PCP puede ayudarlo a encontrar uno. Desde el consultorio de su proveedor se comunicarán con el especialista y lo ayudarán a agendar una consulta. Algunos ejemplos de especialistas incluyen neumólogos (tratamiento de los pulmones), ortopedistas (tratamiento de los huesos) y nefrólogos (tratamiento de los riñones).

Algunos servicios que ofrecen los especialistas pueden requerir nuestra aprobación previa. Su PCP deberá enviarnos la solicitud.

Los miembros de BCBSAZ Health Choice tienen acceso directo a los servicios de salud conductual. No es necesario que un proveedor de atención primaria lo derive. Consulte a su PCP si tiene alguna pregunta sobre aprobaciones previas.

Ningún proveedor en la red de BCBSAZ Health Choice se niega a proporcionar servicios debido a objeciones morales o religiosas. Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos, también puede llamar a Servicios de Atención al Miembro para obtener ayuda.

Miembros indios americanos
Los miembros indios americanos pueden recibir servicios de atención médica de cualquier proveedor de Indian Health Service o en instalaciones de propiedad u operación tribal en cualquier momento.

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

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

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

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

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

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

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

Búsqueda de segundas opiniones
Como miembro, usted tiene derecho a obtener una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de nuestra red sin costo alguno para usted. Si no hubiese un proveedor en nuestra red, podrá obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. Si tiene preguntas, llámenos. Para obtener ayuda para encontrar un especialista u hospital, consulte a su PCP. También puede visitar nuestro sitio web para encontrar especialistas y hospitales a través de nuestra herramienta “Find a Doctor” (Encuentre un médico). https://providerdirectory.healthchoiceaz.com/Provider/ShowProviders/en/hca

Si desea obtener ayuda para elegir un PCP, llame a Servicios de Atención al Miembro. Puede encontrar un PCP en nuestro sitio web: HealthChoiceAZ.com. Haga clic en “Find a Doctor/Pharmacy” (Encuentre un médico/farmacia). Si desea obtener una copia impresa del directorio de proveedores, llámenos y se la enviaremos gratis.

Consultas
Programe todas las consultas antes de ir al consultorio del proveedor. Incluso si considera que necesita atención inmediata, llame primero a su proveedor. Todas las consultas deben programarse durante el horario de atención de su proveedor. Informe a su proveedor que usted es miembro de BCBSAZ Health Choice y dele su número de identificación de miembro que aparece en la tarjeta de identificación de BCBSAZ Health Choice. Informe a su proveedor sobre cualquier problema que tenga.

Hay tres tipos de consultas que puede necesitar hacer con su proveedor:

Del mismo día: usted o un familiar necesitan atenderse con un proveedor hoy mismo por un problema, como dolor de oídos o fiebre alta.

Urgente: usted o un familiar tienen un problema, como tos, malestar estomacal leve o sarpullido. Necesita ver a un proveedor dentro de los próximos uno o dos días.

De rutina: usted o un familiar deben ver al proveedor dentro de las tres (3) próximas semanas para realizar una consulta de vacunación o de atención preventiva infantil.

Consejos sobre las consultas:

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

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

Si tiene un turno para una consulta en una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC) y desea cancelarlo o cambiarlo, comuníquese directamente con la clínica.

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

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

Para consultas con proveedores de atención primaria:

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

Para consultas de proveedores especializados, incluidas especialidades odontológicas:

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

Para consultas con proveedores odontológicos:

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

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

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

Para consultas con proveedores de salud conductual:

- Atención de urgencia: Tan rápido como lo requiera su estado, pero a más tardar 24 horas después de la identificación de la necesidad.
- Atención de rutina:
    - Evaluación inicial dentro de los siete (7) días corridos de la derivación o solicitud de servicio.
    - El primer servicio de salud conductual después de la evaluación inicial, tan pronto como su estado lo requiera, pero:
        - Para miembros mayores de 18 años, a más tardar 23 días corridos para comenzar a prestar los servicios después de la evaluación inicial.
        - Para miembros menores de 18 años, a más tardar 21 días después de la evaluación inicial.
        - Todos los siguientes servicios de salud conductual se deben proporcionar a más tardar a los 45 días corridos desde la identificación de la necesidad.
- Para medicamentos psicotrópicos:
    - Debe evaluarse la urgencia de la necesidad de inmediato; y
    - Debe tener un turno para una consulta (si se indica clínicamente) con un profesional de salud conductual que pueda recetarle medicamentos dentro de un plazo que garantice que:
        - No se quede sin los medicamentos necesarios.
        - No empeorará el funcionamiento de su salud conductual antes de comenzar a recibir el medicamento, pero a más tardar 30 días desde la identificación de la necesidad.

- Para las personas en custodia legal del Departamento de Seguridad Infantil y Niños Adoptados de Arizona (consulte la § 8-512.01 de los Estatutos Revisados de Arizona [A.R.S.])
    - Respuesta rápida: cuando un niño ingresa a un hogar sustituto dentro del plazo indicado según la afección de salud conductual, pero a más tardar 72 horas después de la notificación del Departamento de Seguridad Infantil (DCS) que indica que un niño se ha retirado o se retirará de su hogar.
    - Evaluación inicial dentro de los siete (7) días corridos de la derivación o solicitud de servicio.
    - Consulta inicial dentro de los plazos indicados según la necesidad clínica, pero a más tardar 21 días corridos después de la evaluación inicial.
    - Servicios posteriores dentro de los plazos según las necesidades de la persona, pero no más de 21 días corridos de la identificación de la necesidad.

SERVICIOS PARA NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES

Programa EPSDT
Los servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) constituyen un programa integral de salud infantil para la prevención y el tratamiento, la corrección y la mejoría de problemas de salud físicos y conductuales de los miembros de AHCCCS menores de 21 años. Las consultas de atención preventiva infantil son consultas de EPSDT e incluyen todos los estudios y servicios descritos en los EPSDT de AHCCCS y los programas de periodicidad odontológica.

Las visitas de atención preventiva (o de bienestar) están cubiertas para los miembros. La mayoría de las consultas de atención preventiva (también llamadas chequeo o exploración física) incluyen antecedentes médicos, examen físico, exámenes de detección, asesoramiento médico y vacunas necesarias por razones médicas. Las consultas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para miembros menores de 21 años se consideran igual que las consultas preventivas.

Los servicios de atención preventiva para mujeres también están cubiertos para las afiliadas. Una visita anual de atención preventiva para mujeres es importante para su salud y puede servir como visita de atención preventiva para adolescentes y adultas jóvenes. Su visita podría incluir lo siguiente:

- Un examen físico (examen preventivo) que evalúa el estado de salud general.
- Examen clínico de las mamas.
- Examen pélvico (según sea necesario, de acuerdo con recomendaciones vigentes y las normas de buenas prácticas).
- Revisión y administración de vacunas, estudios y análisis según
- corresponda para la edad y los factores de riesgo.
- Estudios y orientación centrados en mantener un estilo de vida saludable y minimizar los riesgos de la salud, y que abarquen al menos lo siguiente:
- Nutrición adecuada.
- Actividad física.
- Un IMC elevado que indique obesidad.
- Uso, abuso o dependencia del tabaco o de sustancias.
- Examen de detección de depresión.
- Detección de violencia interpersonal y doméstica, que incluye una orientación que implica obtener información de las mujeres y adolescentes acerca de episodios de violencia y abuso presentes o pasados, de una manera sensible en términos culturales y comprensiva para atender las inquietudes presentes de salud sobre la seguridad y otros problemas de salud presentes o futuros.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

- Servicios e insumos de planificación familiar.
- Orientación previa a la concepción que incluya un diálogo sobre un estilo de vida saludable antes del embarazo y entre embarazos que incluya lo siguiente:
    - Antecedentes reproductivos y prácticas sexuales.
    - Peso saludable, que incluye la dieta y la nutrición, el uso de suplementos nutricionales y el consumo de ácido fólico.
    - Actividad física o ejercicio.
    - Atención de la salud oral.
    - Manejo de enfermedades crónicas.
    - Bienestar emocional.
    - Consumo de tabaco y sustancias (cafeína, alcohol, marihuana y otras drogas) , que incluye el uso de medicamentos recetados.
    - Intervalos recomendados entre los embarazos.
- Inicio de derivaciones necesarias cuando se identifica la necesidad de una evaluación, un diagnóstico o un tratamiento en mayor profundidad.

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

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

Esto significa que los servicios cubiertos de EPSDT (visitas de atención preventiva) incluyen servicios que corrigen o mejoran problemas de salud físicos y conductuales y enfermedades descubiertas mediante el proceso de detección cuando esos servicios se incluyan en una de las categorías opcionales y obligatorias de “asistencia médica”, según se define en la Ley de Medicaid. Los servicios cubiertos por EPSDT incluyen las 30 categorías de servicios de la ley federal, incluso cuando no figuren como servicios cubiertos en el plan estatal de AHCCCS, los estatutos, las normas o las políticas de AHCCCS, siempre que sean necesarios por razones médicas y rentables.
Por ejemplo, los EPSDT incluyen cobertura de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, servicios de laboratorio y radiografías, servicios médicos, servicios de naturopatía, servicios de enfermería profesional, medicamentos, servicios odontológicos, servicios de terapia, servicios de salud conductual, equipamiento médico, accesorios e insumos médicos, ortopedias, dispositivos protésicos, anteojos, servicios e insumos de transporte y planificación familiar, servicios de atención preventiva para mujeres

y servicios de maternidad cuando correspondan. Los EPSDT también incluyen servicios de diagnóstico, detección, prevención y rehabilitación. Sin embargo, los EPSDT no incluyen servicios que sean experimentales, únicamente para fines estéticos, o que no sean rentables en comparación con otras intervenciones o tratamientos.

Los servicios de EPSDT están cubiertos hasta que un miembro cumpla los 21 años.

EPSDT/Consultas de atención preventiva infantil
Llevar a su hijo al proveedor para consultas de atención preventiva infantil y para que le administren las vacunas es una de las cosas más importantes que puede hacer para mantener saludable a su hijo y descubrir problemas antes de que su hijo se enferme.

En cada consulta de atención preventiva infantil, su proveedor verificará la salud y el crecimiento de su hijo. El proveedor también se asegurará de que se le apliquen las vacunas necesarias para evitar que se enferme. Debe llevar a su hijo a la consulta con el proveedor de EPSDT con la siguiente frecuencia:

- De los 3 a los 5 días del nacimiento
- A los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses
- Anualmente entre los 3 y 20 años

Qué esperar en una consulta de EPSDT/atención preventiva infantil:

- Se medirán el peso y la altura de su hijo.
- Se le escucharán el corazón y los pulmones.
- Se le revisarán ojos, oídos, nariz, boca y dientes.
- Se le aplicarán las vacunas necesarias.
- Le informarán cómo prevenir lesiones y mantener a su hijo sano.
- Se hablará sobre sus preocupaciones y las necesidades de salud del niño.
- Evaluación oral de rutina y barniz de flúor cuando corresponda.
- Un examen médico completo sin ropa.
- Pruebas de detección del desarrollo.
- Pruebas de laboratorio.
- Evaluación para servicios de rehabilitación.
- Se cubrirá cualquier tratamiento por enfermedad física o mental que se encuentre durante la consulta, en caso de ser necesario por razones médicas.

En la consulta de atención preventiva infantil, el proveedor podrá evaluar a su hijo para que reciba servicios de rehabilitación como terapia ocupacional, del habla y fisioterapia. Esto puede incluir la derivación a Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS), un programa especial para niños con ciertas afecciones o necesidades especiales de atención médica.

Para asegurarse de que su hijo no tenga intoxicación por plomo, su proveedor le hará un análisis de sangre para detección del plomo durante la consulta de atención preventiva infantil. El análisis de plomo en la sangre es obligatorio para los niños de 1 y 2 años.

El PCP podría ponerle un barniz de flúor a su hijo durante la consulta de atención preventiva infantil desde los 6 meses de vida al menos en una pieza dental, y esto podría repetirse cada 3 meses hasta los 2 años. El barniz de flúor aplicado por un PCP no reemplaza la necesidad de realizar una visita de atención odontológica.

No hay cargo por estas consultas, y ayudarán al PCP de su hijo a encontrar y tratar los problemas de salud antes de que se agraven.

Le enviaremos recordatorios de las consultas de atención preventiva infantil y las vacunas de su hijo. Asegúrese de agendar una consulta de atención preventiva con el proveedor de su hijo.

Visitas al proveedor: del nacimiento a los 2 años
El proveedor le realizará chequeos regulares al niño. También es necesario aplicarle las vacunas en el momento adecuado.

Consultas de atención preventiva infantil recomendadas desde el nacimiento hasta los 2 años:

- De los 3 a los 5 días del nacimiento
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses

Consultas al proveedor para niños y jóvenes de hasta 20 años
Los chequeos de atención preventiva no son solo para los bebés. Incluso los niños mayores y los adolescentes deben realizarse chequeos todos los años. Las consultas regulares al proveedor, las consultas odontológicas y las vacunas también son importantes para mantener sanos a los niños y adolescentes.
Lleve siempre los registros de vacunación de los niños cuando vaya a la consulta con el PCP.

Muchas personas piensan que solo se puede aplicar vacunas a los niños cuando están bien. Eso no es verdad. Los niños sí pueden recibir sus vacunas cuando tienen enfermedades leves, como resfriados, infecciones de oídos o fiebres leves.

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

- Visitas al proveedor: agende una visita de atención preventiva cada año.
- Consultas odontológicas: agende estas consultas dos veces por año.

Consejos sobre las consultas:

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

Llame al proveedor de su hijo si necesita una derivación para verificar el desarrollo del niño.

Las herramientas de detección del desarrollo son preguntas que el proveedor le hará para verificar cómo está creciendo y desarrollándose el niño. Estas herramientas se usan a los 9, 18, 24 y 30 meses de edad. Si se encontrara un problema, se realizarán pruebas y derivaciones de seguimiento para que su hijo reciba evaluación y tratamiento completos, si es necesario.

Qué puede hacer para asegurarse de que traten las necesidades de atención médica de su hijo:

- Lleve al niño a las consultas de atención preventiva infantil.
- Informe al proveedor si tiene inquietudes sobre su hijo.
- Solicite asistencia de administración de atención, si es necesario.
- Pida ayuda para el traslado a la consulta de su hijo si es necesario.

Servicios oftalmológicos para niños y adultos jóvenes

Se cubren los servicios oftalmológicos de rutina y de emergencia para los miembros de 0 a 21 años. No necesita una derivación para estos servicios. Los servicios oftalmológicos incluyen:

- Exámenes de la vista
- Pruebas de visión
- Anteojos recetados
- Reparaciones y reemplazos de anteojos rotos o perdidos

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

- Oftalmólogos con licencia
- Optometristas
- Profesionales ópticos
- Clínica oftalmológica

Usted no necesita esperar hasta el siguiente examen regular de la vista programado para reemplazar o reparar sus anteojos.

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

Nota: se cubren las ayudas ópticas para miembros de 0 a 21 años. Incluyen monturas y cristales.

Servicios de salud conductual para niños
¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo en casa o en la escuela? Asegúrese de hablar con el PCP de su hijo sobre cualquier inquietud que pueda tener. Como miembro de AHCCCS, se cubren los servicios de salud conductual. Si tiene preguntas, llámenos. Estamos aquí para ayudarle siempre.

Vacunas
La mejor manera de proteger a su hijo de las enfermedades es asegurarse de que su hijo reciba sus vacunas. Los niños que reciben estas vacunas están protegidos de 16 enfermedades graves.

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)
- Haemophilus influenzae tipo B (Hib)
- Sarampión, paperas y rubéola (SPR)
- Neumococo (neumonía)
- Meningococo (meningitis)
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Rotavirus (RV)
- Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)
- Poliovirus inactivado (IPV)
- Varicela
- Influenza (gripe)
- COVID-19

Si tiene preguntas, hable con su proveedor de las vacunas en la próxima consulta de su hijo.

Preguntas frecuentes sobre las vacunas
¿Mi hijo está atrasado con sus vacunas?

- Consulte con su proveedor para saber qué vacunas debe aplicarle al niño.
- Nunca es tarde para ponerse al día.
- ¡Recuerde que los adolescentes también deben vacunarse!
- Las vacunas anuales contra la gripe ayudan a mantener a los niños sanos durante la temporada de la gripe.

¿Qué sucede si mi hijo se enferma?
Muchas personas piensan que solo se pueden aplicar a los niños cuando están bien. Eso no es verdad. Los niños sí pueden recibir sus vacunas cuando tienen enfermedades leves, como resfriados, infecciones de oídos o fiebres leves. No causarán un mayor nivel de enfermedad a los niños.

¿Las vacunas son seguras para mi hijo?

- Es muy raro que un niño presente una reacción grave a una vacuna.
- Algunos niños pueden presentar fiebre leve o dolor en el lugar de la vacuna. Por lo general, estos síntomas desaparecen rápidamente.
- La seguridad de las vacunas se ha evaluado completamente. Según los CDC, no existe una conexión científica entre las vacunas y el autismo.
- El timerosal (un conservante que contiene mercurio) se eliminó de las vacunas para los bebés en el 2000.

¿Mi hijo necesita vacunas?

- No aplicarse las vacunas puede provocar brotes de enfermedades.
- A pesar de que no vemos estas enfermedades, los niños y adultos que no se aplican vacunas pueden contraer la enfermedad y contagiarla a otras personas.
- Las vacunas ayudan a que el sistema inmunitario de los niños funcione de la manera que debe.

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

- Todos los niños deben presentar un registro de vacunación completo antes de ingresar a la escuela o a la guardería.
- Su médico le proporcionará el registro de vacunación. Debe anotar todas las vacunas en este registro.
- Lleve el registro de su hijo a cada consulta médica.

Para obtener más información, consulte al proveedor de su hijo o llame a los Centros para el Control de Enfermedades: 1-800-CDC-INFO.

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

5: Comer al menos cinco porciones diarias de frutas y verduras.

- Elegir frutas frescas en lugar de jugos.
- Probar una nueva fruta o verdura cada semana o comerlas como refrigerios.

2: Pasar menos de dos horas diarias frente a una pantalla.

- No tener televisores, videojuegos ni computadoras en la habitación, y planificar el tiempo frente la televisión (y respetarlo).
- No comer mirando la televisión.

1: Hacer todos los días al menos una hora de actividad.

- Involucrar a la familia: salgan a caminar, vayan al parque, paseen al perro, etc.
- Andar en bicicleta, hacer una caminata o probar un nuevo deporte.

0: Limitar las bebidas azucaradas (no consumirlas en lo posible).

- Beber más agua y leche descremada.
- ¿Sabía que las bebidas deportivas y las bebidas energéticas contienen mucha azúcar?

Dormir lo suficiente.

SERVICIOS PARA EL EMBARAZO/DE MATERNIDAD

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

Las afiliadas o afiliadas asignadas como femeninas al momento del nacimiento tienen acceso directo a servicios preventivos y de atención médica de un PCP, obstetra/ginecólogo u otro proveedor de atención de la maternidad dentro de la red del contratista sin necesidad de obtener una derivación de un proveedor de atención primaria.

Las embarazadas necesitan atención especial. Si está embarazada, contáctenos lo antes posible para elegir un obstetra de atención primaria, un enfermero partero certificado o un partero con licencia. Es importante que las embarazadas elijan un obstetra, un enfermero partero certificado o un partero con licencia que les ayuden a cubrir sus necesidades especiales.

Puede acudir directamente a un obstetra de atención primaria de BCBSAZ Health Choice (o ginecólogo/obstetra) para recibir atención. No necesita ver o preguntarle antes a su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP gestionará su atención de rutina que no sea de obstetricia/ginecología. El obstetra/ginecólogo gestionará la atención de su embarazo.

Si lo prefiere, puede elegir tener un obstetra/ginecólogo como su PCP durante su embarazo. Si no está segura de estar embarazada, agende una consulta con su PCP para realizarse una prueba de embarazo. Si necesita ayuda para agendar una consulta, llame a Servicios de Atención al Miembro.

Si está embarazada:

- Las afiliadas que hagan la transición a un nuevo contratista o se inscriban durante el tercer trimestre, podrá completar la atención de maternidad con su proveedor registrado de AHCCCS actual, independientemente del estado contractual, a fin de garantizar la continuidad de la atención.
- Agende una consulta con su obstetra de atención primaria lo antes posible si piensa que está embarazada.
- Notifique a su oficina local de DES tan pronto se entere de que está embarazada.
- Mantenga su elegibilidad y los beneficios de Medicaid.
- Si no tiene un obstetra, llame a Servicios de Atención al Miembro para que podamos ayudarla a elegir uno.

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

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

Los servicios de maternidad incluyen:

- Libertad para elegir a su PCP que brinde atención de obstetricia o un proveedor de obstetricia dentro de su condado y nuestra red de proveedores.
- Asesoramiento previo al embarazo.
- Pruebas de embarazo.
- Orientación, análisis y tratamientos relacionados con infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Si su prueba es positiva, hable con su proveedor sobre las opciones de orientación y tratamiento para usted y para su hijo. Su obstetra puede remitirla a proveedores especializados en el tratamiento del VIH, conocidos como médicos especialistas en enfermedades infecciosas. De igual manera, su obstetra y su proveedor de servicios para el VIH trabajarán juntos durante todo el embarazo.
- Todas las consultas prenatales y todos los servicios necesarios por razones médicas que una mujer necesita para su embarazo.
- Atención durante las 6 a 8 semanas después del nacimiento del bebé, incluso la orientación sobre la anticoncepción.
- Servicios para trabajo de parto, parto y puerperio.

Consejos para embarazadas:

- Consulte a su proveedor de forma regular para obtener atención prenatal. Su proveedor puede responder sus preguntas a medida que el bebé se desarrolle. Esto también contribuye a que usted y su bebé se mantengan sanos.
- Hable con su proveedor acerca de la vacuna de COVID-19.
- Planifique y hable con su proveedor sobre las opciones de planificación familiar disponibles, que incluyen la anticoncepción reversible de larga duración (LARC) inmediatamente posterior al parto.
- Acudir a las consultas agendadas prenatales y posteriores al parto es importante para su salud y la de su bebé en desarrollo. Llame al proveedor de obstetricia con anticipación si no puede presentarse a la cita por un conflicto. Comuníquese con el proveedor de obstetricia al menos con tres (3) días hábiles de anticipación y pida reprogramar la cita. Llegue temprano al consultorio si es la primera vez que el proveedor de obstetricia la atiende.
- Si necesita transporte para ir a la consulta, llame al 602-386-2447 con al menos tres (3) días de anticipación.
- Es importante agendar y asistir a todas las consultas programadas. Si necesita reprogramar una consulta debido a un conflicto, comuníquese con su proveedor con al menos tres (3) días hábiles de anticipación.
- Los administradores de la atención de BCBSAZ Health Choice pueden ayudarla durante todo el embarazo. Llame al equipo de Servicios de Atención al Miembro para obtener más información.

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

Las personas que se afilien a BCBSAZ Health Choice en los últimos tres (3) meses de embarazo deberán llamar a Servicios de Atención al Miembro de inmediato. Podemos ayudarla a elegir un proveedor de obstetricia y hablar con usted sobre la atención prenatal. Es muy importante acudir a las consultas con el proveedor de obstetricia.

Visitas prenatales al proveedor

Embarazadas de menos de tres meses (primer trimestre):
Deben atenderla dentro de los 14 días corridos posteriores a su llamado para agendar la consulta.

Embarazadas de tres a seis meses (segundo trimestre):
Deben atenderla dentro de los siete días corridos posteriores a su llamado para agendar la consulta.

Embarazadas de seis a 10 meses (tercer trimestre):
Deben atenderla dentro de los tres días hábiles posteriores a su llamado para agendar la consulta.

Tenga en cuenta lo siguiente: si tiene una cita programada, no debería tener que esperar más de 45 minutos para que su proveedor la atienda (a menos que el proveedor esté atendiendo una emergencia).

Si se identifica que su embarazo es de alto riesgo, un proveedor de atención de maternidad la atenderá dentro de los 3 días hábiles, o inmediatamente si existiese una emergencia.

Visitas posparto al proveedor

Seis a doce semanas después del parto:
Después de tener al bebé, llame al consultorio de su proveedor tan pronto como le den de alta para programar una consulta posterior al parto. Los servicios para el puerperio se cubren hasta los 84 días posteriores al parto.
¿Por qué debe acudir a una visita de puerperio?

- Haga las preguntas que le hayan surgido desde que salió del hospital. Puede ser provechoso anotar las preguntas antes de su consulta.
- Informe a su proveedor sobre cualquier síntoma físico que pudiera estar teniendo, por ejemplo, sangrado o dolor. Hágase estudios para detectar problemas de tiroides y urinarios.

- Hágase un chequeo emocional. La depresión y la ansiedad posparto son algo que ocurre con frecuencia. El tratamiento puede ayudar.
- Reciba ayuda con la lactancia, si la necesita.
- Hable sobre las opciones de planificación familiar. Quedar embarazada muy poco tiempo después del nacimiento de un hijo podría aumentar el riesgo de tener un nacimiento prematuro.
- Hable sobre cuándo puede volver a tener relaciones sexuales.

SERVICIOS E INSUMOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

No se requiere autorización previa para permitir que los miembros accedan a servicios e insumos de planificación familiar de un proveedor que no pertenezca a la red. Los miembros pueden elegir recibir los servicios e insumos de planificación familiar de cualquier proveedor apropiado independientemente de si los proveedores de servicios de planificación familiar son proveedores que pertenecen a la red. No se requiere derivación o autorización previa antes de elegir a un proveedor de planificación familiar.

Interrupciones de embarazos necesarias por razones médicas

AHCCCS cubre las interrupciones de embarazos solo en situaciones especiales. AHCCCS cubre las interrupciones de embarazos si se cumple uno de los siguientes criterios:

- La afiliada embarazada sufre de un trastorno físico, lesión física o enfermedad física, que incluye una afección física potencialmente mortal causada por el embarazo en sí y que, según lo certificado por un médico, pondría a la embarazada en riesgo de muerte, a menos que el embarazo se interrumpa.
- El embarazo es consecuencia de un incesto.
- El embarazo es consecuencia de una violación.
- La interrupción del embarazo es necesaria por razones médicas de acuerdo con el criterio de un profesional médico, que atestigua que la continuación del embarazo podría suponer razonablemente un problema grave de salud física o conductual para la afiliada embarazada al:
    - Crear un problema grave de salud física o conductual para la afiliada embarazada;
    - Deteriorar gravemente la función corporal de la afiliada embarazada;
    - Causar disfunción de un órgano o una parte del cuerpo de la afiliada embarazada;
    - Exacerbar un problema de salud de la afiliada embarazada; o bien
    - Evitar que la afiliada embarazada reciba tratamiento por un problema de salud.

No se requiere autorización previa para estos servicios si se determina que los servicios son de emergencia.

Esterilizaciones

BCBSAZ Health Choice cubre la esterilización permanente para hombres y mujeres mayores de 21 años. Tenga en cuenta que esta forma de anticoncepción requiere autorización previa.

Deben cumplirse los siguientes criterios para la esterilización:

- El miembro debe ser mayor de 21 años en el momento de firmar el consentimiento.
- Se debe determinar la idoneidad en las facultades mentales.
- El consentimiento voluntario se debe obtener sin coerción.
- Entre la fecha del consentimiento informado y la fecha de la esterilización, deben transcurrir como mínimo 30 días y como máximo 180 días, excepto en el caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia. Si han pasado al menos 72 horas desde que entregó su consentimiento informado para la esterilización, los miembros pueden dar su consentimiento para la esterilización en el momento de un parto prematuro o una cirugía abdominal de emergencia. En caso de parto prematuro, el consentimiento informado debe haberse otorgado al menos 30 días antes de la fecha prevista de parto.

Cualquier miembro que solicite practicarse esterilización debe firmar el formulario de consentimiento correspondiente. Antes de firmar, se debe haber presentado con lo siguiente:

- Requisitos del formulario de consentimiento.
- Se le contestará cualquier pregunta que pueda tener sobre el procedimiento específico por realizar.
- Se le notificará que puede revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía sin afectar la atención futura ni perder los beneficios del programa financiado por el gobierno federal.
- Se le debe informar que el procedimiento de esterilización se considera irreversible.
- Se le debe dar una explicación completa del procedimiento específico de esterilización.
- Se le brindará una descripción de los métodos alternativos disponibles.
- Se le proporcionará una descripción completa de las molestias y los riesgos durante la realización del procedimiento y luego de este, incluida una explicación del tipo de posibles efectos del anestésico que se utilizará.
- Se le explicarán completamente las ventajas o desventajas que se pueden esperar como resultado de la esterilización.
- Se le notificará que la esterilización recién puede realizarse 30 días después de brindar el consentimiento. No podrá firmar un consentimiento en estos casos:
    - Si está en trabajo de parto o dando a luz.
    - Si pretende realizarse una interrupción del embarazo o se la están practicando.
    - Si está bajo los efectos del alcohol u otras sustancias que afectan su estado mental.

Medicaid no cubre la reversión de la esterilización.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS

Atención odontológica para adultos

Cobertura de servicios odontológicos de emergencia para miembros mayores de 21 años
La atención odontológica de emergencia necesaria por razones médicas está cubierta para miembros mayores de 21 años que cumplan con los criterios para una emergencia odontológica. Una emergencia odontológica es un trastorno agudo de la salud bucal que produce **dolor intenso o infección** como resultado de una patología o un traumatismo. Los servicios odontológicos de emergencia están cubiertos hasta $1,000 por miembro por año de contrato (del 1 de octubre al 30 de septiembre). Los procedimientos de seguimiento necesarios para estabilizar las piezas dentales como resultado del servicio de emergencia están cubiertos y sujetos al límite de $1,000.

Si usted es un miembro AI/AN (indio americano/nativo de Alaska) que recibe tratamiento odontológico en un centro tribal I.H.S./638, no está sujeto a este límite de $1,000 por año de contrato del miembro. Los servicios prestados fuera de los centros tribales IHS/638 para miembros AI/AN (es decir, por proveedores contratados por BCBSAZ Health Choice) siguen estando limitados al beneficio odontológico de emergencia de $1,000 para miembros mayores de 21 años.

Los siguientes servicios y procedimientos se cubren como servicios odontológicos de emergencia:

- Examen de diagnóstico oral de emergencia (examen oral limitado; centrado en el problema).
- Radiografías y servicios de laboratorio, limitados a las piezas dentales sintomáticas.
- Resina compuesta debido a fractura dental reciente para dientes anteriores.
- Coronas prefabricadas para eliminar el dolor, debido a una fractura dental reciente únicamente.
- Recementación de incrustaciones, recubrimientos, coronas y puentes fijos clínicamente sanos.
- Revestimiento del esmalte dental, directo o indirecto, más relleno, limitado a piezas dentales sintomáticas.
- Endodoncias y pulpotomías vitales cuando se indican para tratamiento de infecciones agudas o para eliminar el dolor.
- Apicectomía como procedimiento separado para el tratamiento de infección aguda o para eliminar el dolor, con un pronóstico favorable.
- Procedimientos inmediatos y paliativos, incluidas extracciones, si son necesarias por razones médicas, para el alivio del dolor asociado con una afección oral o maxilofacial.

- Reimplante de piezas dentales de diente anterior avulsionado o desplazado accidentalmente con pronóstico favorable.
- Restauración temporal donde se proporcionaron cuidados paliativos/sedantes (limitada a la pieza dental que recibe tratamiento de emergencia).
- Tratamiento inicial para la infección aguda, que incluye, entre otros, infecciones y abscesos periapicales y periodontales por métodos apropiados.
- Procedimientos prequirúrgicos y anestesia apropiados para el tratamiento óptimo del paciente.
- Coronas fundidas limitadas a la restauración de piezas dentales tratadas con endodoncia solamente.

Limitaciones para servicios odontológicos de emergencia para adultos/Limitaciones para miembros mayores de 21 años

- No se cubren los servicios odontológicos maxilofaciales proporcionados por un dentista, excepto si se indica para la reducción del traumatismo, incluida la reconstrucción de regiones del maxilar y la mandíbula.
- El diagnóstico y el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular no están cubiertos, excepto para la reducción de traumatismos.
- Los procedimientos de restauración de rutina y de endodoncia no son servicios odontológicos de emergencia.
- El tratamiento para la prevención de la necrosis pulpar y la pérdida inminente de piezas dentales se limita a empastes no fundidos, coronas construidas de acero inoxidable preformado, revestimiento del esmalte dental y pulpotomías solo para la pieza dental que causa dolor o si hay infección activa.
- No se cubren puentes fijos para reemplazo de piezas dentales faltantes.
- Las dentaduras postizas no están cubiertas.

Si tiene preguntas sobre los servicios odontológicos, llámenos.

Servicios odontológicos para niños (de 0 a 21 años)

BCBSAZ Health Choice cubre la atención de salud y el tratamiento odontológico de rutina y preventivo para miembros menores de 21 años. No se necesita una derivación de un PCP para consultar con un dentista. Le asignaremos un dentista a su hijo de inmediato para que pueda practicarle la atención odontológica que necesita. Se recomienda hacer la primera revisión al año de vida. Luego de eso, lleve a su hijo al dentista cada seis (6) meses. Las visitas al dentista podrían incluir un chequeo dental, radiografías, limpiezas, aplicación de flúor, selladores dentales y empastes para caries.

Consultar a un dentista para su hijo proporcionará un entorno cómodo para la continuidad de los servicios a medida que el niño crezca. A esto le llamamos un “hogar dental”. Puede elegir un dentista de nuestra lista de proveedores de la red. Si necesita ayuda para elegir un dentista, desde Servicios de Atención al Miembro pueden ayudarlo a encontrar uno. Si

no elige a su proveedor odontológico, le asignaremos un hogar dental. Puede cambiar su hogar dental en cualquier momento llamando a Servicios de Atención al Miembro.

Consultas odontológicas

Agendar consultas odontológicas

- **Atención urgente:** su hijo necesita atención lo antes posible, pero a más tardar tres (3) días hábiles debido a un dolor, una infección, un empaste salido o la rotura de una pieza dental.
- **Atención de rutina:** su hijo necesita atención dentro de los 45 días para realizarse una limpieza y un chequeo o colocarse empastes dentales.

Cancelar o modificar consultas

Es importante que su hijo acuda a sus consultas; sin embargo, sabemos que a veces suceden imprevistos. Informe al dentista de su hijo si no puede acudir a su consulta. Intente avisar al menos un día antes de la consulta. Si había solicitado a BCBSAZ Health Choice un traslado, llámenos de inmediato para cancelarlo. Al reprogramar, es posible que no le brinden otro turno de inmediato.

Si tiene un turno para una consulta en una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC) y desea cancelarlo o cambiarlo, comuníquese directamente con la clínica.

Consejos sobre consultas odontológicas

- Lleve la tarjeta de identificación de miembro de su hijo a la consulta.
- Si es la primera consulta del niño, llegue 15 minutos antes del horario de la consulta.
- Agende la próxima consulta para el control dental de su hijo mientras se encuentra en la oficina del dentista.
- Acuda a la consulta. Si no puede ir, llame al consultorio del dentista para cambiar el turno.

OTROS SERVICIOS

Servicios del administrador de atención

Un administrador de atención es un profesional que puede asistirlos a usted, a su familia y a sus proveedores a comprender sus necesidades de cuidado de la salud. El administrador de atención puede ser un enfermero o trabajador social.

Si usted tiene necesidades especiales, podemos asignarle un administrador de atención. Usted podría ser elegible para un administrador de atención en estos casos:

- Si usted tiene una afección médica, como asma, arteriopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, EPOC, diabetes, presión arterial alta.
- Si tiene un embarazo de alto riesgo.
- Si está por recibir un trasplante.
- Si acude al departamento de emergencias o al hospital con frecuencia.
- Si lo volvieron a admitir a un hospital menos de 30 días después de un alta.
- Si usa medicamentos para el dolor o la ansiedad en dosis altas por más de 90 días.
- Si tiene señales de advertencia de una posible sobredosis de medicamentos. Puede encontrar información sobre la prevención de sobredosis con opioides de los CDC en el sitio web cdc.gov/drugoverdose/awareness/ioad.html
- Si tiene un trastorno por consumo de opioides.
- Si está haciendo un traslado de entornos de atención diferentes. Esto puede incluir las altas del Hospital Estatal de Arizona o la liberación de una cárcel o prisión.
- Si presentó varias quejas o reclamos y necesita ayuda para recibir los cuidados adecuados.
- Si alguien de su equipo de atención médica lo derivó para que nosotros lo atendamos.

Cómo usar estos servicios:

Su administrador de atención puede trabajar en estrecha colaboración con su proveedor y equipo clínico.

El administrador de atención puede ayudarlo con lo siguiente:

- Conocer sus medicamentos.
- Conocer su plan de cuidados.
- Identificar los recursos para temas tales como alimentos o vestimenta.
- Obtener apoyo y recursos educacionales para mantener un buen estado de salud.
- Obtener ayuda de proveedores de salud médica y conductual.

El administrador de atención lo ayudará a obtener los recursos y la información específicamente para usted.

Comuníquese con Servicios de Atención al Miembro si tiene preguntas. Nuestros representantes pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Solicitar los servicios de un administrador de atención.
- Darse de baja de la administración de la atención (usted tiene derecho a darse de baja en cualquier momento).

MEDICAMENTOS RECETADOS

Debe comprar sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de BCBSAZ Health Choice. Podemos ayudarlo a encontrar una cerca de usted. Llámenos si necesita ayuda. También puede encontrar una farmacia cercana en el directorio de farmacias. Si necesita una copia impresa del directorio, llámenos. Le enviaremos una copia sin costo alguno. También puede encontrar el directorio de farmacias en nuestro sitio web, y puede buscar las farmacias utilizando nuestra herramienta de "Find a Doctor/Pharmacy" (Encontrar a un Doctor/Farmacia).

Si necesita una farmacia que esté abierta las 24 horas o durante los días feriados, visite el directorio de farmacias, la herramienta para encontrar a un doctor o farmacia; o bien, llame a Servicios de Atención al Miembro.

Debe informarle al farmacéutico que es miembro de BCBSAZ Health Choice. Lleve todas sus tarjetas de miembro a la farmacia.

Formulario de BCBSAZ Health Choice

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos. BCBSAZ Health Choice tiene un formulario de medicamentos "cerrado". Si un medicamento no está en la lista, debemos aprobarlo antes de poder pagarle a la farmacia. Para obtener una lista actualizada de medicamentos cubiertos, visite nuestro sitio web. También puede llamarnos para consultar si un medicamento está en el formulario del plan. Si su farmacéutico no puede surtir la receta, puede llamar a su proveedor o a BCBSAZ Health Choice para obtener ayuda. Tenemos una línea de ayuda, que atiende las 24 horas, para farmacéuticos. En situaciones de emergencia, podremos proporcionarle un suministro de medicamentos a corto plazo mientras revisamos sus medicamentos.

Hay ciertos medicamentos en nuestro formulario y disponibles para nuestros miembros, que requieren atención especial y se llaman medicamentos especializados. El acceso a medicamentos especializados requiere que su proveedor haga una solicitud de autorización previa que incluya información que respalde la solicitud.

Para los miembros que toman medicamentos especializados, BCBSAZ Health Choice utiliza una farmacia especializada llamada CVS Specialty Pharmacy que provee ciertos medicamentos especializados necesarios por razones médicas. Estos medicamentos se usan para tratar afecciones crónicas, como esclerosis múltiple, fibrosis quística, artritis reumatoide y hepatitis C, y también afecciones complejas, como el cáncer. Los farmacéuticos y el personal de CVS Specialty Pharmacy trabajarán con usted para asegurarse de que tenga fácil acceso a los medicamentos que necesita y que corresponden a su tratamiento farmacológico.

Consejos sobre los medicamentos recetados

- Un proveedor debe proporcionarle recetas o enviarlas a su farmacia de forma electrónica. Muchos proveedores ahora pueden enviar las recetas de forma electrónica directamente a las farmacias. Esto puede ayudarle a ahorrar tiempo y un viaje adicional. Consulte a su proveedor si el sistema de recetas electrónicas es una opción en su caso.
- Su proveedor puede recetarle medicamentos de venta libre si cuestan menos que un medicamento recetado.
- Evite faltar a las visitas a su proveedor, así puede aprobar los resurtidos cuando venzan sus recetas.
- AHCCCS cubre medicamentos que son necesarios por razones médicas, rentables y aprobados por las leyes federales y estatales.
- AHCCCS no cubre ningún medicamento que cubra Medicare. AHCCCS tampoco cubre el costo compartido (coseguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos. Esto se debe a que dichos medicamentos están cubiertos por la Parte D de Medicare.

¿Tiene problemas para resurtir sus recetas?

Si tiene problemas para resurtir sus recetas y estas se rechazan en el punto de venta (POS) de la farmacia, solicite ayuda al personal de la farmacia y pregunte el motivo por la cual no pueden resurtirla. No pague el medicamento de su bolsillo. Lo que debe hacer:

- Si el medicamento requiere autorización previa, comuníquese con su proveedor médico para que envíe por fax la solicitud de autorización previa a BCBSAZ Health Choice.
- Si la autorización previa se venció, la farmacia puede intentar llamarnos para obtener la aprobación, pero su proveedor aún deberá enviar por fax una autorización para renovar la autorización previa antes de que el plan pague más resurtidos.
- Si va a surtir sus medicamentos con mucha anterioridad, deberá esperar hasta la próxima fecha de renovación.
- Límite de cantidad: la farmacia, por lo general, puede surtir una cantidad menor; pero usted debe comunicarse con su proveedor médico para obtener una autorización previa que le permita obtener una mayor cantidad.
- Por temas de restricciones de medicamentos o prescriptores, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro.
- Durante el horario comercial, la farmacia o el proveedor se pueden comunicar con los Servicios de Atención al Miembro de BCBSAZ Health Choice.
- Para obtener ayuda sobre farmacias fuera del horario de atención, los fines de semana o los días feriados, llame a Servicios de Atención al Miembro al 1-800-322-8670.

Comuníquese con nosotros al 480-968-6866 o al 1-800-322-8670 si tiene problemas o preguntas sobre cómo surtir las recetas. Su farmacia también puede llamar al número que figura en el frente de su tarjeta de miembro.

Restricciones/Asignación de farmacias
BCBSAZ Health Choice puede asignar a los miembros una farmacia exclusiva o un único prescriptor durante un período de hasta 12 meses. Si lo asignan a una farmacia o prescriptor exclusivos, le informaremos por escrito el motivo y le brindaremos información sobre cómo presentar una apelación, así como los plazos y el proceso para hacerlo. Esto es el programa de proveedores seleccionados. Puede ver los parámetros de evaluación en la tabla:

PARÁMETRO DE EVALUACIÓN	CRITERIOS MÍNIMOS PARA INICIAR INTERVENCIONES
Utilización en exceso	El miembro utilizó lo siguiente en un período de tres meses: Más de 4 prescriptores, y Más de 4 diferentes medicamentos con potencial de provocar abuso (por ejemplo, opiáceos, relajantes musculares, benzodiacepinas), y más de 4 farmacias. O BIEN El miembro recibió 12 o más recetas de los medicamentos en cuestión (medicamentos con potencial de abuso) en los últimos tres meses.
Fraude	El miembro presentó una receta falsificada o modificada a la farmacia.

BCBSAZ Health Choice le notificará por escrito 30 días antes de que se lo incluya en el programa de proveedores seleccionados. Cuando se lo incluya en el programa de proveedores seleccionados, le asignarán una (1) farmacia para medicamentos con potencial de abuso (por ejemplo, opiáceos, relajantes musculares, benzodiacepinas, medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad [TDAH], hipnóticos y antipsicóticos). Solo pagaremos los medicamentos con potencial de abuso cuando se surtan en la farmacia exclusiva. También le podrían asignar un prescriptor único para una clase de medicamentos con potencial de abuso. Solo pagaremos los medicamentos cuando estén recetados o aprobados por un único prescriptor. La supervisión del prescriptor único incluye una revisión de estos medicamentos recetados de la sala de emergencias. Un prescriptor único ayudará a tomar decisiones seguras sobre el uso de un medicamento como opción de tratamiento.

Trabajaremos con usted y los proveedores que piden sus medicamentos para asegurarnos de que usted tome solo los que necesita. Esto estará vigente por un período de hasta 12 meses. Revisaremos sus registros después de ese período de 12 meses y le informaremos si

continuaremos asignándole esa farmacia o ese proveedor en particular. Si no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una solicitud por escrito para una audiencia estatal imparcial.

Si actualmente recibe tratamiento por un diagnóstico de oncología activa, se encuentra en un centro de cuidados paliativos, reside en un centro de enfermería especializada con atención supervisada o tiene Medicare, el programa de proveedores seleccionados no se aplicará a su caso.

Reembolso por medicamentos recetados

Es posible que le reembolsemos el costo de los medicamentos si los compró durante la "cobertura del período anterior" antes de afiliarse a BCBSAZ Health Choice. La cobertura del período anterior es el tiempo entre el momento en que comenzó a ser elegible para AHCCCS y el momento en que se afilió a BCBSAZ Health Choice. Solo podemos reembolsarle el costo de los medicamentos a través de BCBSAZ Health Choice y ese reembolso puede ser inferior a la cantidad que pagó en la farmacia.

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, solicite a la farmacia que llame a la línea de ayuda de farmacias, que atiende las 24 horas, de BCBSAZ Health Choice al 1-800-322-8670. Responderemos cualquier consulta.

No pague el costo total de los medicamentos recetados. Solo realice el copago que le corresponde, si le corresponde. Si pagó los medicamentos recetados y considera que no debía hacerlo, envíe los recibos y las etiquetas de las farmacias a BCBSAZ Health Choice. Debe enviarlos dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que realizó el pago. Analizaremos su solicitud de reembolso. Después de revisar la documentación, le informaremos si podemos darle el reembolso.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL CUBIERTOS

Hay algunos problemas personales que pueden afectar su salud. Estos problemas personales también pueden afectar a su familia. El estrés, la depresión, la ansiedad, el consumo de drogas o alcohol u otros problemas de salud mental podrían afectar su salud. A los servicios que pueden asistirle con su salud mental se los conoce como “servicios de salud conductual”.

Servicios de salud conductual
Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios de evaluación de problemas.
- Servicios para casos de crisis.
- Orientación y otros tipos de terapia para problemas personales, familiares y de sustancias.
- Control de la conducta (capacitación en atención domiciliaria de salud conductual, autoayuda de salud conductual/grupos de apoyo).
- Servicios hospitalarios para pacientes internados, que incluyen la desintoxicación.
- Servicios médicos.
- Servicios de enfermería.
- Medicamentos y servicios de control farmacológico.
- Servicios de laboratorio, radiología e imágenes para diagnóstico y regulación de medicamentos psicotrópicos.
- Transporte, ya sea para emergencias o no, necesario por razones médicas.
- Servicios de estabilización en entornos comunitarios, de atención de urgencias o emergencias.
- Administración de la atención.
- Tratamiento residencial.
- Apoyo vocacional y laboral.
- Servicios de rehabilitación.
- Atención de relevo.
- Servicios de grupos de apoyo y de apoyo familiar.

Si necesita servicios de salud conductual, llame a Servicios de Atención al Miembro para encontrar un proveedor en su área. También podemos ayudarlo a agendar una consulta.

Los miembros de BCBSAZ Health Choice se pueden asignar a un proveedor de salud conductual donde podrán obtener ese tipo de servicios.

Algunos proveedores integrales también tienen proveedores de atención primaria para que pueda recibir toda la atención, tanto física como conductual, en un solo lugar. Puede cambiar a un proveedor nuevo en cualquier momento.

Si necesita servicios de salud conductual, crearemos un equipo para que lo ayude a identificar sus necesidades de salud conductual y obtener servicios relacionados. Estos equipos se denominan “equipos clínicos”, o más específicamente, “equipos infantiles y familiares” o “equipos de recuperación de adultos”. Luego, el equipo trabajará con usted en sus objetivos, hará evaluaciones continuas y planificará el servicio. Los integrantes del equipo dependerán de los profesionales de la salud conductual que trabajen con usted y de quién usted desee que forme parte del equipo. Los equipos pueden incluir miembros, tutores, amigos, clérigos y otras personas de apoyo de la comunidad. Su plan de servicios individual y su evaluación comenzarán con su primera consulta. Mientras continúa con el tratamiento, trabajará con su equipo para continuar el proceso de evaluación y para desarrollar los servicios que mejor cubran sus necesidades y preferencias. Esto le permite a usted y a su equipo revisar continuamente el progreso y las necesidades para que usted pueda obtener la mejor atención.

Equipo infantil y familiar

El equipo infantil y familiar (CFT) es un grupo definido de personas que incluye, como mínimo, al niño y su familia, y un representante de salud conductual. El equipo también incluirá a todas las personas importantes en la vida del niño identificadas y que el niño y la familia invitarán a participar. Estas personas pueden ser, por ejemplo, maestros, familiares, amigos, compañeros de apoyo familiar, proveedores de atención médica, entrenadores, proveedores de recursos comunitarios, representantes de afiliaciones religiosas, como iglesias, sinagogas o mezquitas, o agentes de otros sistemas de servicios como el Departamento de Seguridad Infantil (DCS) de Arizona o la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), etc. La cantidad, el alcance y la intensidad de la participación de los integrantes del equipo se determinan por los objetivos establecidos para el niño, las necesidades de la familia para mantener al niño y los recursos necesarios para desarrollar un plan de servicio eficaz. El equipo infantil y familiar puede ampliarse y reducirse, según sea necesario, para que su hijo logre tener éxito.

Equipo de recuperación de adultos

El equipo de recuperación de adultos es un grupo de personas que trabajan juntas y participan activamente en la evaluación, planificación de servicios y prestación de servicios de una persona al seguir los nueve Principios rectores para los servicios y sistemas de salud conductual para adultos orientados a la recuperación. Como mínimo, el equipo está formado por la persona, su persona de apoyo o tutor (si corresponde), los defensores (si se asignaron) y un representante calificado de salud conductual. El equipo también puede incluir integrantes de la familia de la persona inscrita, proveedores de servicios de salud física, salud mental o sociales, representantes u otras agencias que prestan servicios a la persona, profesionales que representan disciplinas relacionadas con las necesidades de la persona u otras personas identificadas por la persona inscrita.

Podrá cambiar los integrantes de equipo para cubrir mejor sus necesidades y alcanzar los objetivos que se ha fijado.

Proceso de derivación para trastornos emocionales graves (SED)
"Trastornos emocionales graves" (SED) es un término utilizado para referirse a las personas menores de 18 años que necesitan apoyo adicional porque su diagnóstico de salud mental afecta su capacidad para actuar.

Una persona, su tutor, representante designado o familiar pueden solicitar que se determine la condición de trastorno emocional grave. Puede hablar con su proveedor de salud conductual sobre cómo comenzar este proceso. Si actualmente no está en contacto con un proveedor de salud conductual y desea una evaluación de trastornos emocionales graves, puede llamar a Servicios de Atención al Miembro de BCBSAZ Health Choice.

Su proveedor de salud conductual completará una revisión y un paquete de evaluación de trastornos emocionales graves dentro de los siete (7) días hábiles posteriores a la solicitud. Si ya se completó una evaluación antes de los 6 meses previos que respalde el diagnóstico que reúna los requisitos y el deterioro funcional, podría utilizarse.

Solari Crisis and Human Services (Solari) es responsable de revisar todas las solicitudes y determinar los trastornos emocionales graves para el estado de Arizona. Solari tiene un plazo específico según sus necesidades individuales para hacer la determinación. La decisión puede tomarse dentro de los tres, 20 o 60 días según cada caso individual.

Cuando se haya tomado la decisión, se le enviará un aviso con los resultados, información sobre cómo comenzar a recibir los servicios, si corresponde, o cómo apelar la decisión de la elegibilidad sobre el trastorno emocional grave. Una designación de trastorno emocional grave producirá un cambio en el plan médico para la RBHA de su región.

Si desea obtener más información sobre este proceso, puede visitar el sitio web de Solari en https://community.solari-inc.org/eligibility-and-care-services/what-is-smi-determination/ o puede comunicarse con nuestro equipo de Servicios de Atención al Miembro.

Proceso de derivación por enfermedades mentales graves (SMI)
El término enfermedad mental grave (SMI) se utiliza para referirse a las personas que necesitan apoyo adicional porque su enfermedad mental afecta su capacidad para actuar.

Una persona, su tutor, representante designado o familiar pueden solicitar que se determine la condición de enfermedad mental grave. Puede hablar con su proveedor de salud conductual sobre cómo comenzar este proceso. Si actualmente no está en contacto con un proveedor de salud conductual y desea realizar una evaluación de enfermedades mentales graves, puede llamar a Servicios de Atención al Miembro de BCBSAZ Health Choice.

Su proveedor de salud conductual completará una revisión y un paquete de evaluación de enfermedades mentales graves dentro de los siete (7) días posteriores a la solicitud. Solari Crisis and Human Services (Solari) es responsable de revisar todas las solicitudes y determinar las

enfermedades mentales graves para el estado de Arizona. Solari tiene un plazo específico según sus necesidades individuales para hacer la determinación. Cuando se haya tomado la decisión, se le enviará un aviso con los resultados, información sobre cómo comenzar a recibir los servicios, si corresponde, o cómo apelar la decisión de la elegibilidad sobre la enfermedad mental grave. Una designación de enfermedad mental grave producirá un cambio en el plan médico para la RBHA de su región.

Si desea obtener más información sobre este proceso, puede visitar el sitio web de Solari en https://community.solari-inc.org/eligibility-and-care-services/what-is-smi-determination/ o puede comunicarse con nuestro equipo de Servicios de Atención al Miembro.

Algunas veces, las personas necesitan una determinación urgente de enfermedad mental grave mientras están en el hospital. El proveedor de salud conductual trabaja con la persona y el hospital para completar la evaluación y el paquete de valuación de enfermedades mentales graves. En el condado de Maricopa, cuando la persona está en un hospital, Crisis Preparation and Recovery, Inc. asiste a la persona y a su equipo de atención médica para completar las evaluaciones iniciales en el hospital.

Visión de Arizona para la prestación de servicios de salud conductual
Todos los servicios de salud conductual se prestan de acuerdo con los siguientes principios del sistema. AHCCCS admite un sistema de prestación de servicios de salud conductual que incluye:

1. Acceso simple a la atención.
2. Participación del destinatario de los servicios de salud conductual y de los familiares.
3. Colaboración con la comunidad en general.
4. Innovación eficaz.
5. Expectativa de mejora.
6. Idoneidad cultural.

Los doce principios para la prestación de servicios a niños

1. Colaboración con el niño y la familia:
   a. El respeto y la colaboración activa con el niño y los padres o el tutor legal es el pilar para lograr resultados positivos de salud conductual.
   b. Los padres o el tutor legal y los niños son tratados como socios en el proceso de evaluación, y en la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud conductual, y sus preferencias se toman seriamente.

2. Desenlaces funcionales:
    a. Los servicios de salud conductual están diseñados y se implementan para ayudar a los niños a alcanzar el éxito en la escuela, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y convertirse en adultos estables y productivos.
    b. La implementación del plan de servicios de salud conductual estabiliza la condición del niño y minimiza los riesgos de seguridad.
3. Colaboración con otras personas:
    a. Cuando los niños tienen una participación de múltiples agencias y múltiples sistemas, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa en colaboración un plan de servicios de salud conductual establecido conjuntamente.
    b. Los equipos centrados en el cliente planifican y brindan servicios.
    c. El equipo de cada niño incluye al niño y a sus padres, y a cualquier padre de cuidado temporal o tutor legal, cualquier persona importante en la vida del niño que el niño o los padres inviten a participar. El equipo también incluye a todas las demás personas necesarias para desarrollar un plan eficaz, incluidos, según corresponda, el docente, el trabajador social de la División de Seguridad Infantil (DCS) o la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y el oficial de supervisión del niño.
    d. El equipo:
        i. Desarrolla una evaluación común de las fortalezas y necesidades del niño y la familia.
        ii. Desarrolla un plan de servicios individualizado.
        iii. Supervisa la implementación del plan.
        iv. Realiza ajustes en el plan si no tiene éxito.

4. Servicios accesibles:
    a. Los niños tienen acceso a una amplia gama de servicios de salud conductual, suficientes para garantizar que reciban el tratamiento que necesitan.
    b. Se proporciona administración del caso, si es necesaria.
    c. Con los planes de servicios de salud conductual se identifican el transporte que los padres y el niño necesita para acceder a estos servicios, y cómo se proporcionará la asistencia para el transporte.
    d. Los servicios de salud conductual se adaptan o crean cuando se necesitan, pero no están disponibles.

5. Mejores prácticas:
    a. Los servicios de salud conductual son proporcionados por personas competentes que están capacitadas y son supervisadas.
    b. Los servicios de salud conductual se brindan de acuerdo con las pautas que incorporan las “mejores prácticas” basadas en la evidencia.
    c. Con los planes de servicios de salud conductual se identifican y tratan adecuadamente los síntomas conductuales que están relacionados con lo siguiente: trastornos del aprendizaje, problemas de consumo de sustancias, necesidades especializadas de

salud conductual de niños con discapacidades del desarrollo, antecedentes de traumas (por ejemplo, abuso o negligencia) o eventos traumáticos (por ejemplo, la muerte de un familiar o un desastre natural), desadaptación en su conducta sexual, conducta abusiva y conducta arriesgada. Con los planes de servicio también se tratan la necesidad de estabilidad y promoción de la permanencia en las vidas de los participantes de la clase, en especial de los participantes de la clase que están en un hogar temporal.

d. Continuamente se evalúan y modifican los servicios de salud conductual para verificar su eficacia en el logro de los resultados deseados.

6. Entorno más adecuado:
   a. En la medida de lo posible, los niños reciben servicios de salud conductual en su casa y en la comunidad.
   b. Los servicios de salud conductual se brindan en el entorno más integrado de acuerdo con las necesidades del niño. Cuando se prestan en un entorno residencial, el entorno es el más integrado y más parecido al hogar, lo cual es apropiado para las necesidades del niño.

7. Atención oportuna:
   Los niños que necesitan servicios de salud conductual son evaluados y atendidos de manera oportuna.

8. Servicios adaptados al niño y la familia:
   a. Las fortalezas y necesidades únicas de los niños y sus familias determinan el tipo, la combinación y la intensidad de los servicios de salud conductual brindados.
   b. Se alienta y se ayuda a los padres y a los niños a articular sus propias fortalezas y necesidades, los objetivos que buscan y los servicios que creen que se requieren para alcanzar estos objetivos.

9. Estabilidad:
   a. Los planes de servicios de salud conductual tratan de minimizar las ubicaciones múltiples.
   b. Con los planes de servicios se identifica si un miembro está en riesgo de experimentar una interrupción en la ubicación y, de ser así, se identifican los pasos a seguir para minimizar o eliminar el riesgo.
   c. Con los planes de servicios de salud conductual se anticipan crisis que podrían surgir e incluyen estrategias y servicios específicos que se emplearán si surge una crisis.
   d. Al responder a las crisis, el sistema de salud conductual utiliza todos estos servicios apropiados para ayudar al niño a permanecer en la casa, minimizar las interrupciones de ubicación y evitar el uso inapropiado de la policía y el sistema de justicia penal.
   e. Con los planes de servicios de salud conductual se anticipan y planifican adecuadamente las transiciones en la vida de los niños, incluidas las transiciones a nuevas escuelas y nuevas ubicaciones, y las transiciones a servicios para adultos.

10. Respeto por el patrimonio cultural único del niño y la familia:
    a. Los servicios de salud conductual se prestan de una manera que respeta la tradición cultural y el patrimonio del niño y la familia.
    b. Los servicios se prestan en el idioma principal de los niños y los padres o el tutor legal.

11. Independencia:
    a. Los servicios de salud conductual incluyen apoyo y capacitación para padres o el tutor legal que satisfagan las necesidades de salud conductual de sus hijos, y apoyo y capacitación para niños en el autocontrol.
    b. Los planes de servicios de salud conductual identifican la necesidad de capacitación y apoyo de los padres o el tutor legal y los niños para participar como socios en el proceso de evaluación, y en la planificación, la entrega y la evaluación de los servicios, y para garantizar la disponibilidad de dicha capacitación y apoyo, incluida la ayuda para transporte, debates anticipados, y la ayuda para comprender los materiales escritos.

12. Enlace con los apoyos naturales:
    a. El sistema de salud conductual identifica y utiliza adecuadamente los apoyos naturales disponibles de la red de asociados del niño y de los padres, incluidos amigos y vecinos, y de organizaciones comunitarias, incluidas organizaciones de servicios y religiosas.

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

1. Respeto: el respeto es fundamental. Se debe conocer a la persona donde se encuentra, sin juzgar y con mucha paciencia y compasión.

2. Las personas en recuperación eligen los servicios y están incluidas en las decisiones del programa y en las iniciativas de desarrollo del programa; una persona en recuperación tiene voz y voto. Su autodeterminación en la orientación de los servicios, las decisiones del programa y el desarrollo del programa es posible, en parte, por la dinámica continua de la educación, el análisis y la evaluación, creando así el “consumidor informado” y la variedad más amplia posible de opciones para elegir. Las personas en recuperación deben participar en todos los niveles del sistema, desde la administración hasta la prestación de servicios.

3. Concentrarse en la persona como un ser completo, mientras se incluyen o desarrollan apoyos naturales; una persona en recuperación no se considera menos que un ser completo: capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. Por lo tanto, es necesario centrarse en potenciar la mayor autonomía posible y el estilo de vida más

natural y completo. Esto incluye el acceso y la participación en los apoyos naturales y los sistemas sociales habituales de la comunidad social de una persona.

4. Empoderar a las personas que toman medidas hacia la independencia y asumen riesgos sin temor al fracaso; una persona en recuperación encuentra independencia a través de la exploración, la experimentación, la evaluación, la contemplación y la acción. Se mantiene una atmósfera en la que se fomentan y refuerzan los pasos hacia la independencia en un entorno en el que tanto la seguridad como el riesgo se valoran como características que promueven el crecimiento.

5. Integración, colaboración y participación con la comunidad que se elige; una persona en recuperación es un miembro valioso y colaborador de la sociedad y, como tal, merece estar integrado en la comunidad y es beneficioso para esta. Tal integración y participación subraya la función de una persona como una parte vital de la comunidad, la dinámica de la comunidad es inextricable a partir de la experiencia humana. Se valora el servicio comunitario y el voluntariado.

6. Asociación entre personas, personal y familiares/apoyos naturales para la toma de decisiones compartidas con una base de confianza; una persona en recuperación, como cualquier integrante de una sociedad, encuentra fortaleza y apoyo a través de asociaciones. Las alianzas, basadas en la compasión con un enfoque en optimizar la recuperación, refuerzan la autoconfianza, amplían la comprensión en todos los participantes y conducen a la creación de protocolos y resultados óptimos.
7. Las personas en recuperación definen su propio éxito; una persona en recuperación, según su propia declaración, descubre el éxito, en parte, por los resultados de calidad de vida, que pueden incluir una sensación de mejora en el bienestar, una integración avanzada en la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas en recuperación son los expertos en sí mismos y definen sus propios objetivos y desenlaces deseados.

8. Servicios basados en fortalezas, flexibles y receptivos que reflejan las preferencias culturales de una persona; una persona en recuperación puede esperar y merece recibir servicios flexibles, oportunos y receptivos que sean accesibles, libres, confiables, responsables y sensibles a los valores y costumbres culturales. Una persona en recuperación es la fuente de su propia fuerza y resistencia. Aquellas personas que sirven como apoyos y facilitadores identifican, exploran y prestan servicios para optimizar las fortalezas demostradas en la persona como herramientas para generar una mayor autonomía y efectividad en la vida.

9. La esperanza es la base del camino hacia la recuperación; una persona en recuperación tiene la capacidad de tener esperanza y se desarrolla mejor en asociaciones que fomentan la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de la vida y crea el entorno para que se hagan realidad los resultados positivos poco comunes e inesperados. Una persona en recuperación se considera ilimitada en potencial y posibilidades.

Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC)
Una clínica interdisciplinaria de especialidades múltiples (MSIC) es un centro que combina a varios proveedores en una ubicación para proveer servicios interdisciplinarios con el fin de brindar tratamiento a los miembros y a sus familias.

Nuestras MSIC contratadas ofrecen una amplia gama de especialidades para satisfacer necesidades específicas. A continuación, se presenta una lista de MSIC:

District Medical Group Clinic 3141 N. 3rd Ave. Phoenix, AZ 85013	Audiología, cardiología, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, laboratorio y radiografías, nefrología, neurología, neurocirugía, nutrición, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla, oftalmología, ortopedia, pediatría (PCP), cirugía pediátrica, cirugía plástica, psicología, psiquiatría, reumatología, escoliosis, urología.
Children's Clinics for Rehabilitative Services 2600 N. Wyatt Dr. Tucson, AZ 85712	Anestesia, análisis conductual/psicología, cardiología, odontología y ortodoncia, pediatría de desarrollo, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, hematología, nefrología, neurología, neurocirugía, ortopedia, oftalmología, optometría, pediatría (PCP), dermatología pediátrica, cuidados paliativos pediátricos, cirugía pediátrica, medicina física, cirugía plástica, neumología, reumatología, urología.
Flagstaff Medical Center Children's Health Center 1215 N. Beaver St. Flagstaff, AZ 86001	Pediatría (PCP), endocrinología pediátrica, gastroenterología pediátrica, nefrología pediátrica, ortopedia pediátrica, fisioterapia, terapia del habla, urología pediátrica, silla de ruedas/asientos.
Yuma Regional Medical Center Children's Rehabilitative Services 2851 S. Avenue B. Yuma, AZ 85364	Audiología, cardiología, evaluación integral, tratamiento craneofacial (labio leporino y paladar hendido), otorrinolaringología, endocrinología, gastroenterología, neurología, nutrición y alimentación, oftalmología, ortopedia, servicios ortopédicos, psiquiatría, evaluación y terapia del habla y el lenguaje, urología, servicios de sillas de ruedas.

* Algunos proveedores y servicios de especialidades pueden no estar disponibles en todas las áreas. Contáctese con MSIC para ver qué servicios y ayudas están disponibles. Para obtener ayuda adicional, contáctese con Servicios de Atención al Miembro.

Agendar una consulta
Agendar previamente la cita con su proveedor es importante. Asegúrese de informar el motivo de la consulta, porque quizás deban atenderlo antes. Puede llamar a su proveedor directamente para agendar una consulta. Si necesita ayuda, también puede llamar a Servicios de Atención al Miembro.

Cancelar o modificar consultas
Es importante que acuda a sus consultas; sin embargo, sabemos que a veces suceden imprevistos. Llame a su proveedor directamente para cancelar o cambiar la consulta. Intente avisar al menos un día antes de la consulta. Si había solicitado a BCBSAZ Health Choice un traslado o servicios de un intérprete, avísenos de inmediato para cancelarlos.

Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS): ¿Qué son los CRS?
Los Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS) se refieren a una designación que se proporciona a ciertos miembros de AHCCCS con una afección que reúna los requisitos. Los miembros con una designación de CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos de AHCCCS que los miembros de AHCCCS que no pertenecen a CRS y pueden obtener atención en la comunidad o en clínicas llamadas clínicas interdisciplinarias de especialidades múltiples (MSIC). Las MSIC reúnen a muchos proveedores especializados en un solo lugar. Los administradores de la atención de BCBSAZ Health Choice pueden ayudar con el proceso de presentación de solicitud a los CRS, programación de consultas en la MSIC o con otros proveedores, o en servicios de educación y apoyo.
La elegibilidad para una designación de CRS la determina la División de Servicios para Miembros (DMS) de AHCCCS.

¿Quiénes son elegibles para una designación de CRS?
Los miembros de AHCCCS pueden ser elegibles para una designación de CRS si:

- Son menores de 21 años
- Tienen una afección que califica para los CRS

La afección deberá cumplir lo siguiente:

- Requerir un tratamiento activo.
- Cumplir con los criterios, según el DMS de AHCCCS, tal como se especifica en R9-22-1301-1305.

Cualquier persona puede completar una solicitud de CRS, incluidos familiares, proveedores o representantes del plan médico. Para solicitar la designación de CRS envíe por correo o por fax:

- Una solicitud de CRS completa.
- Documentación médica que muestre que el solicitante tiene una afección que califica para los CRS y que requiere un tratamiento activo.

Consejo Defensor de Miembros
Su plan ha desarrollado un Consejo Defensor de Miembros (MAC) que está abierto a todos los miembros, cuidadores designados, tutores, especialistas en apoyo de pares, centros de recuperación, hogares de atención médica, proveedores contratados, interesados de la comunidad, miembros del Comité de Supervisión Independiente, la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI), miembros de naciones tribales, veteranos y sus familias, así como organizaciones afiliadas de veteranos.

El Consejo Defensor de Miembros es una iniciativa comunitaria concentrada en las opiniones de los miembros y facilitada por el defensor de miembros/intermediario de veteranos de BCBSAZ Health Choice.

Los comentarios de las personas que asisten a las reuniones del consejo producirán un impacto en los cambios en el sistema concentrados en las opiniones de los miembros. Las reuniones del consejo servirán de plataforma para los miembros, miembros de naciones tribales, veteranos, familiares de miembros y participantes de la comunidad para que compartan sus opiniones sobre sus experiencias generales y la comprensión de los servicios prestados por BCBSAZ Health Choice.

Las reuniones del MAC se celebran cada dos meses y puede encontrarse más información sobre las reuniones en HealthChoiceAZ.com. Si le gustaría participar o aprender más sobre el Consejo Defensor de Miembros, contáctese con Servicios de Atención al Miembro al 1-800-322-8670, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Algunos servicios necesitan aprobación previa para que AHCCCS o BCBSAZ Health Choice puedan pagarlos. Esto se llama autorización previa. La siguiente lista muestra algunos de los servicios que requieren aprobación previa:

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

Antes de prestarle cualquiera de estos servicios, su proveedor debe obtener la aprobación de BCBSAZ Health Choice. Consulte con su proveedor si ya recibió la aprobación previa.

En general, tomamos una determinación dentro de los 14 días corridos posteriores a la recepción de la solicitud. Si tiene un problema de salud grave y potencialmente mortal, su proveedor puede solicitarnos que tomemos la determinación más rápidamente. En este caso, su proveedor puede enviarnos una solicitud de aprobación dentro de las 72 horas. Respecto de las recetas, se toma la determinación dentro de las 24 horas. Le informaremos a su proveedor tan pronto como tomemos la determinación. Si la solicitud no se aprueba, se le enviará una carta. La carta se llama “Aviso de determinación adversa de beneficios”. La carta explicará los motivos por los cuales no aprobamos la solicitud.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación. Si desea saber cómo tomamos una decisión, puede contactarnos. También podemos brindarle información sobre los criterios para una decisión de aprobación previa. Llámenos, estamos para ayudarlo siempre.

APELACIONES

BCBSAZ Health Choice podría no aprobar los servicios que su proveedor solicite, o bien podríamos limitar los servicios. En ese caso, le enviaremos una carta. Esta se llama “Aviso de determinación adversa de beneficios”.

En el aviso de determinación adversa de beneficios se explicarán la decisión y los motivos por los que la tomamos. Contendrá explicación de la ley, norma o política en la que nos basamos para tomar la decisión. Le informará la fecha de la decisión.

El aviso de determinación adversa de beneficios le explicará cómo solicitar una segunda revisión, si no está de acuerdo con nosotros. Esta revisión se llama “apelación”. Le informaremos cómo continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación. En el aviso de determinación adversa de beneficios también se le explicará que, si la apelación no resulta en su favor, deberá pagar la atención que recibió durante el proceso de apelación.

Antes de presentar una apelación, consulte con su proveedor. Su médico podría tener un plan de atención diferente que podría estar cubierto. El plan de atención puede incluir otro tipo de tratamiento con el mismo resultado para usted.

Si desea conocer los criterios en los que se basan las decisiones de beneficios, puede solicitar esa información. Esta información se entrega sin costo alguno.

Solicitud de apelación

Puede solicitar una apelación si llama a Servicios de Atención al Miembro o si escribe una carta a BCBSAZ Health Choice. Esto incluye las apelaciones sobre los servicios para casos de crisis que presta la RBHA a miembros a los que NO se designó que tienen una enfermedad mental grave.

Para presentar una apelación por teléfono:

- Llame a Servicios de Atención al Miembro al 1-800-322-8670 y un representante lo ayudará.
- Tenga a mano su aviso de determinación adversa de beneficios cuando llame. Esto nos ayudará a obtener toda la información necesaria para comenzar su apelación.

Para presentar una apelación por escrito:

Su carta de apelación debe enviarse directamente a BCBSAZ Health Choice. No envíe su apelación a AHCCCS.

Envíe su carta a:

BCBSAZ Health Choice
Attn: Member Appeals
8220 N 23rd Ave.
Phoenix Arizona 85021

Tiene 60 días corridos desde la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios de BCBSAZ Health Choice o la fecha de cualquier acción adversa para presentar su apelación.

BCBSAZ Health Choice le enviará una carta en la que se indicará que recibimos su solicitud. Se le enviará dentro de los cinco (5) días hábiles.

Puede solicitar ver la información que estamos revisando para tomar la decisión. Puede solicitar ver los registros en cualquier momento durante el proceso de apelación.

También puede enviarnos más información si considera que nos ayudará con nuestra revisión. Esto incluye hablar con personas involucradas en su atención, como otro proveedor o familiar.

Una persona externa a BCBSAZ Health Choice que no estuvo involucrada en el primer aviso de determinación adversa de beneficios que negó, limitó o suspendió la atención revisará su archivo.

Tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días.

Después de analizar su apelación, le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión. Esta carta se llama “carta de resolución de apelación”.

Solicitar una apelación de servicios para casos de crisis prestados por la RBHA
La RBHA procesa todas las quejas/apelaciones/solicitudes de audiencias imparciales con respecto a los servicios para casos de crisis.

Puede encontrar aquí la información sobre cómo realizarla ante la RBHA de su región:

Área de servicio	RBHA	N.º de teléfono
Centro de Arizona (condados de Maricopa, Gila y Pinal)	Mercy Care AZ	1-800-564-5465
Sur de Arizona (condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Santa Cruz y Yuma)	Arizona Complete Health	1-888-788-4408
Norte de Arizona (condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai)	Care1st Health Plan	1-866-560-4042

Libertad de elección
Usted tiene libertad para elegir entre los proveedores dentro de la red de BCBSAZ Health Choice. Puede elegir un médico de atención primaria (PCP) y otros proveedores de la lista de la red de BCBSAZ Health Choice. Esto también incluye el derecho a rechazar la atención de los proveedores. También tiene derecho a obtener una segunda opinión.

Apelación acelerada
Si no puede esperar 30 días hasta que se tome una decisión, puede solicitar a BCBSAZ Health Choice que tome una decisión más rápido. Si esperar 30 días pudiera causar un daño grave a su salud, vida o su capacidad para recuperarse o seguir desempeñándose al máximo nivel, puede solicitar una decisión más expeditiva. Esta se llama “apelación acelerada”. Este proceso sigue

los mismos pasos que una apelación estándar, excepto que la decisión se toma en un plazo de 72 horas, en lugar de 30 días.

Cuando BCBSAZ Health Choice tome una decisión rápida, intentaremos llamarlo dentro de las 72 horas. También recibirá una carta con el aviso de resolución de apelación acelerada. En esta carta se le informará nuestra decisión.

Si BCBSAZ Health Choice no lo acepta y se debe tomar una decisión rápida, se tomará una decisión dentro de los 30 días. Recibirá una carta con el aviso de resolución de apelación, en la que se le informará nuestra decisión.

Aviso de extensión
BCBSAZ Health Choice responderá su solicitud de apelación lo antes posible. Sin embargo, a veces le convendrá que se tome más tiempo para tomar una decisión.

Le informaremos por carta en caso de necesitar más tiempo. Esa carta se llama “aviso de extensión”. Esto significa que BCBSAZ Health Choice tiene 14 días más para tomar una decisión. También le informaremos cómo puede presentar un reclamo si no está de acuerdo en que deberíamos tomarnos más tiempo.

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

Uso de un representante
Si elige apelar el aviso de determinación adversa de beneficios, tiene derecho a permitirle a otra persona que lo ayude. A la persona que lo ayuda se la llama “representante”. Esta persona puede ser un familiar, amigo, proveedor o abogado, si lo desea. El proceso es el mismo si presenta la apelación usted mismo o si otra persona lo ayuda. El plazo también es el mismo, en cualquier caso.

Cuando BCBSAZ Health Choice le envíe el aviso de determinación adversa de beneficios, también le enviará una lista de agencias que pueden ayudarlo a presentar su apelación. Si necesita otra lista, llame a Servicios de Atención al Miembro. Debe enviarnos una carta informándonos el nombre de la persona que lo ayuda a presentar una apelación, si la tiene.

Infórmenos si necesita ayuda para presentar una apelación, pero no tiene a nadie que pueda hacerlo. Puede hacerlo por carta.

Envíe su carta con la información del representante a:
BCBSAZ Health Choice
Attn: Member Appeals
8220 N 23rd Ave.
Phoenix Arizona 85021

PAGO DE LOS SERVICIOS

Copagos

A algunas personas de Arizona que reciben los beneficios de AHCCCS Medicaid se les solicita que paguen copagos por algunos de los servicios médicos de AHCCCS que reciben.

*Nota: los copagos a los que se hace referencia en esta sección se refieren a los copagos cobrados por Medicaid (AHCCCS). No significa que una persona esté exenta de los copagos de Medicare.

No pagarán copagos:

- Los niños menores de 19 años.
- Personas que tienen una enfermedad mental grave (SMI).
- Una persona que se designa elegible para los Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS) conforme al artículo 13 del capítulo 22 del Título 9 del Código Administrativo de Arizona (A.A.C.)
- Los miembros de Atención Completa del AHCCCS (ACC), ACC-RBHA y un Plan Médico Integral (CHP) que residen en centros de enfermería o centros residenciales, como una residencia de vida asistida, y solo cuando la afección pudiera requerir hospitalización. La exención de copagos para estos miembros se limita a 90 días en un año de contrato.
- Personas que están inscritas en el Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS).
- Personas que son beneficiarios calificados de Medicare.
- Personas que reciben cuidados paliativos.
- Miembros indios americanos que son usuarios activos o fueron usuarios del Servicio de Salud Indígena, programas tribales de salud operados conforme la Ley Pública 93-638 o programas médicos indígenas urbanos.
- Personas en el Programa de Tratamiento contra el Cáncer de Mama y Cervical (BCCTP).
- Personas que reciben servicios de bienestar infantil conforme el Título IV-B por ser niños en cuidado temporal o que recibe ayuda para adopción o cuidado temporal conforme el Título IV-E sin importar la edad.
- Mujeres embarazadas y durante el período de posparto.
- Personas en el grupo de adultos (durante un tiempo limitado**).

****Nota:** por tiempo limitado, las personas que sean elegibles del grupo de adultos no realizarán ningún copago. Los miembros del grupo de adultos incluyen personas que fueron transferidas del programa AHCCCS Care, así como personas que tienen entre 19 y 64 años de edad, sin derecho a Medicare, que no sean embarazadas y que tengan ingresos iguales o inferiores al 133 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y que no sean elegibles para AHCCCS en ninguna otra categoría. Los copagos para las personas en el grupo de adultos con ingresos superiores al

106 % del FPL se planifican a futuro. Se informará a los miembros sobre cualquier cambio en los copagos antes de que se apliquen.

Además, no se cobran copagos por los siguientes servicios a ninguna persona:

- Hospitalizaciones.
- Servicios de emergencia.
- Servicios e insumos de planificación familiar.
- Atención médica relacionada con el embarazo y atención médica para cualquier otra afección que pueda complicar el embarazo, incluido el tratamiento para abandonar el consumo de tabaco para embarazadas.
- Servicios preventivos, como consultas de rutina, pruebas de Papanicolaou, colonoscopias, mamografías y vacunas.
- Servicios de proveedores para afecciones evitables.
- Servicios que se reciben en un servicio de urgencias.

Personas con copagos opcionales (no obligatorios)

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

- Reciban alguno de los servicios anteriores por los que no se paga copago.
- Estén en uno de los grupos anteriores a los que no se les puede cobrar copago.

Los copagos no obligatorios también se denominan “copagos opcionales”. Si un miembro debe realizar un copago que no es obligatorio, entonces el proveedor no podrá negar el servicio si el miembro declara que no puede pagarlo. Un proveedor puede cobrar un copago no obligatorio a los miembros de los siguientes programas:

- AHCCCS para familias con niños (1931).
- Seguro de Transición para Jóvenes Adultos (YATI) para jóvenes en hogares temporales.
- Asistencia de adopción estatal para niños con necesidades especiales a los que se está adoptando.
- Recepción de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) a través de la Administración del Seguro Social para personas mayores de 65 años, ciegas o discapacitadas.
- SSI Medical Assistance Only (SSI MAO) para personas mayores de 65 años, ciegas o discapacitadas.
- Libertad para Trabajar (FTW).

Solicite a su proveedor que busque su elegibilidad para averiguar qué tipos de copagos tiene su plan. También puede averiguarlo si llama a Servicios de Atención al Miembro de BCBSAZ Health Choice. También puede consultar el sitio web de BCBSAZ Health Choice para obtener más información.

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

Cantidades de copago opcionales (no obligatorios) para algunos servicios médicos

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos recetados	$2.30
Servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	$2.30
Consultas en el consultorio del médico u otro proveedor ambulatorio para la evaluación y administración de su atención	$3.40

Los proveedores médicos le solicitarán que pague estas sumas, pero **NO** le negarán los servicios si usted no puede pagarlas. Si no puede realizar un copago, infórmelo a su proveedor médico para que no se le nieguen los servicios.

Personas que deben realizar copagos (obligatorios)
Algunos miembros de AHCCCS deben realizar copagos (obligatorios) a menos que estén recibiendo uno de los servicios anteriores por los que no se puede cobrar copago o que pertenezcan a uno de los grupos anteriores en los que no se puede cobrar copago. Los miembros con copagos obligatorios deberán realizar los copagos para obtener los servicios. Los proveedores pueden rechazar los servicios a estos miembros si no realizan los copagos obligatorios. Los copagos obligatorios se cobran a las personas en familias con niños que ya no son elegibles debido a los ingresos, a esto se lo conoce como Asistencia Médica Transitoria (TMA).

Los adultos que reciben TMA deben realizar copagos (obligatorios) por algunos servicios médicos. Si usted está en el Programa TMA ahora o si es elegible para recibir los beneficios de TMA más adelante, se le informará mediante un aviso de DES o AHCCCS. Los copagos para los miembros de TMA se enumeran a continuación.

Cantidades de copagos obligatorios para personas que reciben los beneficios de TMA

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos recetados	$2.30
Consultas en el consultorio del médico u otro proveedor ambulatorio para la evaluación y administración de su atención	$4.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	$3.00
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios que no sean de emergencia o voluntarios	$3.00

Los farmacéuticos y los proveedores médicos pueden rechazar los servicios si no se realizan los copagos.

5 % de límite en todos los copagos
La cantidad de los copagos totales no puede superar el 5 % de los ingresos totales de la familia durante un trimestre calendario (de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre). Si se alcanza este límite del 5 %, no se cobrarán más copagos por el resto del trimestre.

AHCCCS hará un seguimiento de los niveles de copago específicos de cada miembro para identificar a los que hayan alcanzado el límite de copago del 5 %. Si considera que los copagos totales que ha realizado exceden el 5 % de los ingresos trimestrales totales de su familia y AHCCCS aún no le ha informado esto, debe enviar copias de los recibos u otra constancia de los pagos a *AHCCCS, 801 E. Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034*.

Si está en este programa, pero sus circunstancias han cambiado, comuníquese con la oficina local del DES para solicitar que se revise su elegibilidad. Los miembros siempre pueden solicitar una nueva evaluación de su límite del 5 % si sus circunstancias han cambiado.

Pago de servicios cubiertos por BCBSAZ Health Choice
Usted puede elegir entre muchos proveedores de nuestra red. Si tiene Medicare u otro seguro, elija un proveedor de la red BCBSAZ Health Choice.

Los proveedores que no están en nuestra red deberán comunicarse con nosotros para obtener aprobación previa. Si no obtienen la aprobación, probablemente no podamos pagar a los proveedores fuera de la red. Solo tendrá que realizar su copago obligatorio por todos los servicios cubiertos. Para obtener más información sobre copagos, consulte la página 70.

Su proveedor debe enviar todas las facturas de los servicios cubiertos a BCBSAZ Health Choice. Si recibe una factura de servicios cubiertos:

- Llame de inmediato al proveedor.
- Bríndele toda la información del seguro.
- Asegúrese de que el proveedor tenga la dirección de facturación de BCBSAZ Health Choice.
- No pague la factura de su bolsillo. No le reembolsaremos los servicios cubiertos. Si recibe servicios que no sean de emergencia fuera de Arizona, es posible que deba pagarlos.

Si el proveedor le sigue enviando facturas después de que le proporcionó la información de su plan médico, llame a Servicios de Atención al Miembro. Revisaremos los cargos y trabajaremos con el proveedor para que deje de enviarle facturas.

Nota: no debe pagar los servicios cubiertos después de inscribirse en BCBSAZ Health Choice porque no le devolveremos el dinero. Solo pagamos los servicios de los proveedores de forma directa.

Infórmenos si recibe una factura o si pagó servicios cubiertos. Trabajaremos con su proveedor para que nos facture a nosotros y devolverle su dinero.

Pago de servicios no cubiertos por BCBSAZ Health Choice
Puede consultar con un proveedor acerca de un servicio que no sea un beneficio cubierto. El proveedor le informará el costo del servicio. Puede decidir si desea pagar el servicio usted.

Si elige pagar por el servicio, deberá firmar una declaración por escrito en la que acepte pagar los costos. BCBSAZ Health Choice no le reembolsará los servicios que no sean beneficios cubiertos.

Si debe realizar un copago para recibir un servicio que no sea un beneficio cubierto, debe pagarlo usted. BCBSAZ Health Choice no cubrirá este copago.

Otros seguros
Puede tener otro seguro además de AHCCCS. Este se llama “seguro primario”. Por ley, AHCCCS es el pagador de última instancia. Debe informar a AHCCCS y a BCBSAZ Health Choice si tiene otro seguro. Incluye Medicare.

Si obtiene otro seguro mientras está en el plan, debe informar a AHCCCS y a BCBSAZ Health Choice. Su otro seguro será el que siempre pague primero. Luego, BCBSAZ Health Choice cubrirá su parte. Esto significa que su proveedor le facturará primero al otro seguro. BCBSAZ Health Choice lo ayudará a coordinar sus beneficios de AHCCCS con el otro seguro. Tener otro seguro o Medicare puede afectar los importes de copagos, coseguros o deducibles.

Si tiene Medicare u otro seguro, elija un proveedor de la red BCBSAZ Health Choice. Los proveedores que no están en nuestra red deberán comunicarse con nosotros para obtener aprobación previa. Si se atiende con un proveedor que no está en nuestra red, debe realizar el copago, pagar el coseguro o el deducible. Lleve todas sus tarjetas de seguros a sus consultas con los proveedores. Informe a su proveedor y a nosotros si usted o su familia tienen otro seguro médico, incluido Medicare. Esto ayudará a que su proveedor sepa a quién debe facturarle.

Beneficiarios de Medicare (elegibilidad doble)
Las personas que tienen AHCCCS y Medicare se denominan “de elegibilidad doble”. Si tiene Medicare, BCBSAZ Health Choice puede ayudarlo a pagar coseguros y deducibles de Medicare (esto también se conoce como “costo compartido”). Sin embargo, Medicaid no cubre los medicamentos que sean elegibles para la cobertura bajo planes de la Parte D de Medicare. Medicaid no cubre los copagos, deducibles o costos compartidos de Medicare para medicamentos de la Parte D de Medicare, excepto para las personas que cuentan con una designación de enfermedad mental grave. AHCCCS cubre las medicaciones que están excluidas de la cobertura de la Parte D de Medicare cuando se considere que esas medicaciones cubiertas sean necesarias por razones médicas. Un medicamento excluido es un medicamento que no es elegible para la cobertura de la Parte D de Medicare. AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos de venta libre (OTC), consulte la lista de medicamentos de venta libre de

BCBSAZ Health Choice Pathway HMO SNP para ver una lista de productos disponibles en nuestro sitio web en https://www.healthchoicepathway.com/members/supplemental-benefits/ o llame a Servicios de Atención al Miembro para pedir una copia impresa. Las personas que tienen AHCCCS y Medicare se denominan “de elegibilidad doble”. Si tiene Medicare, BCBSAZ Health Choice puede ayudarlo a pagar coseguros y deducibles de Medicare (esto también se conoce como “costo compartido”).

Si está inscrito en un Plan de Atención Administrada de Medicare (HMO), busque un PCP que forme parte de su HMO de Medicare y de la red de BCBSAZ Health Choice. Debe usar los servicios de un proveedor de BCBSAZ Health Choice para cualquier otro servicio que obtenga.

Si necesita ayuda para encontrar un PCP o proveedor que forme parte de la red de BCBSAZ Health Choice, llámenos. Con gusto lo ayudaremos.

Si tiene Medicare, BCBSAZ Health Choice podría ser ahora su proveedor de salud conductual. Si tiene preguntas, llámenos. Con gusto lo ayudaremos.

Beneficiarios calificados de Medicare (QMB)
Algunos miembros con elegibilidad doble pueden ser Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB). Si usted es un miembro QMB, puede obtener más ayuda con los costos compartidos para servicios que generalmente no están cubiertos por AHCCCS o no los presta un proveedor de BCBSAZ Health Choice. Llámenos para poder ayudarlo a comprender sus beneficios.

Plazos de autorización previa para farmacias y servicios médicos
Todas las solicitudes de autorización previa para farmacias se revisan dentro de las 24 horas posteriores a la recepción. Las decisiones se tomarán dentro de las 24 horas para aquellas solicitudes con información completa del prescriptor. Si se necesita más información del prescriptor para poder tomar una decisión, nos comunicaremos con esta persona y la decisión se tomará dentro de los 7 días corridos posteriores a la recepción del caso por primera vez. Se podrá enviar un aviso de extensión si BCBSAZ Health Choice necesitara información adicional para decidir.

Para las autorizaciones previas de servicios médicos, tomaremos una determinación dentro de los 14 días corridos posteriores a la recepción de la solicitud. Si tiene un problema de salud grave y potencialmente mortal, su proveedor puede solicitarnos que tomemos la determinación más rápidamente. En este caso, su proveedor puede enviarnos una solicitud de aprobación acelerada dentro de las 72 horas.

QUEJAS (RECLAMOS)

Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna parte de su atención médica, o si desea presentar un reclamo sobre BCBSAZ Health Choice, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro. Su problema o inquietud se tratará como una queja (o reclamo).

Presentación de una queja

Si no está satisfecho con la atención médica que recibió, usted o la persona que ha designado como responsable de sus decisiones de atención médica tiene derecho a presentar una queja. También puede presentar una queja o un reclamo sobre BCBSAZ Health Choice. Esto le da la oportunidad de exponernos sus inquietudes.

Puede presentar una queja sobre asuntos relacionados con su atención médica, como:

- Problemas con proveedores de atención médica
- La imposibilidad de recibir servicios de atención médica
- Inquietudes sobre la calidad de la atención (QOC) recibida
- Acceso oportuno a los servicios
- Actitud del personal
- Actitudes groseras
- Adecuación de las cartas de aviso de determinación adversa de beneficios
- Servicios para casos de crisis prestados por la RBHA
- Cualquier otro tipo de problema que haya tenido con su servicio de atención médica
- Cualquier otro tipo de problema que pueda tener con su plan médico

Puede presentar una queja formal por teléfono o por escrito.

Para presentar una queja por teléfono:

- Llame a Servicios de Atención al Miembro y lo ayudaremos.
- El representante le preguntará sobre la inquietud. Esto nos ayudará a obtener toda la información necesaria para tratar el tema.
- Dígale al representante la fecha en que ocurrió el problema y cualquier otro dato sobre el problema.

Para presentar una queja por escrito, envíe una carta a:

BCBSAZ Health Choice
Attn: Member Grievances
8220 N 23rd Ave.
Phoenix, Arizona 85021

BCBSAZ Health Choice analizará cuidadosamente su inquietud. Estamos para ayudarlo. Quizás nos contactemos con usted para obtener más información o hablemos con otras personas

involucradas en su atención. Una vez que revisemos el asunto, le enviaremos una carta informándole la resolución.

Tenga en cuenta lo siguiente: también tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Administración Médica de AHCCCS si considera que BCBSAZ Health Choice no resolvió sus inquietudes sobre la adecuación de una carta de aviso de determinación adversa de beneficios (también se la describe en “Apelaciones”). Puede enviar un correo electrónico al Departamento de Administración Médica de AHCCCS a MedicalManagement@azahcccs.gov.

AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL

Derecho del miembro a solicitar una audiencia estatal imparcial

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de BCBSAZ Health Choice, tiene derecho a solicitar una audiencia. Esta se llama “audiencia estatal imparcial”.

La información sobre cómo solicitar una audiencia estatal imparcial se incluirá en la carta de aviso de resolución de apelación (o aviso de resolución de apelación acelerada).

El proceso de audiencia estatal imparcial ofrece la oportunidad de que un juez de derecho administrativo escuche su solicitud. Debe solicitar una audiencia estatal imparcial por escrito. Tiene 90 días a partir de la fecha en que reciba la carta de aviso de resolución de apelación (o aviso de resolución de apelación acelerada) para solicitar una audiencia estatal imparcial. Puede pedir continuar recibiendo los servicios durante el proceso de apelación cuando solicite la audiencia.

Para solicitar una audiencia estatal imparcial por escrito, envíe una carta a:
BCBSAZ Health Choice
Attention: Member Appeals
8220 N 23rd Ave.
Phoenix Arizona 85021

Después de solicitar una audiencia estatal imparcial, recibirá un aviso de audiencia. El aviso le informará la ley, norma o política que se utilizará en la audiencia. También le informará la ubicación y la hora de la audiencia.

Recibirá información sobre el proceso de audiencia. Tendrá derecho a hablar en la audiencia.

Puede otorgar permiso por escrito a un abogado, un familiar, un amigo o cualquier otra persona para que hable en su representación en la audiencia. Antes y durante la audiencia, usted (y la persona que lo ayuda) puede ver toda la documentación que se utilizará en la audiencia.

Puede llevar a la audiencia a cualquier persona que conozca su caso. También puede llevar información sobre su caso.

Qué esperar en la audiencia estatal imparcial

Un juez de derecho administrativo celebrará la audiencia estatal imparcial. El juez escuchará todo lo que se diga en la audiencia. También leerá todos los documentos. Usted tiene derecho a designar un responsable de sus decisiones de atención médica (HCDM), que puede presentar sus inquietudes en su representación.

Después de la audiencia, el juez enviará una decisión recomendada a AHCCCS. AHCCCS leerá la decisión recomendada y estará de acuerdo con ella, la modificará o la rechazará. AHCCCS luego le enviará una carta informándole la decisión. Esta carta se llama “Decisión del director”.

En ella se informará si la decisión lo beneficia o no. También le informará los motivos por los cuales AHCCCS tomó esa decisión y si tiene más derechos para apelar.

AHCCCS enviará la decisión del director aproximadamente 90 días después de la audiencia estatal imparcial. En caso de una apelación rápida, recibirá la decisión del director tres días hábiles después de que AHCCCS reciba toda la información por parte de BCBSAZ Health Choice. En la decisión del director se le indicará si debe pagar la atención que recibió durante el proceso de la audiencia.

Recibir beneficios continuos
Puede seguir recibiendo atención médica durante los procesos de apelación y audiencia estatal imparcial si se cumplen **todas** las siguientes condiciones:

- BCBSAZ Health Choice cancela o limita la atención ya aprobada anteriormente.
- Su médico indicó la atención.
- El periodo desde que aprobamos su atención no ha expirado.
- Usted solicitó seguir recibiendo atención.
- Usted nos envió su apelación antes de que suspendamos o limitemos sus tratamientos, o dentro de los diez días posteriores a la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios, lo que ocurra más tarde.

Usted continuará obteniendo la atención **hasta que:**

- Solicite detener la apelación o audiencia.
- No solicite atención continua o una audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha en que le enviemos el aviso de resolución de apelación.
- Usted no se presente a la audiencia estatal imparcial.
- El periodo de tiempo aprobado para su atención finalice.

Nota: usted tendrá que pagar toda la atención que reciba si la decisión de la apelación o de la audiencia estatal imparcial no es a su favor.

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

Cumplimiento de las leyes federales y estatales

BCBSAZ Health Choice cumple con todas las leyes federales y estatales, incluido lo siguiente:

- El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 según la implementación de las normas de la parte 80 del Título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR).
- La Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 según la implementación de las normas de la parte 91 del Título 45 del CFR.
- La Ley de Rehabilitación de 1973.
- El Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972 (con respecto a los programas y actividades educativos), los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la sección 1557 de la Ley de Asistencia Asequible y Protección al Paciente.

Tenga en cuenta lo siguiente: también tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Administración Médica de AHCCCS si considera que BCBSAZ Health Choice no resolvió sus inquietudes sobre la adecuación de una carta de aviso de determinación adversa de beneficios (también se la describe en “Apelaciones”). Puede enviar un correo electrónico al Departamento de Administración Médica de AHCCCS a MedicalManagement@azahcccs.gov.

Como miembro de BCBSAZ Health Choice, usted tiene derecho a:

- Elegir un médico de atención primaria (PCP) y otros proveedores de la lista de la red de BCBSAZ Health Choice. Esto también incluye el derecho a rechazar la atención de los proveedores.
- Usted tiene libertad para elegir entre los proveedores dentro de la red de BCBSAZ Health Choice.
- Presentar quejas sobre BCBSAZ Health Choice. Esta queja o apelación puede ser presentada ante BCBSAZ Health Choice o AHCCCS. No se le pueden negar los servicios si presenta una queja.
- Solicitar información sobre la estructura y la operación de BCBSAZ Health Choice o sus subcontratistas.
- Solicitar información sobre si BCBSAZ Health Choice tiene o no planes de acción para proveedores (PIP) que afecten el uso de los servicios de derivación, el derecho a conocer los tipos de acuerdos de compensación que usa BCBSAZ Health Choice, el derecho a saber si se requiere un seguro de exceso de pérdidas y el derecho a obtener un resumen de los resultados de la encuesta de miembros, de acuerdo con la regulación de los PIP.
- Ser tratado de manera justa cuando reciba atención médica. Esto significa que usted tiene igual acceso a todos los servicios de BCBSAZ Health Choice. BCBSAZ Health Choice no discrimina a ningún miembro por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, estado de salud conductual (intelectual) o discapacidad física, orientación sexual, información genética ni capacidad de pago. Todos los miembros

tienen también derecho a ejercer sus derechos y que el ejercicio de los mismos no afecte negativamente la prestación de sus servicios [sección 438.100(c) del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR)].

- Su confidencialidad y privacidad son importantes para nosotros. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad que está incluido en su kit de bienvenida para miembros para obtener información sobre cómo gestionamos la información médica.
- Obtener una segunda opinión de un profesional de la atención médica calificado dentro de la red o coordinar una segunda opinión fuera de la red, solo si no hubiese cobertura adecuada dentro de la red, sin costo.
- Recibir y analizar información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, independientemente de su costo o de la cobertura de beneficios; presentadas de acuerdo con su afección y de manera que pueda comprenderlas.
- Crear un plan que les informe a los proveedores de atención médica qué tipo de tratamiento desea o no desea recibir si se enfermara gravemente como para tomar sus propias decisiones de atención médica. A esto se le denomina “directivas anticipadas”. Podemos brindarle información para ayudarlo a elaborar sus propias directivas anticipadas.
- Tiene derecho a obtener otro tipo de información, por ejemplo:
    - Cómo obtener servicios fuera de los horarios de atención y de emergencia.
    - Opciones de tratamiento disponibles (incluso la opción de no recibir tratamiento).
    - Autorización previa, remisiones o cualquier procedimiento especial necesario para recibir servicios médicos.
    - Cómo obtener servicios de salud mental y para el abuso de sustancias.
    - Cómo obtener servicios fuera del área de servicio de BCBSAZ Health Choice.
    - Cómo recibir servicios cubiertos que no se ofrecen o no están disponibles a través del plan médico.
    - El derecho a recibir servicios de planificación familiar por parte de un proveedor registrado apropiado.
    - Una descripción de cómo la organización evalúa el uso apropiado de los nuevos desarrollos en tecnología médica y las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes para su inclusión como beneficio cubierto.
    - Los dispositivos y procedimientos médicos nuevos son evaluados por el equipo de administración médica de BCBSAZ Health Choice para:
        - Mantenerse al día con los cambios continuos en la tecnología médica.
        - Garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura, eficaz y basada en la evidencia.
        - Revisar la información de los organismos reguladores gubernamentales apropiados, como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA).
        - Obtener información de especialistas y profesionales con conocimientos únicos sobre la tecnología específica revisada.

- Mantener el cumplimiento de todos los organismos reguladores federales y estatales y agencias de acreditación aplicables a los planes de BCBSAZ Health Choice.
- Información sobre quejas, apelaciones y solicitudes de audiencias.
- Revisar sus expedientes clínicos en cualquier momento. Tiene derecho a solicitar una copia de estos por lo menos una vez por año. Esto es sin costo para usted.
- Tiene derecho a recibir una respuesta por escrito de BCBSAZ Health Choice dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud para los expedientes médicos.
- En el caso de una denegación, tiene derecho a recibir información sobre por qué se rechazó su solicitud.
- Tiene derecho a solicitar que se revise una denegación de acuerdo con la parte 164 del Título 45 del CFR.
- Tiene derecho a cambiar o corregir sus expedientes clínicos.
- Solicitar restricciones.
- Comunicaciones privadas.
- Detalle de divulgaciones.
- Recibir una copia física del Aviso de prácticas de privacidad. Consulte la sección "Su privacidad" de este manual para obtener más información.
- Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los integrantes de la organización.
- Solicitar información sobre BCBSAZ Health Choice, como por ejemplo:
    - Sus servicios
    - Sus profesionales médicos y proveedores
    - El programa de incentivos para proveedores del plan: esto significa que puede consultar sobre las formas en que el plan médico les paga a nuestros proveedores. Los proveedores u otros profesionales de la atención médica no son recompensados económicamente por negar la atención o limitar los servicios.
    - Su programa de mejora de la calidad, incluidos los resultados de las encuestas de los miembros del plan médico.
- Obtener servicios de atención médica de acuerdo con el acceso a la atención y los estándares de calidad.
- Asegurarse de que BCBSAZ Health Choice no tomará represalias en su contra si elige ejercer cualquiera de sus derechos.
- No estar sometido a ninguna forma de control o aislamiento utilizada como medio de fuerza, autoridad, conveniencia o represalia. No se lo puede retener contra su voluntad. No se le puede obligar a hacer algo que no desee hacer. Esto también significa que tiene derecho a no sufrir ninguna forma de restricción o reclusión usada como medio de coerción, medida disciplinaria, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el beneficiario y la información del plan.
- Tener privacidad y que se lo trate con dignidad y respeto.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.

- Tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye estar de acuerdo con el tratamiento. También puede incluir el derecho a rechazar el tratamiento.
- Que se le proporcionen servicios y materiales de una manera que le ayuden a comprender. Esto puede incluir ayuda con:
    - **Necesidades de idioma:** los servicios lingüísticos están disponibles para usted sin costo alguno. Esto incluye los servicios de interpretación y traducción. También incluye poder tener materiales traducidos a su propio idioma. Esto incluye poder tener materiales traducidos a su propio idioma. Podemos ayudarle a encontrar proveedores que hablen su idioma. Si su proveedor no habla su idioma, coordinará la presencia de un intérprete en sus consultas médicas. Esto se proporciona sin costo alguno para usted. Hable con su proveedor sobre los servicios lingüísticos.
    - **Necesidades visuales:** esto puede incluir materiales grabados, como en un CD, o materiales en braille. También puede solicitar materiales impresos en letra grande. Esto se proporciona sin costo alguno para usted. Comuníquese con Servicios de Atención al Miembro para obtener más información.
    - **Necesidades de audición:** si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar a los Servicios de Retransmisión de Arizona al 711. La retransmisión telefónica, o TTY/TDD, es un servicio público gratuito. Esto es sin costo para usted. También podemos conseguirle un intérprete de lengua de señas para sus citas médicas. Esto se proporciona sin costo alguno para usted. Comuníquese con Servicios de Atención al Miembro para obtener más información.
- Utilice cualquier hospital u otro tipo de centro para la atención de emergencia.

Su privacidad
La privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Hacemos todo esfuerzo posible por mantener de forma privada y confidencial sus expedientes.

Por ejemplo, al verificar la identidad de todas las personas que llaman. Nuestro personal de Servicios de Atención al Miembro solo se comunicará con usted o con las personas autorizadas para hablar de su atención. Las personas autorizadas son personas con las que usted nos autoriza a hablar, como un familiar, un amigo cercano, un tutor legal o una persona con poder de representación médica.

Indíquenos con quién podemos hablar sobre su atención. Llame a Servicios de Atención al Miembro con la información del familiar o amigo. O bien, envíenos copias de cualquier orden judicial u otros documentos legales que demuestren dicha autorización. Actualizaremos nuestros registros para incluir a las personas que usted identifique. Puede obtener más información sobre cómo obtener los documentos que demuestren que otra persona puede actuar en su representación. Revise la sección “Directivas anticipadas” de este manual.

Además, BCBSAZ Health Choice tiene políticas aplicadas para proteger su privacidad. Una de estas políticas describe nuestro aviso de prácticas de privacidad (en lo sucesivo, el “Aviso”). En

este Aviso se le informa cómo gestionamos y protegemos su información médica. También se explican sus derechos sobre su información médica. Puede consultarlo en nuestro sitio web. O bien, llame a Servicios de Atención al Miembro si desea obtener una copia impresa. Le enviaremos una sin costo alguno para usted.

BCBSAZ Health Choice solo usará su información personal para ayudarlo a obtener acceso a los beneficios cubiertos como parte de su inscripción con BCBSAZ Health Choice. No vendemos, comercializamos ni entregamos su información personal a nadie. Además, usamos las mejores tecnologías en la industria para procurar la protección y la confidencialidad de la información personal que usted nos proporciona.

Información médica protegida (PHI)
BCBSAZ Health Choice cuenta con procesos aplicados de privacidad y protección de los datos para ayudar a proteger su información médica protegida (PHI). Estas son algunas de las maneras en que protegemos su PHI:

- Capacitamos al personal para que siga nuestros procesos de privacidad y protección de los datos.
- Exigimos a nuestros asociados comerciales que sigan nuestros procesos de privacidad y protección de los datos.
- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Solo hablamos de su PHI si es necesario por motivos de gestión empresarial. Además, solamente hablamos de su PHI con las personas que necesitan conocerla con el fin de ayudarlo a obtener los servicios cubiertos.
- Mantenemos la protección de su PHI cuando la enviamos o la almacenamos por medios electrónicos.
- Usamos tecnología para impedir que las personas incorrectas accedan a su PHI.

Información sobre la raza, origen étnico, idioma (REaL), orientación sexual/identidad de género (SOGI) y necesidades sociales
BCBSAZ Health Choice también cuenta con procesos aplicados para ayudar a mantener la confidencialidad de la información sobre su raza/origen étnico, idioma (REaL), orientación sexual, identidad de género (SOGI) y necesidades sociales. Algunas de estas maneras de procurar la protección de su información incluyen:

- Mantener los documentos en papel en archivadores cerrados con llave.
- Procurar que solamente el personal autorizado pueda acceder a su información o a los documentos.
- Exigir que la información electrónica se conserve en medios con protección física.
- Mantener su información electrónica en archivos protegidos con contraseña.

Es posible que usemos o revelemos la información de su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual/identidad de género y necesidades sociales como parte de nuestras operaciones estándar. Estas actividades pueden incluir:

- Creación de programas de intervención
- Diseño y distribución de materiales de asistencia comunitaria
- Notificación a profesionales de la salud y proveedores acerca de sus necesidades lingüísticas
- Evaluación de desigualdades en la atención médica

Nunca usaremos la información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual/identidad de género y necesidades sociales para determinaciones de cobertura de seguro, definición de tarifas o beneficios, ni revelaremos esta información a personas no autorizadas. Usted también puede autorizar o retirar la autorización para que se compartan los datos de su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual/identidad de género y necesidades sociales.

¿Mi información de salud conductual es privada?
Existen leyes sobre las personas que pueden ver su información de salud conductual con o sin su autorización. El tratamiento contra el abuso de sustancias y la información sobre enfermedades contagiosas (por ejemplo, información sobre el VIH/SIDA) no se pueden compartir con otras personas sin su permiso por escrito.

En ocasiones, con motivo de organizar y pagar su atención, se compartirá su información sin obtener primero su permiso por escrito. Algunos ejemplos de esto podrían incluir compartir información con los siguientes:

- Proveedores y otras agencias que brindan servicios médicos, sociales o de bienestar.
- Su proveedor de atención primaria.
- Ciertas agencias estatales e instituciones educativas que cumplen con la ley, involucradas en su atención y tratamiento, según sea necesario.
- Integrantes del equipo clínico involucrados en su atención.

En otras ocasiones, podrá resultar útil compartir su información de salud conductual con otras agencias estatales, como instituciones educativas. Es posible que se requiera su permiso por escrito antes de compartir su información.

FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO (FWA)

BCBSAZ Health Choice se compromete a detectar, informar y prevenir el fraude y el abuso.

El fraude, según lo define la ley federal (sección 455.2 del Título 42 del CFR) es "un engaño intencional o distorsión que hace una persona consciente de que dicho engaño podría brindar algún beneficio no autorizado para ella misma o para alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude según la ley federal o estatal vigente".

Un ejemplo de **fraude de proveedores** es la facturación de un médico por servicios que no le fueron proporcionados o que no necesitaba. Un ejemplo de **fraude entre miembros** es compartir, vender o dar la tarjeta de identificación de AHCCCS a otras personas.

El despilfarro no se define en la ley federal, pero según la carta de National Association of Medicaid Directors a los CMS, con fecha de marzo de 2012, el concepto de trabajo es "la utilización excesiva o inadecuada de los servicios y el uso indebido de los recursos, que generalmente no constituye un delito ni acto intencional".

El abuso, según lo define la ley federal (sección 455.2 del Título 42 del CFR) se trata de "las prácticas de proveedores que no concuerdan con las sólidas prácticas fiscales, comerciales o médicas, y causan un costo innecesario para el programa de Medicaid, o el reembolso de servicios que no son necesarios por razones médicas o no cumplen con los estándares profesionalmente reconocidos para la atención médica. También se incluyen las prácticas del beneficiario que generen un costo innecesario para el programa de Medicaid".

El abuso incluye cualquier práctica que no se atenga a las normas o leyes. Pago de artículos o servicios cuando no haya derecho legal a recibir ese pago y la persona no ha falsificado a sabiendas o intencionalmente hecho para recibir el pago. El abuso incluye cualquier práctica que no se atenga a las normas o leyes. También incluye el abuso físico, mental, sexual o el maltrato de un miembro.

Si comete fraude, despilfarro o abuso (FWA), podría estar sujeto a una sanción conforme a la ley.

Si sospecha hechos de fraude, despilfarro o abuso por parte de un proveedor, miembro u otra persona, infórmenos. Puede informar esto a través de cualquiera de las siguientes opciones:

- Llame a Servicios de Atención al Miembro y solicite que lo contacten con el Departamento de Cumplimiento, como la funcionaria del Departamento de Cumplimiento Corporativo de BCBSAZ Health Choice, Nicole Larson, o cualquier otro representante de esta área de BCBSAZ Health Choice.
- Envíe los detalles de la sospecha de fraude, despilfarro o abuso por correo electrónico en: https://www.azahcccs.gov/Fraud/ReportFraud/onlineform.aspx.
- Envíe los detalles de la sospecha de fraude, despilfarro o abuso por correo electrónico a AHCCCSFraud@azahcccs.gov.
- Comuníquese con alguna de las siguientes líneas directas:

- 602-417-4045 (AZ: sospecha de fraude de proveedores de Medicaid; en el condado de Maricopa) o al 1-888-ITS-NOT-OK o 1-888-487-6686 si llama desde fuera de Arizona; o
- 602-417-4193 (AZ: sospecha de fraude contra Medicaid de miembros de AHCCCS; en el condado de Maricopa) o al 1-888-ITS-NOT-OK o 1-888-487-6686 si llama desde fuera de Arizona.

No perderá sus beneficios médicos por informar fraude, despilfarro o abuso. Mantendremos su informe de forma privada en la medida que la ley lo permita.

RECURSOS

Utilice esta sección para encontrar información sobre cómo dejar de consumir tabaco, programas y recursos comunitarios, acceso a servicios de bajo costo o gratuitos, y recursos de defensa.

¿Quiere dejar de fumar o dejar el hábito de consumir tabaco?

Si fuma o consume tabaco, una de las mejores maneras de mantenerse saludable es dejar el hábito. El consumo de tabaco lo pone en un alto riesgo de contraer cáncer, sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares e incluso problemas sexuales. Los riesgos son aún mayores si tiene diabetes, sobrepeso u otros problemas de salud.

Una madre embarazada que fuma también pone en riesgo la salud de su bebé nonato. Los estudios muestran que las drogas, los medicamentos para dejar de fumar, el asesoramiento, el apoyo y los cambios de hábitos pueden ayudarlo a dejar de consumir tabaco.

Dé el primer paso:

- Decídase a dejar de fumar y establezca una fecha.
- Obtenga el apoyo de familiares y amigos.
- Deje de fumar con un amigo o compañero.
- Obtenga ayuda del médico.
- Llame a la Línea de Ayuda para Fumadores de Arizona (Arizona Smoker's Helpline, ASHLine) de BCBSAZ Health Choice 1-800-556-6222 o ingrese al sitio web www.ashline.org.
    - ASHLine puede darle muestras gratis de productos para dejar de fumar. ASHLine también puede brindarle asesoramiento y apoyo para ayudarlo a dejar el hábito.

Además de ASHLine, existen otros recursos disponibles. Para obtener más información sobre cómo dejar el tabaco, ingrese en Tobacco Free Arizona: www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php.
Tobacco Free Arizona es un programa para ayudar a los habitantes de Arizona a conocer los riesgos del consumo de tabaco y los recursos para dejar de fumar.

Cuenta con servicios para dejar de consumir tabaco, incluidos medicamentos tales como goma de mascar, parches y pastillas de nicotina sin costo para usted, a fin de ayudarlo con su esfuerzo para dejar el tabaco. Llámenos y hable con un administrador de la atención para obtener ayuda para dejar el hábito del tabaco.

Programas comunitarios

Programa Head Start

Head Start es un programa de preescolar para niños. Head Start puede ayudar a preparar a su hijo para el jardín de infantes.

Los niños de 3 a 5 años son elegibles para los servicios de Head Start. Las mujeres embarazadas y los niños desde el nacimiento hasta los 3 años son elegibles para los servicios de Early Head Start. Estos programas ofrecen:

- Educación de la primera infancia.
- Comidas y meriendas nutritivas.
- Servicios sociales para las familias.
- Ayuda para niños con necesidades especiales.

Para obtener más información sobre Head Start, visite el sitio web de Head Start en AZHeadStart.org.

Early Head Start

Los programas Early Head Start prestan servicios similares a los programas Head Start preescolares, pero están adaptados para las necesidades únicas de los bebés y niños pequeños. Los programas Early Head Start promueven el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de los bebés y niños pequeños a través de un cuidado seguro que enriquece el desarrollo. Esto prepara a los niños para un crecimiento y desarrollo continuos y para el éxito posterior en la escuela y la vida.

Para obtener más información, llame al 602-338-0449 o ingrese al sitio web azheadstart.org

Vacunas para Niños

El programa de Vacunas para Niños (VFC) es un programa con financiamiento federal que otorga vacunas sin costo alguno a los niños que, de otra manera, podrían no estar vacunados debido a la incapacidad de pago.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios de Salud de Arizona al 602-542-1025.

Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP)

Este programa brinda apoyo y servicios para familias de niños desde recién nacidos hasta los 3 años de edad con discapacidades o retrasos en el desarrollo. El objetivo del programa es respaldar el crecimiento, desarrollo y aprendizaje de los niños.

Hable con el médico de su hijo si le preocupa cómo juega, aprende, se comunica, se mueve, ve u oye su hijo.

¿Cómo ayuda AzEIP? El Programa de Intervención Temprana de Arizona:

- Considera las preocupaciones, esperanzas, prioridades y preguntas de su familia.
- Responde sus preguntas y le brinda más información sobre la intervención temprana.
- Ayuda a descubrir cómo su hijo aprende, se comunica, se mueve y juega mejor.
- Brinda información y apoyo para satisfacer las necesidades únicas de su familia.
- Identifica recursos en su comunidad que coincidan con sus prioridades y preocupaciones.

Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

El Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC) es un programa de nutrición que ayuda a su familia a aprender a comer bien y mantenerse sana. WIC es para mujeres embarazadas o en período de lactancia, mujeres que acaban de tener un bebé, y bebés y niños de hasta 5 años. WIC también puede ayudar a proporcionar comidas saludables para usted y su hijo. Para obtener más información, llame al 800-252-5942. WIC puede ayudarlo a encontrar una oficina cercana. También puede visitar su sitio web en www.azwic.gov.

Agencia para Personas Mayores

La Agencia para Personas Mayores (AAA) es un recurso para adultos mayores de 60 años, adultos mayores de 18 años que viven con VIH/SIDA, discapacidades y necesidades de atención a largo plazo, y familiares que los cuidan. Ofrece muchos programas y servicios para mejorar la calidad de vida. Para obtener más información, ingrese en www.aaaphx.org.

AZLinks.gov

AZLinks.gov es un recurso en línea que ofrece asistencia e información sobre el envejecimiento y la discapacidad. Puede usar esta herramienta para encontrar grupos de apoyo, servicios de comidas y servicios de recreación, entre otros.

Recursos comunitarios

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Servicios de Protección para Adultos de Arizona (línea directa para abuso de adultos)	1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385)	https://des.az.gov/services/basic-needs/adult-protective-services
Alzheimer's Association	LÍNEA DE AYUDA LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA 1-800-272-3900	alz.org

Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP)	Oficina central 602-532-9960 Línea de derivación central 1-888-592-0140 (número gratuito)	https://des.az.gov/services/developmental-disabilities/early-intervention/resources
Información comunitaria y servicios de derivación de Arizona 2-1-1	2-1-1 o 1-877-211-8661 (línea gratuita)	211arizona.org
AZLinks.gov	N/C	https://azdaars.getcare.com/consumer/
Arizona Job Connection	602-542-2460	azjobconnection.gov
Arizona Head Start	602-338-0449	azheadstart.org
Coalición para la Prevención de Suicidios de Arizona	602-248-8337	azspc.org
Oficina de Salud de Mujeres y Niños del Departamento de Servicios de Salud de Arizona	602-542-1025	https://www.azdhs.gov/prevention/womens-childrens-health/index.php
Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS)	602-542-1025	azdhs.gov
Línea ASHLine de Arizona para abandonar el consumo de tabaco	1-800-556-6222 (línea gratuita)	www.ashline.org/
Departamento de Seguridad Económica de Arizona	602-542-4791	des.az.gov
AZ@WORK	N/C	arizonaatwork.com/
Asociación de Arizona para la Inmunización (TAPI)	602-288-7568	whyimmunize.org
Coalición de Arizona contra la Violencia Sexual e Intrafamiliar	1-800-782-6400 TTD/ TTY: 602-279-7270	acesdv.org
Certificados de nacimiento y defunción	602-364-1300 1-888-816-5907 (línea gratuita)	www.azdhs.gov/vital-records/
Birth to Five Helpline (Línea de ayuda del nacimiento a los cinco años)	1-877-705-KIDS (5437)	https://www.swhd.org/programs/health-and-development/birth-to-five-helpline/

Línea de atención telefónica para la lactancia materna	Línea disponible las 24 horas: 1-800-833-4642	https://www.azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/index.php#24-hr-bf-hotline
División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)	1-844-770-9500 (línea gratuita)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-disabilities
Disability Benefits 101 (DB101)	1-866-304-WORK (9675)	az.db101.org
Abandone las drogas (Dump the Drugs)	Información general y pública: 602-542-1025	https://azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/
KidsCare. Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) de Arizona	Condado de Maricopa: 602-417-5437 En todo el estado: 1-855-432-7587 (línea gratuita)	https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/Categories/KidsCare.html
Health-e-Arizona Plus	1-855-432-7587 (línea gratuita)	www.healthearizonaplus.gov
Medicaid. Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS)	Condado de Maricopa: 602-417-4000; En todo el estado (línea gratuita): 1-800-962-6690 TDD: 602-417-4191	www.azahcccs.gov
Mentally Ill Kids in Distress (MIKID)	N/C	mikid.org
National Suicide Prevention Lifeline (Línea de apoyo nacional para la prevención del suicidio)	988	www.suicidepreventionlifeline.org
Línea de Asistencia Opioide y Referencia (OAR)	1-888-688-4222	www.azdhs.gov/oarline
Postpartum Support International	Línea de ayuda: 1-800-944-4773	www.postpartum.net
Power Me A2Z (vitaminas gratuitas para el programa de mujeres a través de ADHS)	N/C	www.powermea2z.org
Centro de Información de Envenenamiento y Drogas	1-800-222-1222 (línea gratuita)	www.azpoison.com
Prevent Child Abuse Arizona	928-445-5038 o 602-255-5540	www.pcaaz.org

Raising Special Kids	1-800-237-3007	www.raisingspecialkids.org
Strong Families (sitio web de Arizona para programas de visita de hogares)	N/C	www.strongfamiliesaz.com
Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)	1-855-777-8590 (línea gratuita)	https://des.az.gov/services/basic-needs/food/nutrition-assistance-formerly-food-stamp-program
Teen Lifeline	602-248-8336 (TEEN) o 1-800-248-8336 (TEEN)	www.teenlifeline.org
Beneficios de seguro de desempleo	Phoenix: 602-364-2722 Tucson: 520-791-2722 1-877-600-2722 (línea gratuita) TDD/TTY: 711	https://des.az.gov/services/employment/unemployment-individual
Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	1-800-252-5942	www.azdhs.gov/azwic/

Acceso a servicios de bajo costo o sin costo

Si un miembro de AHCCCS pierde su elegibilidad para AHCCCS, puede ser elegible para recibir servicios de atención primaria de bajo costo o sin costo de proveedores identificados en el sitio web de la Oficina de Desarrollo de Sistemas de Salud (HSD) en https://www.azdhs.gov/prevention/health-systems-development/index.php

El HSD respalda una variedad de programas y servicios destinados a mejorar el acceso a la atención médica primaria de alta calidad, para las personas sin seguro y otras poblaciones vulnerables. También puede llamar a la HSD al 602-542-1219, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los feriados.

Recursos de defensa

Hay muchos grupos que pueden apoyarlo o abogar por usted. A continuación, encontrará una lista de agencias con las que puede contactarse para obtener ayuda adicional:

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Division of Aging and Adult Services: servicios para personas mayores y discapacitados	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services
Division of Aging and Adult Services: atención a largo plazo	602-542-6454	https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman

Área para Personas Mayores	Línea de ayuda para adultos mayores disponible las 24 horas: 602-264-help (4357) 1-888-783-7500 (línea gratuita)	aaaphx.org
Ability360	602-256-2245 1-800-280-2245 (línea gratuita)	ability360.org
Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI), Arizona	480-994-4407	namiarizona.org
Coalición de Arizona contra la Violencia Sexual e Intrafamiliar	602-279-2900 1-800-782-6400 (línea gratuita)	acesdv.org

ASISTENCIA JURÍDICA

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Centro Jurídico de Apoyo a las Discapacidades de Arizona	602-274-6287 1-800-927-2260 (línea gratuita)	azdisabilitylaw.org
Division of Aging and Adult Services: servicios para personas mayores y discapacitados	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services
Community Legal Services, Inc.	1-800-852-9075	clsaz.org

GLOSARIO

TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Afección de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o trastorno (incluido un dolor intenso) que una persona razonable podría esperar que, de no recibir atención médica de inmediato, pudiera:

- Poner en peligro la salud de la persona.
- Poner en peligro al bebé de una embarazada.
- Causar daños graves a las funciones corporales.
- Causar daños graves a cualquier órgano o parte del cuerpo.

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

Atención ambulatoria en hospital: atención en un hospital que generalmente no requiere pasar la noche.

Atención de enfermería especializada: servicios especializados que enfermeros o terapeutas con licencia prestan en el domicilio o en una residencia para ancianos o convalecientes.

Atención de urgencia: atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para la atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Atención en sala de emergencias: atención que recibe en una sala de emergencias.

Atención médica domiciliaria/Servicios médicos domiciliarios: servicios de enfermería, asistente de salud a domicilio, terapia, insumos médicos, equipos y aparatos provistos a un miembro en su casa de acuerdo con una indicación del médico.

Autorización previa: aprobación de un plan médico que puede ser necesaria antes de obtener un servicio. No representa un compromiso de que el plan médico cubrirá el costo del servicio.

Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos recetados y cubiertos por su plan médico.

Copago: dinero que se le pide a un miembro que pague por un servicio médico cubierto, cuando se presta el servicio.

Equipo médico duradero: equipos e insumos indicados por un proveedor de atención médica por una necesidad médica para uso continuo.

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

Hospitalización: ser admitido o permanecer en un hospital.

Medicamentos recetados: medicamentos indicados por un profesional médico y que administra un farmacéutico.

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

Necesario por razones médicas: un servicio prestado por un médico o profesional médico con licencia que ayuda con problemas de salud, a combatir enfermedades, discapacidades o a prolongar la vida.

Plan de servicios: descripción escrita de los servicios médicos cubiertos y otros apoyos que pueden incluir:

- Objetivos individuales.
- Servicios de apoyo familiar.
- Coordinación de la atención.
- Planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida.

Plan: consulte *"Plan de servicios"*.

Preautorización: consulte *"Autorización previa".*

Prima: la cantidad mensual que un miembro paga por el seguro médico. Un miembro puede tener otros costos de atención que incluyen deducibles, copagos y coseguros.

Proveedor de atención primaria (PCP): una persona responsable de la administración de la atención médica del miembro. Un PCP puede ser:

- una persona con licencia, como un médico alopático u osteopático;
- un profesional definido como auxiliar médico con licencia;
- un enfermero especializado certificado.

Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red: proveedor de atención médica que tiene un acuerdo para prestar servicios con AHCCCS, pero no tiene un contrato con su plan médico. Usted puede ser responsable del costo de la atención de proveedores fuera de la red.

Proveedor participante/Proveedor dentro de la red: proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan médico.

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

Queja: un reclamo que hace el miembro ante su plan médico. No incluye reclamos por la decisión del plan médico de negar o limitar una solicitud de servicios.

Red: médicos, proveedores de atención médica, prestadores y hospitales que tienen contrato con un plan médico para brindar atención a los miembros.

Seguro médico: cobertura de costos por servicios médicos.

Servicios de cuidados paliativos: servicios de comodidad y apoyo para un miembro cuyo proveedor considera que se encuentra en las últimas etapas de la vida (seis meses o menos).

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

Servicios excluidos: servicios que AHCCCS no cubre. Por ejemplo:

- Servicios que excedan el límite.
- Servicios experimentales.
- Servicios que no sean necesarios por razones médicas.

Servicios médicos: servicios de atención médica que presta un médico con licencia.

Servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades: servicios que ayudan a una persona a adquirir y mantener habilidades y capacidades para la vida diaria.

Servicios y dispositivos de rehabilitación/Rehabilitación: servicios que ayudan a una persona a restaurar y mantener habilidades y capacidades para la vida diaria que se perdieron o dañaron.

Transporte médico de emergencia/Servicios de ambulancia de emergencia: transporte en ambulancia por una afección de emergencia.

Definiciones de atención de maternidad

Para obtener más definiciones, ingrese al sitio web de AHCCCS en azahcccs.gov.

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

Coordinación de la atención de maternidad: consiste en las siguientes actividades relacionadas con la atención de maternidad: determinar las necesidades médicas o sociales de la afiliada a través de una evaluación para valorar los riesgos; desarrollar un plan de atención diseñado para tratar esas necesidades; coordinar las derivaciones de la afiliada a los proveedores de servicios y recursos comunitarios correspondientes; monitorear las derivaciones para procurar que se reciban los servicios y actualizar el plan de atención según corresponda

Proveedor de atención de la maternidad: personal profesional que trabaja con usted (enfermeros, trabajadores sociales, asistentes médicos, médicos y parteros) durante su embarazo.

Enfermero especializado: este término se refiere a enfermeros especializados certificados en obstetricia, auxiliares médicos y otros tipos. Los asistentes médicos y los enfermeros especializados se definen en el Título 32, capítulos 25 y 15 de los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.), respectivamente.

Puerperio: el período que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en que termina el período de 60 días después de la terminación del embarazo. Las mediciones de calidad utilizadas en la mejora de la calidad de la atención de maternidad podrían utilizar criterios diferentes para definir el período de puerperio.

Atención posparto: atención médica que se presta durante el período que comienza el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en que termina el período de 60 días

después de la terminación del embarazo.

Asesoramiento previo a la concepción: prestación de asistencia y orientación dirigida a identificar/reducir los riesgos sociales y conductuales, a través de intervenciones preventivas y de control, en mujeres en edad fértil que pueden quedar embarazadas, independientemente de si planean concebir. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y el control de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye iniciativas para influir en los comportamientos que pueden afectar al feto antes de la concepción. El propósito del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que la mujer esté sana antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción se considera incluido en la consulta de atención preventiva de bienestar femenino y no incluye estudios genéticos.

Servicios perinatales: servicios médicos para el tratamiento y control de pacientes obstétricas y neonatos.

Atención prenatal: la prestación de servicios de atención médica durante el embarazo que está conformada por tres componentes principales:

1. Evaluación temprana y continua de riesgos
2. Educación y promoción de la salud
3. Monitoreo, intervención y atención médica de seguimiento

Embarazo de alto riesgo: embarazo en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen, o se anticipa que tendrán, un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina mediante el uso de herramientas de evaluación de riesgos médicos estandarizados de la Compañía de Seguros Médicos de Arizona (MICA) o del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).

Centros de parto independientes: instalaciones obstétricas ambulatorias fuera del hospital, autorizadas por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) y certificadas por la Comisión para la Acreditación de Centros de Parto Independientes. Estos centros de atención cuentan con un personal de enfermeros registrados y proveedores de atención de la maternidad para ayudar en los servicios de trabajo de parto y parto, y están equipados para gestionar trabajos de parto y partos sin complicaciones y de bajo riesgo. Estas instalaciones deberán estar afiliadas y trabajar junto con un hospital de cuidados intensivos para el tratamiento de complicaciones en caso de que surjan.

Bebé de bajo peso al nacer: bebé con un peso de 5 lb, 8 oz o menor al nacer. Las mujeres que tienen antecedentes de bebés de bajo peso al nacer deben comunicarse con su médico obstetra tan pronto como se enteren de que están embarazadas. La atención prenatal temprana es muy importante. La atención temprana puede disminuir el riesgo de tener otro bebé de bajo peso al nacer.

Administrador de casos de obstetricia: personal de enfermería o asistente social. Un administrador de casos de obstetricia ayuda a las embarazadas con sus necesidades de salud

antes, durante y después del embarazo. El administrador de casos de obstetricia también puede ayudarlo con derivaciones a agencias comunitarias como WIC, salud conductual y "Familias sanas".

Obstetra: médico que atiende a las mujeres mientras están embarazadas, durante el parto y después del nacimiento del bebé.

Médico materno/fetal: médico que se especializa en el tratamiento de mujeres embarazadas que tienen afecciones médicas de alto riesgo durante el embarazo.

Enfermero partero certificado (CNM): enfermero con capacitación especial y certificado por el American College of Nursing Midwives (ACNM) con base en pruebas de certificación nacionales específicas y habilitado para ejercer en Arizona por la Junta Estatal de Enfermería. Los enfermeros parteros certificados (CNM) ejercen el tratamiento independiente de la atención para mujeres embarazadas y recién nacidos. El nivel de atención que brindan incluye: atención preparto, intraparto, posparto, ginecológica y neonatal. Esta atención se brinda dentro de un sistema de atención médica que proporciona consultas médicas, gestión colaborativa o derivación.

Partero con licencia: persona autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS). Un partero con licencia proporciona atención de maternidad de acuerdo con el Título 36, capítulo 6, artículo 7 de los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.) y el R9-16 del Código Administrativo de Arizona (A.A.C.) (este tipo de proveedor no incluye a enfermeros parteros certificados por la Junta de Enfermería, como enfermeros especializados en obstetricia o auxiliares médicos certificados por la Junta Médica de Arizona).

Notice of Non-Discrimination

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Health Choice

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) 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 (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). BCBSAZ Health Choice does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

BCBSAZ Health Choice:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

BCBSAZ Health Choice
Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Phone: 1-800-322-8670, TTY: 711
8 a.m. to 5 p.m., Monday - Friday
Fax: 480-760-4739
Email: HCHComments@azblue.com

If you believe that BCBSAZ 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 (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

BCBSAZ Health Choice
Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Phone: 1-800-322-8670
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,** or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.**

BCBSAZ Health Choice is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

Aviso de No Discriminación

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Health Choice

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). BCBSAZ Health Choice no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

BCBSAZ Health Choice:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

BCBSAZ Health Choice
Dirección: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Teléfono: 1-800-322-8670, TTY: 711
de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes
Fax: 480-760-4739
Correo electrónico: HCHComments@azblue.com

Si considera que BCBSAZ Health Choice no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

BCBSAZ Health Choice
Dirección: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Teléfono: 1-800-322-8670
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Correo electrónico:
HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,** o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.**

BCBSAZ Health Choice es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-language Interpreter Services



English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-322-8670.** Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-322-8670.** Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo: T'áá hait'éego da ats'íís baa'áhayą doodago azee' aanídaa'niłí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąąh na'ídikid nee hóló̧go da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíík'eh nihee hóló̧. Ata' halne'í ła' yíníkeedg kohjį' **1-800-322-8670** nihich'į' hodíilnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yáłti'ígíí ła' niká'iilyeed dooleeł. Díí t'áá jiik'eh bee niká'iilyeed dooleeł.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-322-8670**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-322-8670**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-322-8670.** Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-322-8670.** Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-322-8670** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-322-8670.** Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-322-8670** 번으로 문의해 주십시오.한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Multi-language Interpreter Services

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Health Choice

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-322-8670.** Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية . سيقوم شخص ما يتحدث العربية **1-800-322-8670** ليس عليك سوى الاتصال بنا على.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना केबारे में आपकेकिसी भी प्रश्न केजवाब देने केलिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँउपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने केलिए, बस हमें **1-800-322-8670** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-322-8670.** Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-322-8670.** Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-322-8670.** Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-322-8670.** Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、**1-800-322-8670** にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

1368891-23

IMPORTANT INFORMATION

Member Services / Servicios Para Miembros:

Need help finding a provider or help with transportation?

Call BCBSAZ Member Services
1-800-322-8670, TTY/TDD: 711
Monday - Friday, 8 a.m. - 5 p.m.

HealthChoiceAZ.com

"Like" us on Facebook - Health ChoiceArizona

BlueCross BlueShield Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health Choice

1348347-23