

Health Net Access

Guía para miembros

*Una guía práctica para recibir servicios
(Formulario combinado de evidencia de cobertura e información)*

Año de afiliación 2018

Revisado a día 1 de octubre de 2017



Los servicios cubiertos se financian conforme a un contrato con AHCCCS

ÍNDICE

DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW.....	6
Departamento de servicios para miembros	10
Proteger su información médica: verificación de miembros	10
Atención de emergencia/Atención de urgencia (asistencia fuera del horario de atención)	
.....	10
¿Debería ir a un centro de emergencias o de atención de urgencias?	11
Emergencias de salud mental.....	11
Competencia cultural.....	12
Ayuda en otro idioma y para discapacitados: ¿Cómo puedo obtener ayuda?.....	12
Intérpretes de lengua de signos y ayudas auxiliares	13
Información impresa para miembros con dificultades visuales	13
Directorio de proveedores	13
Cómo usar el plan de salud	13
Su médico de atención primaria (PCP):.....	14
Tarjetas de identificación: ¿Cómo las uso?	14
Responsabilidades de los miembros	15
AHCCCS: ¿Cómo puedo asegurarme de que no pierdo mi cobertura?.....	16
Qué hacer si cambia el tamaño de su familia.....	16
Si se muda, también debe decírnoslo.	16
Renovar la cobertura AHCCCS	17
Selección de Inscripción Anual (AEC).....	17
Cambios en el plan de salud.....	17
Transición de la póliza de atención médica	18
¿Cómo puedo usar los servicios de urgencias apropiadamente?.....	18
Qué hacer en caso de emergencia	18
¿Debería ir a un centro de emergencias o de atención de urgencias?	19
Transporte: ¿Cómo obtengo transporte para acudir a mis citas médicas?	19
Transporte para emergencias	19
Transporte de no emergencia	19
Asiento de automóvil, silla de ruedas o camilla	20
Cancelar su desplazamiento o sus citas	20
Qué incluye la cobertura: ¿Qué tipo de atención médica puedo obtener de Health Net Access?	20
Servicios cubiertos	21
Más beneficios: ¿Qué otros servicios puedo obtener?	22
Cuidado hospitalario	22
Administración de casos	22
Administración de enfermedades.....	23
Atención ortésica	23
Servicios médicos no cubiertos: ¿Qué es lo que AHCCCS no cubre?	23
Tabla de exclusiones y limitaciones	25
Cuidado terminal	27
Remisiones	27

Cómo obtener los servicios de un especialista.....	28
Cómo obtener una segunda opinión.....	28
Atención fuera de la red de Health Net Access	29
¿Quién me proporciona atención médica?	29
Su médico de atención primaria le proporciona la mayoría de la atención médica.....	29
¿Cómo elegir o cambiar de médico de atención primaria (PCP)?	29
¿Cómo pueden ayudarle las visitas médicas a conservar su salud?.....	30
Cómo concertar, cambiar o cancelar una cita	30
Revisiones médicas.....	30
Servicios de revisiones anuales preventivas para mujeres	31
Revisión médica infantil / Servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y	
periódico (EPSDT)*	31
Planificación familiar.....	34
Atención a la maternidad	35
Pruebas de VIH/SIDA.....	37
Interrupción del embarazo por razones médicas.....	38
Recursos familiares.....	38
Línea gratuita sobre embarazos y lactancia	38
Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC)	38
Niños con necesidades especiales de atención médica	39
Salud dental	39
Cobertura en farmacias: ¿Cómo consigo medicamentos recetados?.....	40
Qué necesita saber de su NUEVA prescripción	41
Reabastecimiento de medicamentos	41
¿Qué debo hacer si la farmacia no puede dispensar mi prescripción?.....	41
Información importante para miembros de AHCCCS con cobertura de Medicare Parte D	
(miembros "doble elegibles").....	42
Farmacias exclusivas	42
Servicios de salud mental	42
Emergencias de salud mental.....	43
Servicios de salud mental para miembros que también tengan cobertura Medicare	43
Visión de Arizona para el suministro de servicios de salud mental	44
Los doce principios para el suministro de servicios a niños:.....	44
Principios rectores para los servicios y sistemas de recuperación de la salud mental del	
adulto.....	46
Clínicas interdisciplinarias con múltiples especializaciones	48
¿Quién reúne los requisitos para los servicios de rehabilitación infantil (CRS)?.....	48
Afecciones cubiertas a través del programa de CRS	48
Proveedores de CRS	48
Cómo concertar, cambiar o cancelar una cita en una clínica de CRS.....	49
Servicios para la primera infancia*	50
Head Start.....	50
Herramientas de exploraciones del desarrollo	50
Proceso de aprobación y rechazo.....	51
Copagos (copagos de AHCCCS).....	52
Facturación de un servicio cubierto	55

Pagar sus servicios cubiertos	55
Pagar sus servicios no cubiertos	55
Copagos y deducibles de los servicios de rehabilitación infantil (CRS)	55
Coordinación de beneficios (COB)	55
Información especial para los miembros que tengan cobertura de Medicare	56
Quejas: ¿Qué hago si no estoy satisfecho?.....	57
¿Qué sucede si tiene preguntas, problemas o quejas sobre Health Net Access?	57
Apelación y solicitud de Audiencia Imparcial Estatal	57
¿Qué sucede si no está de acuerdo con un servicio denegado?	57
¿Quién puede presentar una apelación?	58
¿Por qué motivos puede presentar una apelación?	58
¿Cuáles son nuestros plazos para tomar decisiones sobre los servicios?.....	58
Lo que haremos cuando se recibe su apelación	58
¿Cómo solicita una Audiencia Imparcial Estatal?	58
¿Qué es una apelación acelerada?.....	59
Si actualmente está recibiendo los servicios solicitados, ¿puede seguir recibéndolos durante el proceso de apelación?	59
Si actualmente está recibiendo los servicios solicitados, ¿puede seguir recibéndolos durante el proceso de Audiencia Imparcial Estatal?	59
Derechos del miembro	59
Derechos del miembro	59
Privacidad de la atención médica (Confidencialidad)	61
Coordinación de la atención con escuelas y agencias estatales	62
Fraude, malversación y abuso	62
¿Qué es fraude y abuso?	62
Instrucciones previas	63
Recursos comunitarios.....	64
Información de defensoría	66
Atención médica de bajo costo/escala gradual	67
Condado de Maricopa	67
Términos y definiciones	69
Términos médicos	74
Definiciones del servicio de atención materna	76

DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW

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

HNA:

- 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 and information written in other languages

If you need these services, contact:

HNA Member Services at 1-888-788-4408 (TTY 711)

If you believe that HNA failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Chief Compliance Officer. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination. Submit your grievance to: HNA Chief Compliance Officer 1230 W. Washington Street Suite 401 Phoenix, AZ 85281. Fax: 866.388.2247 Email: chross@centene.com.

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

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

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Health Net Access (HNA) cumple con las leyes Federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. HNA no excluye a las personas ni las trata en forma distinta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

HNA:

- Proporciona, sin cargo alguno, ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como: intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona, sin cargo alguno, servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como: intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

Servicios a los Afiliados de HNA al 1-888-788-4408 (TTY 711)

Si considera que HNA no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo, puede presentar una queja ante el Director General de Cumplimiento (Chief Compliance Officer). Puede presentar la queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Su queja debe estar por escrito y debe presentarla en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja se percate de lo que se cree que es discriminación. Presente su queja a: HNA Chief Compliance Officer, 1230 W. Washington Street Suite 401 Phoenix, AZ 85281. Fax: 866.388.2247, correo electrónico: chross@centene.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal a U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; o por teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios para presentar quejas se encuentran en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SERVICIOS LINGÜÍSTICOS

English- ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services are available to you at no cost. To communicate with us call 888-788-4408 (TTY 711).
Español (Spanish) - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame 888-788-4408 (TTY 711).
Diné Bizaad (Navajo) - Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánífti'go Diné Bizaad, saad bee aká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíilnih 888-788-4408 (TTY 711).
繁體中文 (Chinese) - 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 888-788-4408 (TTY 711)。
Tiếng Việt (Vietnamese) - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 888-788-4408 (TTY 711).
العربية (Arabic) - ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888-788-4408 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY 711).
Tagalog- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-788-4408 (TTY 711).
한국어 (Korean) - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-788-4408 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.
Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888-788-4408 (TTY 711).
Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 888-788-4408 (TTY 711).
Русский (Russian) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-788-4408 (TTY 711).
日本語 (Japanese) - 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。888-788-4408 (TTY 711) まで、お電話にてご連絡ください。
فارسی (Persian) - توجه: اگر به زبانی به غیر از انگلیسی گفتگو می کنید، خدمات تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. برای ارتباط با ما با شماره تلفن 888-788-4408 (TTY 711) برای کسانی که مشکل شنوایی دارند تماس بگیرید.
ܘܪܝܝܘܬܐ (Assyrian) - للعلم مع التحية: ان لن بريومت همزوت انكلش أخني ماصح مساعدة. اخني لا شطخ زوزة. بصصت تلفون دوا رقم . 888-788-4408 (TTY 711).
Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) - OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 888-788-4408 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
ภาษาไทย (Thai) - เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 888-788-4408 (TTY 711).

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

En nuestro Departamento de Servicios para miembros (Servicios para miembros) hay personal que habla varios idiomas, entre ellos el inglés y el español. El Servicio para miembros también se sirve de un servicio de interpretación telefónica para aquellos miembros que hablan un idioma que no está disponible dentro del departamento. Llame al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711); si usted es usuario de TTY puede ponerse en contacto con Arizona Relay System en el 1-800-367-8939. Si habla otro idioma que no sea inglés, llame al Servicio para miembros y le ayudaremos a conseguir un intérprete que le asista con su llamada.

PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA: VERIFICACIÓN DE MIEMBROS

Cuando llama al Servicios para miembros, se le harán preguntas para verificar su cuenta. Hacemos esto por su seguridad y se nos exige hacerlo por ley. Así es cómo nos aseguramos que no compartimos su información con la persona equivocada.

Se le pedirá verificar la siguiente información: Número de identificación AHCCCS, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono.

Algunas de las formas en las que el Servicio para miembros puede ayudarle:

- Respondiendo preguntas sobre su cobertura de servicios, beneficios y copagos.

- Proporcionarle información sobre doctores, enfermeras practicantes y auxiliares médicos
- Proporcionarle información sobre los programas disponibles para miembros
- Ayudarle a elegir o a cambiar su médico de atención primaria
- Ayudarle a organizar el trayecto a su cita médica o consulta
- Ayudarle a concertar, cambiar o cancelar citas médicas
- Proporcionarle información sobre su dentista u otro especialista
- Ayudarle si tiene una queja o un problema
- Ayudarle con sus derechos como miembro
- **Ayudarle a concertar un intérprete para su cita médica si no puede comunicarse con su doctor. Este servicio se presta sin costo alguno para usted.**
- Ayudarle a cambiar su número de teléfono y dirección con AHCCCS.
- Si actualmente está en tratamiento de problemas médicos tales como diabetes, cáncer, asma, salud mental, VIH/SIDA o cualquier discapacidad, llame al Servicio para miembros de inmediato. Le pondremos en contacto con un administrador de casos para asegurarnos de que recibe la atención que necesita.

En esta guía usamos "usted" y "su/s" para referirnos al "miembro de AHCCCS". Usamos "nosotros", "nuestro/a/s" y "nuestro plan" para referirnos a "Health Net Access." Solo los miembros pueden beneficiarse de las ventajas que se recogen en esta guía.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA/ATENCIÓN

CIÓN DE URGENCIA (ASISTENCIA FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN)

Asistencia fuera del horario de atención (Atención urgente)

Un centro de atención urgente es el lugar ideal en el que pedir ayuda porque suelen tener horario ampliado (fuera del horario habitual) y hay doctores que tratan problemas comunes y le pueden atender rápidamente. Los centros de atención urgente le pueden ayudar con infecciones de oído, dolores de garganta, infecciones de orina, quemaduras y erupciones menores, esguinces y otros problemas de salud habituales. La atención de urgencia se puede usar para los problemas con los que su doctor le ayuda normalmente.

¿DEBERÍA IR A UN CENTRO DE EMERGENCIAS O DE ATENCIÓN DE URGENCIAS?

Ejemplos de **síntomas de sala de emergencias**:

- Extrema dificultad para respirar
- Desmayo
- Envenenamiento
- Dolor de pecho
- Hemorragia descontrolada
- Convulsiones

Ejemplos de **síntomas de atención urgente**:

- Vómitos durante más de 6 horas (si se trata de un niño, llame a su médico de atención primaria)

- Diarrea durante más de 6 horas (si se trata de un niño, llame a su médico de atención primaria)
- Tobillo torcido
- Quemaduras y erupciones menores
- Reacción alérgica menor
- Fiebre, dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos

Si siente que sus síntomas son una emergencia, llame al 911. Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a solicitar servicios de emergencia en cualquier hospital o cualquier otro servicio de emergencia (dentro o fuera de nuestra red). Informe al personal del departamento de emergencia de que es miembro de Health Net Access y muestre su tarjeta de identificación. Si no puede hacerlo, pida a un familiar o a un amigo que informe al personal del departamento de emergencia de que es miembro de nuestro plan.

EMERGENCIAS DE SALUD MENTAL

Si tiene una emergencia de salud mental es importante que obtenga ayuda cuanto antes. Llame a la Línea en situaciones de crisis del condado de Maricopa disponible las 24 horas del día en el 1-602-222-9444 o 1-800-631-1314 (TTY/TDD: 1-602-274-3360) o a Health Net Access en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711). Llame directamente al 911 si tiene una emergencia médica o de salud mental que suponga un riesgo para su propia vida o si siente impulsos de hacerse daño a sí mismo o a otras personas.

COMPETENCIA CULTURAL

Nosotros le valoraremos. Somos conscientes de que hay mucha diversidad cultural y contextos étnicos distintos en el condado de Maricopa. Sabemos que en su salud interfieren sus creencias, su cultura y sus valores. Queremos ayudarlo a que tenga y conserve buena salud y buenas relaciones con los doctores y otros proveedores que identifican sus necesidades. Si cree que eso puede ser un problema, llámenos. Le ayudaremos a encontrar un proveedor de salud que identifique mejor sus necesidades personales. **Le proporcionaremos asistencia lingüística sin costo para usted. También podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que hable su idioma.** Si no puede comunicarse con su proveedor porque existe una barrera lingüística, póngase en contacto con el Servicio para miembros. Contamos con intérpretes de lengua de signos disponibles sin costo para usted. Podemos designar a un intérprete para que le ayude con su cita. **Si necesita asistencia lingüística o si quiere que le traduzcamos a otro idioma (incluido el Braille) cualquiera de nuestros documentos impresos, llame al Servicio para miembros.** Llámenos y díganos si hemos pasado por alto cualquier cosa importante para usted. Intentaremos ayudarlo. Queremos que esté cómodo con nuestros servicios.

Si quisiera proporcionarnos información cultural que considera importante para su atención médica o si desea elegir un proveedor según la comodidad, la ubicación, la preferencia cultural, o su discapacidad, llame al Servicio para miembros. 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711).

AYUDA EN OTRO IDIOMA Y PARA DISCAPACITADOS: ¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA?

If you need this handbook or other health information in another language or in an alternative format such as large font, audio or accessible pdf, or Braille please contact Member Services at 1-888-788-4408 or TTY/TDD: 711. Also, if you need an interpreter, please call Member Services at least five (5) days before your medical appointment to arrange the language assistance in time for your appointments. There is no cost for the interpretation. You are not required to use family or friends to interpret for you, and in fact, we discourage this from happening. Qualified interpreters should be used for any language assistance needs.

Si necesita este manual u otro tipo de información sobre salud traducido a otro idioma o en un formato diferente (como letra grande, audio o PDF accesible), comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-888-788-4408 o a la línea TTY/TDD 711. Además, si necesita servicios de interpretación, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al menos cinco (5) días antes de su cita médica para coordinar los servicios de interpretación de idiomas; así podrá disponer de ellos en sus citas médicas. Los servicios de interpretación de idiomas no tienen costo alguno para usted. No es necesario que recurra a un familiar o a un amigo para que cumplan el rol de intérpretes.

INTÉRPRETES DE LENGUA DE SIGNOS Y AYUDAS AUXILIARES

Si está sordo o tiene problemas auditivos, puede solicitar ayudas auxiliares a su proveedor o conseguir un intérprete de lengua de signos para que pueda ayudarle. Su proveedor está obligado a proporcionarle estos servicios.

Las ayudas auxiliares incluyen transcripciones computarizadas, materiales escritos, mecanismos o sistemas de audición asistida, subtítulos y otros métodos efectivos de asistencia auditiva disponibles para personas con pérdida de audición.

Los intérpretes de lengua de signos son profesionales certificados con la habilidad para proporcionar servicios de interpretación en lengua de signos americana a los sordos. Para encontrar un listado de intérpretes de lengua de signos y obtener más información sobre la legislación acerca de la profesión de los intérpretes en el Estado de Arizona, visite el sitio web de la Comisión de Arizona para Sordos y Personas con Problemas de Audición, www.acdhh.org, o llame al (602) 542-3323 (V); (602) 364-0990 (TTY); 800-352-8161 (V/TTY); (480) 559-9441 (Videófono).

INFORMACIÓN IMPRESA PARA MIEMBROS CON DIFICULTADES VISUALES

Si tiene dificultades visuales y necesita esta guía u otros materiales, como notificaciones y formularios de consentimiento, en un formato impreso más grande, o en braille, contacte con su proveedor o con el Servicio para miembros de Health Net Access en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711) para recibir esos materiales en un formato alternativo.

Health Net Access le ayudará a elegir un proveedor de la red de proveedores. Si desea elegir un proveedor según la comodidad, la

ubicación, la preferencia cultural, o su discapacidad, llame al Servicio para miembros. Para solicitar, modificar o cancelar sus citas, será necesario que contacte con el proveedor. También puede ponerse en contacto con Health Net Access si necesita ayuda para solicitar, modificar o cancelar sus citas.

Si no está satisfecho con su proveedor actual, póngase en contacto con el Servicio para miembros de Health Net Access para consultar otras opciones disponibles.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Existe un Directorio de proveedores disponible en línea. Visite www.healthnetaccess.com para usar la herramienta de "Búsqueda de proveedores" o para descargar una copia del directorio. En el directorio y en la herramienta de búsqueda en línea se incluyen médicos de atención primaria, especialistas, obstetras/ginecólogos y mucho más. **Puede solicitar que le enviemos una copia por correo ordinario sin costo alguno para usted llamando al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711).** El directorio de proveedores está disponible en inglés y en español.

CÓMO USAR EL PLAN DE SALUD

Health Net Access es un plan de atención médica administrada que presta servicio a los miembros del condado de Maricopa. Un plan de atención médica administrada es un

plan de salud que pone a disposición de sus miembros servicios de atención médica a través de un grupo seleccionado de médicos, hospitales y farmacias. Usted y su médico de atención primaria desempeñan un papel importante en su plan de atención médica administrada. Su médico de atención primaria le ayuda a decidir el tipo de atención que necesita, por lo que es importante que lo vea con frecuencia y hable con él/ella sobre su salud. Debe realizarse chequeos rutinarios todos los años. Las exploraciones regulares le ayudan a mantenerse sano.

Como miembro, su responsabilidad es asegurarse de que siempre sigue estos pasos cuando necesite atención médica:

- 1) Lleve siempre consigo y enseñe su tarjeta de identificación de Health Net Access.
- 2) Llame a la consulta de su doctor para recibir atención preventiva o si tiene cualquier problema médico.
- 3) Acuda a sus citas médicas o llame a la consulta para volver a programarlas si no puede acudir ese día.
- 4) Asegúrese de haber sido remitido por su doctor cuando tenga que ver a un especialista.
- 5) Coopere con las instrucciones que le dé su doctor (No obstante, puede negarse a recibir tratamiento médico).

SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP):

Su médico de atención primaria (PCP) es su doctor asignado y desempeña un papel importante en su atención médica. Su médico de atención primaria es el "portero" de todos los servicios que reciba. Él o ella se familiarizarán con usted, sus necesidades de salud y su historial médico. Su médico de atención primaria le proporcionará una

atención médica rutinaria y se organizará cualquier visita al especialista que usted pueda necesitar. Debe acudir a su médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro doctor, salvo que sea una emergencia o tenga un problema de salud mental.

Tenga en cuenta que:

- Los niños menores de 21 años pueden acudir al dentista sin visitar a su médico de atención primaria antes.
- Los miembros pueden obtener citología cervical o exploraciones de mamografía (*pasados los 40 y a cualquier edad si se considera médicamente necesario*) una vez al año sin que le remita su médico de atención primaria. Póngase en contacto con el Servicio para miembros para más información sobre citología cervical y colonoscopias.

**Las revisiones médicas infantiles son lo mismo que el las visitas del Servicio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).*

Póngase en contacto con el Servicio para miembros de Health Net Access para cualquier pregunta o consulta sobre sus beneficios de salud o sobre los servicios médicos.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN: ¿CÓMO LAS USO?

Una vez que esté registrado en nuestro plan, recibirá una tarjeta de identificación de Health Net Access. No tire esta tarjeta. Es muy importante que lleve esta tarjeta consigo en todo momento y que la muestre

cuando reciba atención médica. Esta tarjeta le identifica como miembro e incluye números de teléfono importantes así como información que su proveedor de atención médica necesitará.

Su tarjeta de identificación tiene un número de teléfono para contactar con los servicios de salud mental y abuso de sustancias. Se asignan los servicios a un proveedor determinado en función de la zona en la que reside. Si tiene preguntas o necesita ayuda para recibir servicios de salud mental, llame al número indicado en su tarjeta. Llame al Servicio para miembros para acceder a los servicios de salud mental y abuso de sustancias.

Necesitará su tarjeta de identificación de Health Net Access para:

- Pedir cita en el médico
- Visitar a su médico
- Obtener medicinas y suministros
- Obtener atención en hospitales o de otro proveedor de salud
- Obtener ayuda e información del Servicio para miembros

Para ayudar a proteger su identidad y prevenir posibles fraudes, AHCCCS está añadiendo fotografías a la herramienta de verificación en línea que utilizan los proveedores para verificar su cobertura. Si cuenta con una licencia de conducir de Arizona o una tarjeta de identificación (ID) emitida por el estado, AHCCCS obtendrá una foto de la División de Vehículos Motores para Transporte (MVD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Arizona. Cuando los proveedores acceden a la pantalla de verificación de admisibilidad AHCCCS, verán su foto (si está disponible) con los detalles de su cobertura.

Solo usted está autorizado a usar su

tarjeta de identificación de Health Net Access para obtener servicios médicos. Nunca preste, venda o permita a nadie más usar su tarjeta. Esto es ilegal y podría perder su derecho a disfrutar de AHCCCS. Se podrían emprender acciones legales contra usted.

Si no tiene una tarjeta de identificación de Health Net Access o si la pierde, llame al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711) y le enviaremos una nueva por correo.

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Como miembro, es responsable de:

- Proporcionar, en la medida de lo posible, la información requerida por el personal profesional para poder atenderle
- Seguir las instrucciones y pautas que le den aquellos que proporcionan atención sanitaria
- Conocer el nombre de su médico de atención primaria asignado
- Colaborar para recibir atención médica
- Programar citas durante el horario de consulta cuando sea posible, en lugar de utilizar las instalaciones de atención urgente o las salas de emergencias.
- Acudir a sus citas a tiempo
- Notificar por adelantado a su proveedor cuando no pueda acudir a una cita
- Presentar la cartilla de vacunaciones en cada cita de niños de 18 años o menores
- Proteger su tarjeta de identificación de Health Net Access **Recuerde:**

cualquier uso inapropiado de su tarjeta, incluido el prestarla, venderla o dársela a otra persona podría resultar en la pérdida de su derecho como beneficiario y en acciones legales contra su persona. Es muy importante que guarde su tarjeta de identificación en lugar seguro y que no la tire.

AHCCCS: ¿CÓMO PUEDO ASEGURARME DE QUE NO PIERDO MI COBERTURA?

QUÉ HACER SI CAMBIA EL TAMAÑO DE SU FAMILIA

Si hay un cambio en el tamaño del número de personas en su familia debido a nacimientos, defunciones, matrimonios, adopciones o divorcios, debe llamar al Departamento de Seguridad Económica (DES) en el 1-602-542-9935 o a su oficina de la seguridad social en el 1-800-772-1213 para asegurarse de que todos los miembros de la familia están cubiertos por AHCCCS.

Si usted es miembro de KidsCare, llame gratuitamente a la unidad de KidsCare de AHCCCS en el 1-877-764-5437 para informar sobre dichos cambios.

Recuerde que es importante informar de nuevos bebés de inmediato tras su nacimiento para que su bebé pueda disfrutar de los servicios.

SI SE MUDA, TAMBIÉN DEBE DECÍRNOSLO.

Como miembro de nuestro plan, su área de servicio es el condado de Maricopa. Si se muda fuera de los EE.UU., del estado de

Arizona o fuera del condado de Maricopa, su plan actual ya no será válido. Antes de mudarse, llame al Servicio para miembros para actualizar su dirección. Podemos actualizar su dirección a menudo con la oficina de elegibilidad de AHCCCS.

Otros lugares en los que debería notificarlo incluyen:

- Su médico de atención primaria
- La oficina de Renta de Seguridad Complementaria (SSI), si recibe beneficios del SSI
- Al Departamento de Seguridad Económica (DES), si recibe TANF, cupones de alimentos
- Para los miembros de KidsCare (Título XXI), por favor llame a AHCCCS al 1-602-417-5437 o al teléfono gratuito dentro del estado, 1-877-764-5437.

Llame al Servicio para miembros si tiene dudas sobre su afiliación o llame a AHCCCS al 1-800-654-8713 o al 1-602-417-4000.

Cada nueva persona en su familia debe ser considerada elegible por AHCCCS. Debe llamar a la oficina que le hizo elegible para AHCCCS y solicitar que se añada un nuevo miembro, o informar si algún miembro de la familia les abandona y su familia se vuelve más pequeña. Si tiene cualquier pregunta, llame al Servicio para miembros. **Podría perder su atención médica con AHCCCS si no les informa de que se muda.**

¿Qué debe hacer si se muda a otro condado?

- Informe a su oficina de elegibilidad actual y vuelva a solicitar cobertura en su nueva oficina de elegibilidad.
- Llame a la oficina de AHCCCS para elegir un nuevo plan si puede usted optar a AHCCCS.

- Llame a su nuevo plan y elija un proveedor.

Llame al Servicio para miembros si tiene dudas sobre lo que debe hacer o llame a AHCCCS al 1-800-654-8713.

RENOVAR LA COBERTURA AHCCCS

Los miembros de AHCCCS deben renovar su elegibilidad al menos una vez al año. Usted recibirá una carta cuando llegue el momento de renovar. La carta le dirá cómo ponerse en contacto para renovar sus beneficios y cuándo termina la cobertura. Tómese su tiempo para actualizar su información de elegibilidad y continuar su cobertura AHCCCS. Asegúrese de actualizar también su teléfono y dirección. AHCCCS se encargará de procesar su renovación si está inscrito en KidsCare. Para renovar la cobertura, el resto de miembros de Health Net Access deberá ponerse primero en contacto con el Departamento de Seguridad Económica (DES) en el 1-800-352-8401 o el 1-602- 542-9935, o con su oficina local de elegibilidad para el Seguro Social en el 1-800-772-1213. Puede llamar al Servicio para miembros si tiene cualquier duda o si necesita ayuda con el proceso de renovación. Estaremos encantados de responder cualquier duda que tenga.

Su inscripción en nuestro plan puede verse interrumpida si usted ya no es elegible para AHCCCS o KidsCare (Título XXI) o si usted:

- Deja de recibir las ayudas temporales para familias necesitadas (TANF)
- Deja de recibir los cupones de alimentos
- No ha renovado su elegibilidad AHCCCS antes de la fecha límite de renovación

Si no sabe si sigue inscrito, llame a

AHCCCS al 1-800-654-8713 o 1-602-417-4000. Puede llamar al Servicio para miembros para obtener su fecha de renovación.

SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN ANUAL (AEC)

Puede cambiar de plan de salud todos los años el día que de su aniversario de inscripción en AHCCCS. AHCCCS le enviará la información dos meses antes de su fecha de aniversario de inscripción. Si está planteándose dejar nuestro plan, llame al Servicio para miembros para que podamos ayudarlo a resolver cualquier problema que pudiera tener. Valoramos su membresía.

CAMBIOS EN EL PLAN DE SALUD

Existen varias razones por las que quizá usted quiera cambiar de plan de salud fuera del periodo habitual de AEC:

1. No le ofrecieron planes de salud alternativos.
2. No recibió la carta de la AEC
3. Recibió una carta de la AEC pero no pudo participar en el proceso de inscripción anual por causas ajenas a usted.
4. Otros miembros de su familia están inscritos en otro plan de salud (salvo que se le ofreciera la opción de cambiarse durante el proceso de selección de inscripción anual y usted no lo hizo).
5. Es miembro de un grupo especial y necesita inscribirse en el mismo plan de salud que ese grupo especial.
6. Regresó a AHCCCS en el plazo de 90 días y no se le volvió a colocar en el mismo plan que tenía antes.
7. Tiene motivos médicos por los que debe permanecer con su proveedor actual y él/ella no figura en nuestro plan.

Si necesita cambiar su plan de salud por cualquiera de las razones anteriores, llame a AHCCCS al 1-800-654-8713 o 1-602-417-4000. También puede cambiar de plan de salud por motivos médicos. Puede pedirnos que le cambiemos de plan de salud si tiene motivos médicos para el cambio. Revisaremos su solicitud y le notificaremos si puede cambiar de plan.

Estos son algunos ejemplos de motivos médicos:

- Está usted embarazada y su doctor habitual no figura en nuestro plan.
- Tiene un problema médico, como cáncer, y su doctor habitual no figura en nuestro plan.

Si hubiera otro motivo por el cual debe cambiar de plan de salud, o si tiene alguna pregunta sobre cómo cambiar de plan de salud, llame al Servicio para miembros.

TRANSICIÓN DE LA PÓLIZA DE ATENCIÓN MÉDICA

Queremos ayudarle si se muda y tiene un nuevo plan AHCCCS.

Health Net Access siempre colaborará con la coordinación de la atención médica de todos nuestros miembros durante las transiciones entre las organizaciones de atención médica administrada, cambios en áreas de servicio y/o proveedores de atención médica. Ciertos miembros pueden requerir ayuda adicional durante un periodo de transición. Si tiene una pregunta acerca de la coordinación de la atención médica cuando realice cambios, llame a nuestro Servicio para miembros.

¿CÓMO PUEDO USAR LOS SERVICIOS DE

URGENCIAS APROPIADAMENTE?

Si su vida está en peligro inminente, llame al 911. Si necesita ver a un médico de inmediato, póngase en contacto con su médico de atención primaria para que le aconseje o le dé una cita. Si su doctor no puede verle o si la oficina no está abierta, valore la posibilidad de acudir al centro de atención urgente más cercano. El Servicio para miembros puede ayudarle a localizar un centro de atención urgente cercano. Además, Health Net Access tiene una línea telefónica 24 horas de clasificación y recomendaciones de enfermería. Si tiene alguna duda sobre un problema de salud o un problema médico urgente, podemos ayudarle a través de nuestra línea telefónica de recomendaciones de enfermería. Llame al Servicio para miembros para que le pongan en contacto con la línea telefónica de recomendaciones de enfermería.

¿Qué sucede si necesita atención de emergencia fuera de nuestra área de servicio?

Nuestro plan pagará la atención de emergencia mientras esté fuera del condado o del estado. Si necesita atención de emergencia, muestre su identificación de Health Net Access para que los doctores puedan notificarnoslo.

QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA

Las emergencias médicas son situaciones repentinas que son situaciones de vida o muerte. Pueden suponer una discapacidad o hasta la muerte si no se tratan lo antes posible. **No es necesaria ninguna autorización previa para la atención de emergencia.**

¿DEBERÍA IR A UN CENTRO DE EMERGENCIAS O DE ATENCIÓN DE URGENCIAS?

Ejemplos de **síntomas de sala de emergencias**:

- Extrema dificultad para respirar
- Desmayo
- Envenenamiento
- Dolor de pecho
- Hemorragia descontrolada
- Convulsiones

Ejemplos de **síntomas de atención urgente**:

- Vómitos durante más de 6 horas (si se trata de un niño, llame a su médico de atención primaria)
- Diarrea durante más de 6 horas (si se trata de un niño, llame a su médico de atención primaria)
- Tobillo torcido
- Quemaduras y erupciones menores
- Reacción alérgica menor
- Fiebre, dolor de garganta con fiebre, dolor de oídos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a solicitar servicios de emergencia en cualquier hospital o cualquier otro servicio de emergencia (dentro o fuera de nuestra red). Informe al personal del departamento de emergencia de que es miembro de Health Net Access y muestre su tarjeta de identificación. Si no puede hacerlo, pida a un familiar o a un amigo que informe al personal del departamento de emergencia de que es miembro de nuestro plan.

TRANSPORTE: ¿CÓMO OBTENGO TRANSPORTE PARA ACUDIR A MIS CITAS MÉDICAS?

TRANSPORTE PARA EMERGENCIAS

En casos de emergencia (cuando existan situaciones que pongan en riesgo su vida) llame al 911. Su estado es una emergencia médica cuando su vida, su cuerpo, las partes del mismo o sus funciones puedan resultar dañadas o pueda perderlas si no recibe atención médica inmediata.

No necesita autorización previa para los servicios de emergencia, incluidas las visitas a la sala de emergencias y el transporte de emergencia.

TRANSPORTE DE NO EMERGENCIA

Los miembros pueden obtener desplazamiento a sus citas médicas de distintas formas. La forma más fácil es que el desplazamiento corra por cuenta de un familiar o un amigo. Si la familia no está disponible, por favor póngase en contacto con el Servicio para miembros.

Organizaremos un traslado para sus citas médica. Póngase en contacto con nosotros tres (3) días antes de la cita.

Puede llamar al Servicio para miembros en fin de semana o en vacaciones, para transporte a centros de atención urgente cuando esté enfermo. Recuerde, siempre llame al 911 en una verdadera emergencia médica.

ASIENTO DE AUTOMÓVIL, SILLA DE RUEDAS O CAMILLA

Si necesita un asiento de automóvil, una silla de ruedas o una camilla para su desplazamiento a una cita médica rutinaria, las furgonetas del servicio de transporte de pacientes pueden llevarle hasta allí y traerle de vuelta. Debe llamar al Servicio para miembros para organizar estos desplazamientos al menos entre tres (3) y cuatro (4) días antes de la fecha de la cita.

Si llama para solicitar un desplazamiento a una cita médica, por favor, esté preparado para darle al representante la siguiente información:

- Su nombre, identificación de AHCCCS, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono (a fin de verificar su identidad).
- La fecha, hora y dirección de su visita médica.
- Si necesita solo el viaje de ida o de regreso o ambos.
- Sus necesidades para el viaje (silla de ruedas, camilla u otros).
- Cualquier necesidad especial (oxígeno, vía intravenosa, alguien que tiene que viajar con usted, una silla de ruedas más ancha o eléctrica, vehículo de techo alto, etc.).
- Los niños menores de cinco años requieren un asiento para el automóvil. Los niños entre cinco y siete años y con una altura inferior a 4,9" necesitan un elevador. Informe al representante si no cuenta con un asiento para niños.

CANCELAR SU DESPLAZAMIENTO O SUS CITAS

Si cancela su visita con su médico o su dentista, también debe llamar al Servicio para miembros para cancelar su desplazamiento a la cita.

QUÉ INCLUYE LA COBERTURA: ¿QUÉ TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDO OBTENER DE HEALTH NET ACCESS?

Para que pueda obtener servicios de atención médica mediante nuestro plan, el servicio ha de cumplir estos dos requisitos:

- Ser una prestación cubierta con AHCCCS, y
- Ser médicamente necesario

Una "prestación cubierta" significa que puede obtener este servicio mediante AHCCCS y Health Net Access.

"Médicamente necesario" significa que un médico u otro practicante licenciado en el ámbito de las artes curativas presta un servicio cubierto dentro del ámbito del ejercicio de acuerdo con la ley estatal: para evitar enfermedades, discapacidades o situaciones de salud desfavorable o la progresión de las mismas para prolongar la vida.

Si usted es un miembro que "reúne doblemente los requisitos", a menudo esto quiere decir que tiene beneficios adicionales que es posible que no estén cubiertos por AHCCCS. Saber sobre su otro seguro nos ayuda a coordinar la atención que recibirá con el otro plan.

Si tiene cobertura de Medicare y ve a un médico que no está en nuestro plan, es posible que los servicios no estén cubiertos. Si decide hacer eso sin nuestra aprobación, es posible que no pagemos dichos servicios

debido a que se prestaron por un médico que no está en nuestro plan. Es importante que colabore con su médico de atención primaria para que lo remita a los médicos adecuados. (Esto no incluye los servicios de emergencia). No cubriremos copagos ni deducibles para servicios prestados fuera de la red sin una autorización previa.

SERVICIOS CUBIERTOS

Según su elegibilidad, Health Net Access pagará solo los servicios disponibles del listado. Llame al Servicio para miembros o hable con su médico de atención primaria para obtener más información sobre estos servicios.

- Ambulancia para atención de emergencia
- Servicios de audiología en modo hospitalario y ambulatorio para evaluar la pérdida de audición
- Servicios de salud mental (para más información, consulte la sección "*Servicios de salud mental*")
- Cuidados durante el embarazo
- Administración de casos
- Revisiones para niños*, mujeres embarazadas y beneficiarios calificados para Medicare (QMB)
- Los servicios infantiles incluyen servicios dentales rutinarios
- Los servicios quiroprácticos están cubiertos para adultos mayores de 21 años y beneficiarios calificados para Medicare (QMB) "doble elegible".
- Servicios de emergencias médicas y quirúrgicas relacionados con atención dental (oral)
- Beneficios de hasta \$1000 para emergencias dentales en adultos
- Diálisis

- Administración de enfermedades
- Tratamientos médicos para atención de emergencia o de urgencia
- Lentes o lentillas para niños o adultos (solo tras una operación de cataratas)
- Planificación familiar/Control de natalidad
- Servicios para adultos de cuidado de pie y tobillo, incluidos: cuidado de heridas, tratamiento de escaras, cuidado de fracturas, cirugía reconstructiva y servicios limitados de bunionectomía.
- Servicios de atención médica, incluidas las exploraciones, los diagnósticos y los tratamientos médicamente necesarios
- Servicios a domicilio y servicios basados en la comunidad (HCBS)
- Cuidado de hospicio
- Cuidado hospitalario
- La terapia ocupacional y logopedia están cubiertas para todos los miembros que cumplan estancia en el hospital (o servicios de enfermería en las instalaciones) La terapia ocupacional ambulatoria y la logopedia ambulatoria solo están cubiertas para miembros menores de 21 años.
- Las visitas de fisioterapia ambulatoria para reparar el nivel de funcionamiento se limitan a 30 visitas por año contractual para miembros a partir de 21 años de edad, y son ilimitadas para miembros menores de 21 años.
- Bombas de insulina
- Pruebas de laboratorio y rayos X
- Alimentos médicos para miembros diagnosticados con

- uno de los siguientes trastornos metabólicos hereditarios:
- Fenilcetonuria
 - Homocistinuria
 - Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce
 - Galactosemia (necesita fórmula lactante de soja)
 - Déficit de beta-cetotiolasa
 - Citrulinemia
 - Acidemia glutárica Tipo I
 - 3 Déficit de metilcrotonil-CoA carboxilasa
 - Acidemia isovalérica
 - Acidemia metilmalónica
 - Acidemia propiónica
 - Aciduria arginosuccínica
 - Tirosinemia Tipo I
 - Deficiencia de HMG-CoA-liasa
 - Deficiencias de cobalamina A, B, C
- Pruebas médicas
 - Servicios de podología médicamente necesarios AHCCCS cubre servicios de podología médicamente necesarios realizados por un podólogo acreditado y prescritos por un médico de atención primaria o un practicante de atención primaria.
 - Medicamento contenido en la lista de medicamentos de Health Net Access
 - Centro de enfermería
 - Visitas a la consulta del médico de atención primaria para niños*, beneficiarios calificados para Medicare (QMB) o cuando un adulto presente síntomas o una enfermedad
 - Interrupción del embarazo (incluyendo Mifepristona [Mifeprex o RU-486])
 - Servicios de estabilización posterior

- Terapias respiratorias
- Traslados a las visitas médicas
- Suministros y equipos, incluidos los equipos y suministros para pruebas diabéticas que constan en la lista de medicamentos
- Los chequeos del programa de revisión infantil incluyen servicios dentales, auditivos, de visión y vacunaciones*

MÁS BENEFICIOS: ¿QUÉ OTROS SERVICIOS PUEDO OBTENER?

CUIDADO HOSPITALARIO

- Sangre y plasma sanguíneo
- Cuidados intensivos
- Laboratorio, rayos X y servicios de imágenes
- Medicamentos
- Atención de enfermería
- Quirófano y cuidado hospitalario
- Servicios de doctores, cirujanos, especialistas

ADMINISTRACIÓN DE CASOS

La administración de casos es un beneficio que le ofrecemos de forma totalmente gratuita. Nuestro objetivo es ayudarlo a estar sano proporcionándole información y un plan de atención médica propio. Nuestras enfermeras le ayudarán a usted o a un miembro de su familia a obtener la atención médica que necesitan, a comprender sus medicamentos, a obtener el nombre y los teléfonos de los recursos comunitarios, y, además, trabajarán con usted y su médico de atención primaria para que pueda obtener cualquier otro servicio que pudiera necesitar para mantenerse sano.

Si necesita un administrador de casos, llame al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711) para que se le remita. Su médico de atención primaria también puede remitirle al departamento de administración de casos.

ADMINISTRACIÓN DE ENFERMEDADES

La administración de enfermedades es otro servicio que les ofrecemos a nuestros miembros de forma totalmente gratuita. Si tiene problemas de salud, como diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca o una arteriopatía coronaria, nuestros administradores de enfermedades están aquí para ayudarle.

Llame al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711) si necesita más información o si desea que le remitamos al departamento de administración de enfermedades.

ATENCIÓN ORTÉSICA

Los dispositivos ortésicos para miembros menores de 21 años se proveen cuando los prescriba un profesional de atención primaria, un médico responsable o un practicante.

Health Net Access cubre dispositivos ortésicos para **miembros a partir de 21 años** cuando:

- La órtesis sea considerada como el tratamiento más adecuado según los Lineamientos de Medicare Y
- El costo de la órtesis sea menor que cualquier otro tratamiento y procedimiento quirúrgico para tratar la misma afección Y
- La órtesis sea solicitada por un facultativo (doctor) o médico de

atención primaria (enfermero especializado o auxiliar médico).

Si tiene cualquier duda, llame al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711).

El equipo médico se tendrá que alquilar o comprar únicamente si otras fuentes, que provean los productos de manera gratuita, no están disponibles. El costo total del alquiler no podrá exceder al precio de adquisición del producto.

Las reparaciones o ajustes razonables en el equipo adquirido están cubiertos para todos los miembros de más y menos de 21 años a fin de permitir que el equipo sea reparable y cuando los costos del arreglo sean menores que los de arrendar o adquirir otra unidad. El elemento será sustituido si en el momento en que se solicita la autorización se proporciona documentación a fin de determinar que el elemento no funciona correctamente.

SERVICIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS: ¿QUÉ ES LO QUE AHCCCS NO CUBRE?

- Servicios de no emergencia que su médico de atención primaria no apruebe.
- Cualquier atención médica, tratamiento o cirugía que no sea médicamente necesaria.
- Servicios de infertilidad que incluyan pruebas y tratamiento.
- Reversión de esterilización voluntaria.
- Operaciones de reasignación de género.
- Exámenes para establecer la necesidad de ayudas para la

audición, lentes o lentillas para los miembros de 21 años o mayores, excepto tras haberse sometido a cirugía de cataratas.

- Ayudas para la audición, lentes o lentillas para los miembros de 21 años o mayores, excepto tras haberse sometido a cirugía de cataratas.
- Servicios o artículos por motivos estéticos.
- Artículos personales o de confort (EPSDT solo los cubrirá si están recomendados médicamente).
- Medicamentos o suministros no prescritos
- Servicios prestados en una institución para el tratamiento de tuberculosis (TB).
- Servicios médicos prestados para reclusos o para personas bajo custodia en una institución estatal de salud mental.
- Logopedia y terapia ocupacional ambulatoria para miembros de 21 años o más. (Tenga en cuenta que: Los servicios de logopedia en modo ambulatorio solo están cubiertos para aquellos miembros que reciban servicios EPSDT y los miembros de KidsCare.)
- Articulación de miembro inferior controlada por microprocesador o prótesis para miembros de 21 años o mayores.
- Cualquier servicio que haya sido

catalogado como experimental o de investigación, se haya desarrollado fundamentalmente con motivos de investigación o que no haya sido aprobado por las agencias reguladoras. Los miembros de AHCCCS que estén inscritos en un plan, pueden participar en tratamientos experimentales, pero AHCCCS no reembolsará dicho tratamiento experimental.

➤ **Los trasplantes incluyen:**

- Trasplantes solo de páncreas (totales, parciales o de células de islotes); o cualquier otro trasplante no enumerado por AHCCCS como cubierto.
- Cheques físicos para fines no médicos (por ejemplo reconocimientos para el trabajo, para el colegio o para un seguro).
- Asesoramiento de aborto y abortos (a no ser que sea médicamente necesario de acuerdo con las políticas de AHCCCS).
- Cualquier servicio médico fuera del país.
- Circuncisiones rutinarias o de recién nacidos.
- Atención médica rutinaria (fuera del área)

**Las revisiones médicas infantiles son lo mismo que las visitas EPSDT.*

TABLA DE EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Los siguientes servicios no están cubiertos para <u>adultos de 21 o mayores</u>. Si es usted Beneficiario Calificado para Medicare (QMB), seguiremos pagando su Medicare deducible y coaseguro de estos servicios.		
VENTAJA/SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	SERVICIO EXCLUIDO DE PAGO
Implante óseo de audífonos	Aparato auditivo que se coloca en los huesos del oído mediante cirugía. Facilita la transmisión de sonido.	AHCCCS no se hará cargo de pagar audífonos de implante óseo. Se pagarán los suministros, el mantenimiento del equipo (cuidado del audífono) y las reparaciones de componentes defectuosos.
Implante coclear	Dispositivo que se coloca en el oído de la persona afectada para ayudarlo a escuchar mejor.	AHCCCS no se hará cargo de pagar por los implantes cocleares. Se pagarán los suministros, el mantenimiento del equipo (cuidado del audífono) y las reparaciones de componentes defectuosos.
Articulación de miembro inferior controlada por microprocesador/ Prótesis	Dispositivo que reemplaza una parte amputada del cuerpo y utiliza un ordenador para ayudar a mover la articulación.	AHCCCS no se hará cargo del pago de prótesis de miembros inferiores (pierna, rodilla o pie) que incluyan un microprocesador (chip de computadora) para controlar la articulación.
Órtesis	Soporte o refuerzo para articulaciones o músculo débiles. Una órtesis también puede proveer apoyo a una parte del cuerpo deforme. Los dispositivos ortésicos son artículos tales como refuerzos de piernas, férulas de muñeca y protectores de cuello.	Health Net Access cubre dispositivos ortésicos para miembros a partir de 21 años cuando: <ul style="list-style-type: none"> • La órtesis sea considerada como el tratamiento más adecuado según los Lineamientos de Medicare Y • El costo de la órtesis sea menor que cualquier otro tratamiento y procedimiento quirúrgico para tratar la misma afección Y

		<ul style="list-style-type: none"> • La órtesis sea solicitada por un facultativo (doctor) o médico de atención primaria (enfermero especializado o auxiliar médico).
Cuidado de reposo	Servicios de reposo temporal de corta duración o continuos para que los cuidadores y miembros se tomen un tiempo para ellos mismos.	El número de horas de reposo disponibles para adultos y niños miembros de los beneficios de ALTCS o de servicios de salud mental es de 600 horas en un periodo de 12 meses. Los 12 meses se cuentan desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre del siguiente año.
Emergencia Servicios dentales	Los servicios de emergencia son necesarios cuando necesita ser atendido de inmediato por problemas como una infección bucal severa o dolor en los dientes o en la mandíbula.	El servicio dental cubierto para miembros a partir de 21 años debe estar relacionado con el tratamiento de una afección de emergencia como un dolor agudo, una infección o una fractura de mandíbula. El servicio dental cubierto incluye un examen bucal, rayos X, asistencia ante fracturas de la mandíbula o boca, derecho a anestesia y medicamentos para el dolor y antibióticos. También se cubren algunos servicios previos a los trasplantes y las extracciones profilácticas de dientes para la preparación para la radiación en el tratamiento de cáncer en la mandíbula, cuello o cabeza.
Servicios de podología	Cualquier servicio que trate un doctor especializado en problemas de pies y tobillos.	AHCCCS cubre servicios de podología médicamente necesarios realizados por un podólogo acreditado y prescritos por un médico de atención primaria o un practicante de atención primaria.

Trasplantes	Un trasplante consiste en el traspaso de un órgano o de células sanguíneas de una persona a otra.	Su aprobación se basa en la necesidad médica o si el trasplante se incluye en la lista de servicios "cubiertos". Solo se pagarán los trasplantes de la lista de trasplantes cubiertos de AHCCCS.
Fisioterapia	Ejercicios enseñados o provistos por un fisioterapeuta para fortalecerse o ayudar a mejorar el movimiento.	Las visitas de fisioterapia extrahospitalaria para reparar el nivel de funcionamiento se limitan a 30 visitas al año (del 1 de octubre al 30 de septiembre del año siguiente). Los miembros de Medicare deberían hablar con el plan de salud para que les ayuden a determinar cómo se contabilizarán las visitas.

Health Net Access no se hace responsable del pago de ningún servicio no cubierto que usted elija recibir. En casos especiales podría obtener servicios fuera de su área de servicios. Póngase en contacto con el Servicio para miembros si quisiera más información a este respecto.

CUIDADO TERMINAL

El cuidado terminal es un enfoque centrado en los miembros con el objetivo de preservar los derechos de los mismos y mantener su dignidad mientras reciban cualquier otro servicio médicamente necesario cubierto por Medicaid. El cuidado terminal se ocupa de formar a los miembros y a sus familias sobre las enfermedades y las elecciones de tratamiento; de mantenerles con salud, de ofrecer mayor flexibilidad a la hora de decidir cuál será el curso del tratamiento al afrontar enfermedades que limiten la vida independientemente de su edad o del estado de la enfermedad.

El cuidado terminal permite que los miembros reciban servicios de instrucciones previas, de cuidados paliativos, de apoyo y de hospicio.

REMISIONES

Una remisión ocurre cuando su médico de atención primaria le deriva a un especialista para un problema específico. También pueden remitirle a un laboratorio u hospital. Es posible que tengamos que revisar y aprobar algunas remisiones y servicios especiales antes de que pueda acceder a los servicios.

No necesita una remisión para los siguientes casos:

- Servicios de emergencia,
- Servicios de salud mental (para más información, consulte la sección *Servicios de salud mental*)
- Servicios de ginecología/obstetricia, y
- Servicios dentales para niños menores de 21 años.

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DE UN ESPECIALISTA

Algunos servicios médicos y de especialistas necesitan nuestra aprobación previa. Si ese fuera el caso, su médico de atención primaria se encargará de solicitar una autorización previa para dichos servicios. Es preciso que revisemos estas solicitudes. La oficina de su médico de atención primaria se pondrá en contacto con usted si su solicitud de autorización previa ha sido aprobada. También puede llamar al Servicio para miembros para consultar el estado de la solicitud.

Si la solicitud de su médico de atención primaria es denegada, se lo haremos saber a través de correo postal. Además, nuestra carta le dirá cómo puede apelar nuestra decisión en caso de no estar conforme.

Puede llamar a Health Net Access o a su médico de atención primaria en caso de que necesite ser remitido a cuidados especializados.

Si tiene alguna duda sobre las denegaciones, llame al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711). Para más información sobre cómo rellenar una apelación sobre una autorización denegada, consulte la sección “*Reclamaciones: ¿Qué hago si no estoy satisfecho?*” de esta guía.

Tenga en cuenta que: Los miembros pueden obtener citología cervical o exploraciones de mamografía (*pasados los 40 y a cualquier edad si se considera médicamente necesario*) una vez al año sin que le remita su médico de atención primaria. Póngase en contacto con el Servicio para miembros para más información sobre citología cervical y colonoscopias.

Su médico de atención primaria puede aconsejarle que acuda a un especialista o

que recurra a servicios especiales. Su médico de atención primaria se encargará de concertar los servicios especiales que figuran más abajo. Algunos de estos servicios especiales requieren una autorización previa.

1. Evaluaciones nutricionales para miembros a partir de 21 años de edad.
2. Visitas de atención médica a domicilio
3. Trasplantes de órganos
4. Servicios de atención de enfermería especializados a domicilio
5. Servicios de rehabilitación, como fisioterapia, ocupacional y logopedia
6. Atención especializada
7. Cirugía
8. Algunos rayos X, escáneres y pruebas médicas
9. Equipos médicos duraderos, como sillas de ruedas u oxígeno

Health Net Access ofrece libertad a sus miembros a la hora de seleccionar los doctores dentro de nuestra red. Puede cambiar de médico de atención primaria en cualquier momento que se den las siguientes situaciones:

- Su médico de atención primaria ya no está en su zona.
- Por motivos religiosos o morales, su médico de atención primaria, no ofrece los servicios que busca
- Quiere el mismo médico de atención primaria que otros miembros de la familia
- No se siente cómodo hablando con su médico de atención primaria
- La consulta de su médico de atención primaria está demasiado lejos

CÓMO OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN

Usted tiene el derecho de tener una segunda

opinión de un profesional calificado de la atención de la salud dentro de la red. Si no hay uno disponible en la red, tiene el derecho a una segunda opinión fuera de la red sin costo para usted. Lo ayudaremos a coordinar la visita para la segunda opinión.

ATENCIÓN FUERA DE LA RED DE HEALTH NET ACCESS

En casos especiales podría obtener servicios fuera de su condado y fuera de nuestra red. Esto incluye:

1. Servicios de emergencia y atención urgente
2. Servicios especializados cuando no estuviera disponible un especialista dentro de nuestra red
3. Cuando lo organice su doctor y haya sido aprobado por nuestro plan como atención médicamente necesaria

Póngase en contacto con el Servicio para miembros si desea más información a este respecto.

Los indígenas americanos miembros tienen la posibilidad de recibir atención médica de cualquier proveedor de Servicio de Salud Indígena o de cualquier institución administrada y que sea propiedad de un grupo tribal.

¿QUIÉN ME PROPORCIONA ATENCIÓN MÉDICA?

SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA LE PROPORCIONA LA MAYORÍA DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Su médico de atención primaria es el "portero" de todos los servicios que reciba. Puede que su médico de atención primaria le

proporcione servicios médicos o puede que planifique para que los obtenga de otro proveedor (a veces llamado especialista).

Debe ver a su médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor o antes de intentar obtener servicios fuera. Además, nuestro plan puede coordinar la atención con colegios y agencias estatales, tal como dicta la ley.

No hace falta que visite a su médico de atención primaria para los siguientes servicios:

- Servicios de emergencia,
- Cobertura de servicios para salud mental,
- Servicios de ginecología/obstetricia, y
- Servicios dentales para niños menores de 21 años.

¿CÓMO ELEGIR O CAMBIAR DE MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?

Es importante que elija a un médico de atención primaria con el que se sienta cómodo. Cuando tiene un médico de atención primaria que le gusta, este podrá ayudarle mejor con su atención médica. Esta relación es muy importante para proporcionarle la atención médica que necesita. Puede encontrar una lista de nuestros doctores en nuestra web en www.healthnetaccess.com o llamando al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408, TTY/TDD: 711). Para más información, consulte la sección "*Directorio de proveedores*" de esta guía.

Si necesita cambiar de médico de atención primaria, llame al Servicio para Miembros para solicitar ayuda. Un cambio de médico de atención primaria puede hacerse efectivo en la misma fecha de solicitud. Sin embargo, le animamos a que no cambie de médico de atención primaria más de dos veces al año.

¿CÓMO PUEDEN AYUDARLE LAS VISITAS MÉDICAS A CONSERVAR SU SALUD?

- Asegúrese de que los niños de menos de 21 años acuden a sus exámenes rutinarios anuales y reciben sus vacunaciones.
- Los adultos de 21 años o mayores deben acudir a sus revisiones médicas anuales y deberán visitar a su médico de atención primaria cuando desarrollen algún síntoma o enfermedad, o para el cuidado habitual de una enfermedad crónica.
- Programe revisiones preventivas tales como citologías cervicales, mamografías (*pasados los 40 y a cualquier edad si se considera médicamente necesario*) y exploraciones de cáncer una vez al año. Hable con su doctor sobre otras exploraciones importantes o tests preventivos, tales como colonoscopias, exámenes de próstata, pruebas de diabetes o de colesterol.
- Conserve su cita para las pruebas que su doctor haya solicitado para usted.
- Sepa por qué es importante que se haga estas pruebas y qué podría pasar si no lo hiciera.
- Pídale a su doctor que le ayude a cuidarse mejor.

CÓMO CONCERTAR, CAMBIAR O CANCELAR UNA CITA

Cómo concertar una cita:

- Llame a su médico de atención primaria o especialista para programar su cita.
- Proporcionele a la consulta del proveedor su nombre, su número de identificación de AHCCCS (aparece en la parte frontal de su tarjeta de

identificación de Health Net Access), el nombre de su doctor y por qué necesita verle.

Cómo cambiar una cita:

- Llame a la consulta de su doctor al menos 24 horas antes.
- Informe a la consulta del doctor de: su nombre, su número de identificación de AHCCCS, la fecha de su cita y solicite una nueva fecha para ver a su doctor.

Cómo cancelar una cita:

- Llame a la consulta de su doctor 24 horas antes.
- Informe a la consulta del doctor de que desea cancelar su cita y proporcionele: su nombre, su número de identificación AHCCCS y la fecha de su cita.
- Si ya estuviese reservado, llame al Servicio para miembros para cancelar los servicios de transporte o de interpretación cuando ya no los necesite.
- Si no tiene posibilidad de contactar con la consulta de su doctor y necesita ayuda, llame al Servicio para miembros.

REVISIONES MÉDICAS

Las revisiones médicas (exámenes rutinarios) que incluyen, entre otros: exámenes ginecológicos, exámenes de mama y exámenes de próstata, están cubiertas para miembros a partir de 21 años. La mayoría de las revisiones médicas (también llamadas chequeos) incluyen la elaboración de historias clínicas, exámenes físicos, pruebas de detección preventiva,

asesoramiento médico y vacunaciones necesarias. Consulte el servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés) para miembros menores de 21 años.

SERVICIOS DE REVISIONES ANUALES PREVENTIVAS PARA MUJERES

Las visitas rutinarias preventivas para mujeres son chequeos médicos que realiza su doctor anualmente sin gastos adicionales para usted. Esto quiere decir que las visitas rutinarias preventivas para mujeres no generan cargos de copago u otro tipo.

¿Qué es una visita rutinaria preventiva para mujeres?

La atención preventiva le ayuda a mantenerse sana y a evitar que se ponga enferma. Las visitas preventivas anuales para mujeres son una prestación cubierta que obtiene al ser miembro de Health Net Access. Obtiene servicios como:

- Exámenes físicos de su salud en general.
- Exámenes de mama.
- Exámenes pélvicos.
- Vacunaciones y pruebas atendiendo a su edad y cualquier factor de riesgo.
- Sugerencias sobre cómo llevar un estilo de vida saludable y reducir los riesgos contra la salud.

Llame para pedir una cita

Es importante que visite anualmente al doctor principal que figura en su tarjeta de identificación. Si necesita transporte para acudir a la cita con su doctor, llame al Servicio para miembros de Health Net Access en 1-888-788-4408. Podemos ayudarlo.

Visite la página web de Health Net Access en www.healthnetaccess.com para obtener más información sobre su plan de salud. También encontrará información sobre bienestar para ayudarlo a mantenerse sano.

Nota importante: Las mujeres afiliadas tienen acceso directo a asistencia preventiva y revisiones rutinarias de un ginecólogo de la red de contratistas sin necesidad de tener que ser remitidas por parte de su médico de atención primaria.

REVISIÓN MÉDICA INFANTIL / SERVICIO DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO Y PERIÓDICO (EPSDT)*

El servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés) es un programa médico infantil integral que facilita la prevención, tratamiento, corrección y mejora de afecciones físicas y mentales a miembros de AHCCCS menores de 21 años.

El propósito del EPSDT consiste en asegurar la disponibilidad y accesibilidad de recursos de atención médica, así como la orientación a beneficiarios de Medicaid para que utilicen estos recursos de manera eficaz.

Los servicios EPSDT proporcionan atención sanitaria integral mediante la prevención primaria, la intervención temprana, el diagnóstico, los tratamientos médicos necesarios y un seguimiento de problemas de salud físicos y mentales para miembros de AHCCCS menores de 21 años de edad. Los servicios EPSDT incluyen servicios de detección preventiva, servicios oftalmológicos, servicios dentales, servicios auditivos y otros servicios médicamente necesarios obligatorios y opcionales incluidos en la legislación federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar anomalías, enfermedades y afecciones físicas y mentales identificadas en una exploración de EPSDT, tanto si los servicios están cubiertos por el plan estatal de AHCCCS como si no. No se aplican limitaciones o exclusiones a los servicios EPSDT, aparte de los requisitos de necesidad médica y efectividad de costos.

Una consulta rutinaria infantil es sinónimo de una consulta EPSDT e incluye todas las pruebas de exploración y servicios descritos en AHCCCS EPSDT y en los programas dentales periódicos.

Cantidad, duración y alcance: la Ley Medicaid establece que los servicios EPSDT incluyen servicios de detección preventiva, servicios oftalmológicos, servicios dentales, servicios auditivos y "cualquier otro servicio de atención médica, servicio de diagnóstico, tratamiento y medida descrita en la legislación federal

subsección 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar anomalías y enfermedades y afecciones físicas y mentales identificadas en un prueba de detección preventiva de EPSDT, ya sean o no los servicios cubiertos por el plan estatal (AHCCCS)".

Esto significa que los servicios cubiertos por EPSDT incluyen servicios que corrigen o mejoran anomalías, enfermedades y afecciones físicas y mentales identificadas en un prueba de detección preventiva cuando estos servicios se incluyan en alguna de las 29 categorías opcionales y obligatorias de "asistencia médica" como se recoge en la Ley Medicaid. Los servicios cubiertos por EPSDT incluyen las 29 categorías de servicios de la legislación federal incluso cuando no se incluyan como servicios cubiertos en el plan estatal de AHCCCS, sus estatutos, reglamentos y políticas siempre y cuando los servicios sean rentables y necesarios por razones médicas.

EPSDT incluye, entre otros, cobertura de servicios hospitalarios internos y externos, servicios de laboratorio y rayos X, servicios de atención médica, servicios de profesionales de enfermería, medicamentos, servicios dentales, servicios terapéuticos, servicios de salud mental, suministros médicos, prótesis, lentes, transporte y servicios de planificación familiar. EPSDT también incluye diagnósticos, pruebas de detección preventiva y servicios de rehabilitación. Sin embargo, los servicios EPSDT no incluyen servicios únicamente con fines cosméticos o que no sean rentables en comparación con otras intervenciones disponibles.

El programa de revisión infantil* incluye los siguientes procedimientos y pruebas que AHCCCS recomienda que se lleven a

cabo o siempre que se recomienda médicamente:

- Evaluación de historial médico
- Las medidas de altura y peso, incluido el Índice de Masa Corporal (IMC) para aquellos de 24 meses o mayores.
- El perímetro cefálico desde el nacimiento hasta los 24 meses
- La presión sanguínea, la necesidad de medir la presión sanguínea en niños recién nacidos hasta los 24 meses deberá recomendarla el médico de atención primaria.
- Evaluación nutricional
- Examen de visión
- Examen de audición y habla
- Evaluación de desarrollo y relación
- Examen físico
- Vacunaciones
- Prueba de tuberculina (tuberculosis), para miembros en riesgo de edades entre 12 meses hasta 20 años
- Prueba del hematocrito/hemoglobina
- Prueba de orina
- Detección de plomo / Prueba verbal
- La prueba de detección de plomo y la de concentración de plomo en sangre en edades de entre 12 y 24 meses y entre 36 y 72 meses si no se han hecho pruebas previas
- Consejos preventivos
- Exploración de displidemia
- Pruebas de displidemia (una vez entre los 18 y los 20 años)
- Pruebas de ITS (evaluación de riesgo para aquellos entre 11 y 20 años)
- Pruebas de displasia cervical (evaluación de riesgo para aquellos entre 11 y 20 años)
- Evaluación de salud dental cada 6 meses.
- Su médico de atención primaria quizás le recomiende aplicar fluoruro durante estas visitas, comenzando a los 6 meses de edad con al menos un

diente, y podría repetirse cada 6 meses hasta los dos años de edad.

- Remisión dental Se recomienda que el primer examen se haga al año de edad. Repita visitas de salud dental cada 6 meses o tal y como indique el estado de riesgo del niño o la posibilidad de enfermedad. Para más información sobre cobertura de salud dental, diríjase a la sección de "*Salud dental*" de este documento.

La revisión médica infantil también le dará ideas de cómo:

- Mantener a sus niños sanos
- Evitar que se lastimen
- Identificar a tiempo problemas de salud
- Solicitar servicios como el Programa de mujeres, infantes y niños (WIC), Head Start, Programa de rehabilitación infantil (CRS) y el Programa de intervención temprana de Arizona (AzEIP)

Todos los niños deberían ver a su doctor con regularidad para revisiones médicas infantiles. Los chequeos de salud infantil deberían hacerse a las siguientes edades o a cualquier otra si se recomienda médicamente:

- Recién nacidos
- 3-5 días de edad
- 1 mes
- 2 meses de edad
- 4 meses de edad
- 6 meses de edad
- 9 meses de edad
- 12 meses de edad
- 15 meses de edad
- 18 meses de edad
- 24 meses de edad
- Anualmente desde los 3 a los 20 años de edad

Le enviaremos un recordatorio sobre chequeos de salud infantil. Pida una cita con su médico de atención primaria. Es importante que su hijo acuda a todos los chequeos de salud infantil.

**Una revisión médica/chequeo es lo mismo que un servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés).*

Nota importante: Las mujeres afiliadas tienen acceso directo a asistencia preventiva y revisiones rutinarias de un ginecólogo de la red de contratistas sin necesidad de tener que ser remitidas por parte de su médico de atención primaria.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los servicios de planificación familiar están a disposición de miembros de cualquier género en edad reproductiva. El servicio de Planificación familiar le ayudará a decidir cuándo tener hijos. Nuestros proveedores pueden ayudarle a elegir los métodos de control de natalidad que funcionen mejor para usted. El servicio de planificación familiar no requiere ningún copago y está a su disposición sin costo. Puede solicitar el servicio de planificación familiar de cualquier médico de atención primaria o ginecólogo de la red. No es necesaria una remisión de su médico de atención primaria.

Los siguientes métodos de control de natalidad se ofrecen sin costo alguno para usted:

- Asesoramiento sobre el control de la natalidad

- Pastillas de control de natalidad o anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), preservativos, diafragmas, espumas y supositorios
- Planificación familiar natural y remisión a profesionales médicos calificados
- Anticonceptivos poscoitales de emergencia (también conocidos como la pastilla del día después)
- Esterilización solo para miembros de 21 años o más.

Tenga en cuenta que: Esta no es una lista integral de los métodos de control de natalidad que se cubren.

Los siguientes servicios no se cubren dentro de planificación familiar:

- Servicios de infertilidad, incluidas pruebas, tratamientos, o reversión de esterilización histeroscópica o vasectomía
- Asesoramiento sobre la interrupción del embarazo
- Interrupción del embarazo, a no ser que usted cumpla los requisitos descritos en la sección anterior *Interrupción del embarazo por razones médicas*.
- Histerectomías si se hacen solo por planificación familiar

Además, queremos que pueda obtener atención médica si pierde su elegibilidad con AHCCCS. Esta guía recoge una lista de clínicas que ofrecen atención médica de bajo costo o sin costo alguno. Llame a las clínicas para obtener más información sobre los servicios y los costos. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Servicio para Miembros de Health Net Access al 1-888-

788-4408 (TTY/TDD: 711).

Si pierde elegibilidad para los servicios de AHCCCS, Health Net Access puede ayudarle a localizar servicios de planificación familiar de bajo costo o sin costo alguno, o puede llamar al Departamento de Servicios de Salud de Arizona al 1-800-833-4642. Planned Parenthood proporciona servicios de planificación familiar a bajo costo.

ATENCIÓN A LA MATERNIDAD

Cuando se queda embarazada, queremos que su embarazo y su bebé sean saludables. La atención a la maternidad incluye la identificación del embarazo, la atención prenatal y la asistencia durante y después del parto.

La **Coordinación de la atención a la maternidad** está formada por las siguientes actividades relacionadas con la atención a la maternidad: la determinación de las necesidades sociales o médicas de un miembro mediante la evaluación del riesgo; el desarrollo de un plan de atención diseñado para abordar estas necesidades; y el monitoreo de remisiones para garantizar que se reciben los servicios y la revisión del plan de atención, según resulte apropiado.

Los **Servicios de asesoramiento previos a la concepción**, como parte de las visitas rutinarias de las mujeres, se brindan cuando resulta médicamente necesario. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y la administración de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye las labores para influir comportamientos que pueden afectar al feto (incluso antes de confirmar la concepción), así como la atención médica regular. El objetivo del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que una mujer está sana antes del

embarazo. El asesoramiento previo a la concepción no incluye pruebas genéricas.

Identificación del embarazo

En cuanto crea que está embarazada, llame a su médico de atención primaria para hacer una prueba de embarazo. Cuando sepa que está embarazada, es importante elegir un proveedor de atención prenatal. Tenga en cuenta que: Su proveedor de atención prenatal también puede servir como médico de atención primaria. Llame al Servicio para miembros para elegir un proveedor de atención prenatal que sea bueno para usted. Luego llame al proveedor para concertar su primera cita. No necesitará una remisión para ver a un proveedor de atención prenatal. Hay diferentes tipos de proveedores de atención prenatal entre los que puede elegir. Puede elegir un doctor especializado en embarazos (también conocido como obstetra), una matrona certificada, una matrona autorizada (si tiene más de 18 años y no tiene un riesgo elevado), una enfermera practicante o un auxiliar médico.

Atención prenatal

La atención prenatal es la atención médica brindada durante el embarazo y está formada por tres elementos fundamentales:

1. La evaluación temprana y continua de los riesgos
2. La educación y promoción de la salud, y
3. Monitoreo, intervención y seguimiento médico.

Llame y pida su cita tan pronto como sepa que está embarazada. **Tenga en cuenta que: Es muy importante acudir a todas sus citas prenatales tal y como se acuerden con su proveedor.** Durante su atención

prenatal las visitas a su proveedor pueden proporcionarle lo siguiente:

- Chequeos (incluidos de presión sanguínea, control de peso, chequeo del movimiento y crecimiento de su bebé, y escuchar el latido del corazón de su bebé)
- Las pruebas que necesite, tales como análisis de sangre y de orina para comprobar que goza de buena salud.
- Chequeo de infecciones, incluidas las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. NOTA: Las pruebas voluntarias y el asesoramiento de VIH están disponibles para miembros.
- Muestre sus prescripciones de vitaminas prenatales u otra medicación que le prescriba su doctor.

Cuando sepa que está embarazada, su proveedor debe verla dentro de:

- Catorce (14) días si está en su primer trimestre
- Siete (7) días si está en su segundo trimestre
- Tres (3) días si está en su tercer trimestre
- Tres (3) días en caso de embarazo de alto riesgo o de forma inmediata si es una emergencia.

Si no puede concertar una cita dentro de estos márgenes de tiempo, llame al Servicio para miembros para que le ayuden a concertar una cita a tiempo. Llame al Servicio para miembros si necesita transporte a sus citas de atención prenatal.

Durante sus visitas de atención prenatal, su proveedor le explicará cómo mantenerse saludable durante su embarazo. Puede que su proveedor le hable de:

- Hábitos de alimentación saludables
- Ejercicio durante el embarazo
- No fumar, no beber alcohol ni consumir otras drogas durante el embarazo
- Los típicos cambios que su cuerpo experimentará durante el embarazo
- Cuándo llamar a su proveedor de inmediato por cambios de salud

En su primera visita, su proveedor hará también una evaluación del riesgo para identificar sus necesidades, médicas, mentales y sociales. Sus preguntas y necesidades le mostrarán al doctor cómo estructurar el embarazo. En ese momento, su doctor la referirá a las consultas de servicio comunitario y para poder coordinar los recursos. Algunos ejemplos de las consultas de servicio comunitario son el programa Mujeres, infantes y niños (WIC) y otros programas de asistencia estatal como el Departamento de seguridad económica (DES). El DES proporciona ayuda económica a residentes de Arizona que cumplan los requisitos al solicitar la prestación. Su plan de atención para el embarazo podrá cambiarse cuando sea necesario. Si necesita ayuda durante su embarazo, llame al Servicio para miembros y le ayudaremos. Health Net Access cuenta con administradores de casos para ayudar a nuestros proveedores con la coordinación de la atención a la maternidad. Puede cambiar de proveedores o de plan durante su embarazo. Si necesita ayuda, los administradores de casos pueden ayudarle. Llame al Servicio para miembros si necesita ayuda por cualquiera de las siguientes razones:

PRUEBAS DE VIH/SIDA

Existen servicios de pruebas de VIH/SIDA confidenciales voluntarias disponibles para miembros (**incluidos miembros prenatales**), además de asesoramiento para aquellos que reciban un resultado positivo. Cenpatico IC puede ayudarle. Llame al Servicio para miembros de Health Net Access para más información sobre pruebas confidenciales o servicios de asesoramiento.

Embarazo de alto riesgo

Embarazo de alto riesgo es un embarazo en el que la madre, el feto o el neonato se prevé o está en riesgo de morbilidad o fallecimiento antes o después del parto. El nivel de alto riesgo se determina con el uso de las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de la Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Estos formularios los completa su obstetra durante su visita con él.

Su embarazo puede ser de alto riesgo si usted o su bebé padecen alguna circunstancia que pueda hacerles enfermar durante el embarazo o después del parto. Health Net Access cuenta con administradores de casos que pueden ayudarle con su embarazo de alto riesgo sin costo para usted. Nuestros administradores de casos podrán responder a sus preguntas y ayudarle con sus citas o sus remisiones. Si desea hablar con uno de nuestros administradores de casos, llame al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711).

Asistencia durante y después del parto

Cuando nazca el bebé (el embarazo dura normalmente 40 semanas hasta el parto), su proveedor le ayudará a dar a luz a su bebé en un hospital o centro de natalidad. Los hospitales se enumeran en el Directorio de

proveedores. Si su embarazo no es de alto riesgo, podrá dar a luz a su bebé en casa con un médico acreditado, practicante o matrona autorizada.

- El practicante designa a enfermeras practicantes certificadas en asistencia al parto, a asistentes de médicos y a otras enfermeras practicantes.
- Una matrona autorizada es una profesional autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona para que brinde atención a la maternidad de conformidad con los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.) Título 36, Capítulo 6, Artículo 7 y del Código Administrativo de Arizona Título 9, Capítulo 16. (Este tipo de proveedor no incluye las matronas certificadas autorizadas por la Junta de Enfermería como enfermeras practicantes en asistencia al parto o asistentes médicos autorizados por la Junta Médica de Arizona).
- Una matrona certificada es una profesional que tiene la certificación del American College of Nurse-Midwives tras un examen de certificación nacional y tiene la licencia para ejercer en Arizona según la Junta Estatal de Enfermería. Una matrona certificada practica la administración independiente del cuidado a mujeres embarazadas y neonatos, brindando atención antes, durante y después del parto, así como asistencia ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención médica que ofrece asesoramiento médico, administración colaborativa o remisiones.

Atención posparto

La atención posparto es la atención médica que se brinda hasta los 60 días posteriores al parto. Estas se llaman visitas posparto. Esta fase final de la atención a la maternidad es muy importante y no debe evitarse incluso si su parto fue bien. Su proveedor la examinará para identificar sus necesidades de atención médica y salud mental después del nacimiento de su bebé. Muchas mujeres pueden sentirse tristes o deprimidas después de que nazca su bebé. Comuníquese a su proveedor si experimenta estas emociones. La depresión se puede tratar. Es importante dejar que alguien lo sepa que se siente deprimida. Los servicios de planificación familiar están incluidos si los brinda un médico o un practicante. Llame al Servicio para miembros para concertar una cita.

Nota importante: Los servicios de planificación familiar están a disposición de miembros de cualquier género en edad reproductiva. El servicio de planificación familiar no requiere ningún copago y está a su disposición sin costo. Puede solicitar el servicio de planificación familiar de cualquier médico de atención primaria o ginecólogo de la red. No es necesaria una remisión de su médico de atención primaria.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR RAZONES MÉDICAS

Solo en casos especiales la interrupción del embarazo será un servicio cubierto por AHCCCS. AHCCCS cubre la interrupción del embarazo si se cumplen los siguientes criterios:

1. La embarazada sufre un trastorno psíquico, lesión física o enfermedad grave incluyendo una enfermedad que ponga en riesgo su vida, según certifique un doctor, causada o derivada del embarazo en sí mismo,

y que no pueda solucionarse a menos que se interrumpa el embarazo.

2. El embarazo es el resultado de un incesto
3. El embarazo es el resultado de una violación
4. La interrupción del embarazo es necesaria por razones médicas según el juicio de un doctor acreditado, que afirma que, con una alta probabilidad, la continuación del embarazo podría suponer graves problemas de salud físicos o mentales para la embarazada al:
 - a. Crear un problema de salud físico o mental grave para la embarazada
 - b. Dañar de gravedad una función corporal de la embarazada
 - c. Causar la disfunción de un órgano vital de la embarazada
 - d. Agravar un problema de salud que tenga la embarazada
 - e. Impedir que la embarazada pueda recibir un tratamiento para curarse de un problema existente.

RECURSOS FAMILIARES

**LÍNEA GRATUITA SOBRE EMBARAZOS Y LACTANCIA
1-800-833-4642**

PROGRAMA ESPECIAL DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS (WIC)

Como miembro, puede ser apto para el programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC). El WIC ayuda a familias con niños

pequeños para que obtengan comida y fórmula para lactantes; además, ofrece clases de nutrición. El WIC atiende a mujeres embarazadas, lactantes y posparto, así como a infantes y niños menores de cinco años. Para más información o si necesita ayuda para encontrar una oficina del WIC en su zona, llame al 1-800-252-5942.

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA

Con la condición de disponer de una autorización previa aprobada, nuestro plan cubre calzones para la incontinencia (pañales), incluidos calzones de aprendizaje para aquellos miembros de entre 3 y 20 años que presenten necesidades médicas documentadas. Las aprobaciones para calzones para la incontinencia tienen una validez de un año. Si su hijo ha sido diagnosticado con algún problema de salud, le ayudaremos para que su hijo sea remitido a un programa especial de salud para niños con necesidades especiales de atención médica, que proporciona servicios a través del Programa de rehabilitación infantil (CRS). Si tiene alguna duda sobre las denegaciones, llame al Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711).

SALUD DENTAL

Miembros de menos de 21 años de edad

Todos los chequeos de salud dental, limpiezas y tratamientos están cubiertos para los miembros de menos de 21 años. No es necesario una remisión médica para ir a ver a un dentista. Al año, se cubren dos (2) visitas rutinarias y preventivas para miembros de menos de 21 años. Es importante que lleve a sus hijos al dentista dos veces al año para mantener sus dientes sanos. Desde el momento en que aparezca el

primer diente, el niño deberá visitar a su dentista para un chequeo cada seis meses.

Cada miembro de menos de 21 años ha de tener un Hogar de Atención Dental. Un Hogar de Atención Dental es un dentista asignado que le proporcionará a usted o a su hijo la atención dental necesaria. Llame al Servicio para miembros para seleccionar un dentista o se le asignará uno. Si se le asigna un dentista que no quiere, o si ya acude a un dentista dentro de nuestra red y está contento con él, por favor llame al Servicio para miembros para solicitar que le mantengan con ese dentista.

Health Net Access envía cartas de recordatorio de chequeos dentales a sus miembros. Es importante acudir a las visitas concertadas porque su dentista puede ayudarle a prevenir caries. Pueden usar sellantes dentales (capa protectora de plástico pintada por detrás de los dientes), así como tratamientos de fluoruro. Los dentistas también pueden enseñarle a usted y a sus hijos cómo cuidar de sus dientes.

Los siguientes servicios de rutina dental solo están cubiertos para miembros menores de 21 años:

- Exámenes dentales
- Limpiezas dentales
- Empastes de caries
- Rayos X para detectar problemas dentales
- Aplicaciones de fluoruro
- Sellantes dentales
- Servicios dentales de emergencia

Utilice estos lineamientos para programas las citas de su hijo:

- Citas dentales de emergencia: pida una cita para ese mismo día en casos de dolores extremos y emergencias dentales.
- Citas dentales urgentes: dentro de 3

días para empastes perdidos o dientes rotos.

- Citas dentales rutinarias: dentro de 45 días, para chequeos rutinarios y limpiezas dentales.
- Asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación de Cenpatico Integrated Care a su cita dental.

Miembros de 21 años y mayores

Está cubierta una serie de servicios dentales limitados. Los miembros adultos a partir de 21 años de edad con servicios dentales de emergencia tienen un límite de \$1000 por miembro y año contractual. AHCCCS cubre servicios médicos y de quirófano relacionados con atención (oral) solo en la medida en la que dichos servicios se presten de acuerdo con las leyes del estado por parte de un médico o de un dentista, siempre que los servicios se consideren servicios médicos si los realiza un médico. El servicio dental cubierto para miembros a partir de 21 años debe estar relacionado con el tratamiento de una afección médica tales como la pérdida de un diente(s) por traumatismo, quiste o tumor, o fractura de mandíbula. El servicio dental cubierto incluye un examen bucal, rayos X, asistencia ante fracturas de la mandíbula o boca, derecho a anestesia y medicamentos para el dolor y antibióticos. También se cubren algunos servicios previos a los trasplantes relacionados con la eliminación de infecciones orales y tratamientos de enfermedades orales (tales como limpiezas dentales, empastes, sencillas restauraciones o extracciones) y las extracciones profilácticas de dientes en preparación para la radiación en el tratamiento de cáncer en la mandíbula, cuello o cabeza.

Es importante visitar al dentista para chequeos dos veces al año todos los años. Llame al Servicio para miembros para concertar una cita dental. Cuando haya

encontrado un proveedor dental, llame a su consulta para cambiar o cancelar citas.

COBERTURA EN FARMACIAS: ¿CÓMO CONSIGO MEDICAMENTOS RECETADOS?

Health Net Access ha contratado a todas las farmacias principales dentro de nuestra área de servicio y a las farmacias independientes. Si tiene una pregunta acerca de las farmacias de nuestra red, llame a nuestra línea de Servicios para Miembros. Es importante recordar que Health Net Access aprueba únicamente las prescripciones que provienen de farmacias de nuestra área de servicio.

Si necesita obtener medicación de una farmacia después del horario normal, en fines de semana o en festivos, todas las prescripciones deben ser dispensadas en una farmacia de la red de Health Net Access. Si necesita servicios farmacéuticos después del horario normal, en fines de semana o en festivos, existen muchas farmacias abiertas las 24 horas todos los días de la semana.

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, o si ha sido rechazado en el punto de venta, llame a Servicios para Miembros al número 1-888-788-4408 o TTY/TDD: 711).

Si necesita medicamentos, su doctor escogerá uno de nuestra lista de medicamentos cubiertos y le hará una prescripción. Pregunte a su doctor para asegurarse de que el medicamento se incluye en el listado de medicamentos cubiertos.

Si el medicamento que su doctor considera que necesita no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos y no puede tomar ninguna otra medicación excepto la prescrita, su doctor podrá solicitarnos previa autorización. Algunos medicamentos sin receta también están cubiertos cuando su doctor le ha escrito una prescripción. Todas las prescripciones han de ser dispensadas en una farmacia del listado del Directorio de proveedores. Si tiene otro seguro además de Medicare Parte D, solo costaremos los copagos (si fuere aplicable) si el medicamento está también en nuestra lista de medicamentos cubiertos.

Si necesita medicamentos, su doctor escogerá uno de nuestra lista de medicamentos cubiertos. Pregunte a su doctor para asegurarse de que el medicamento se incluye en el listado de medicamentos cubiertos.

Si el medicamento que su doctor considera que necesita no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos y no puede tomar ninguna otra medicación excepto la prescrita, su doctor podrá solicitarnos previa autorización. Algunos medicamentos sin receta también están cubiertos cuando su doctor le ha escrito una prescripción. Todas las prescripciones han de ser dispensadas en una farmacia del listado del Directorio de proveedores. Si tiene otro seguro además de Medicare Parte D, solo costaremos los copagos (si fuere aplicable) si el medicamento está también en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Para más información, consulte la sección “*Copagos (Copagos AHCCCS)*” de esta guía.

QUÉ NECESITA SABER DE SU NUEVA PRESCRIPCIÓN

Su doctor o dentista puede darle una prescripción de medicación. Asegúrese de

que su doctor sepa si toma cualquier otra medicación de otros médicos o si compra medicación por su cuenta, incluida aquella sin prescripción o productos de herbolario.

Cuando recoja su prescripción, el farmacéutico le explicará su nueva prescripción. Pregúntele a su farmacéutico sobre cómo debe tomar el medicamento y cualquier efecto secundario que pudiera surgir. La farmacia también le proporcionará información impresa sobre el medicamento cuando complete su prescripción. Le explicará qué debe y qué no debe hacer y los posibles efectos adversos que puede provocar.

REABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS

La etiqueta de su medicamento le indica cuántas veces tendrá que reabastecerse del medicamento que su doctor ha solicitado para usted. Si su doctor le ha asignado reabastecimiento de medicamentos, no podrá obtener más de un reabastecimiento para 30 días en cada ocasión. Llame a su farmacia para un reabastecimiento de medicamentos, ellos le informarán de cuándo puede pasar a recogerlo.

Si su doctor no le ha asignado reabastecimiento de medicamentos, usted o la farmacia debe llamar a su médico **antes** de que se agote su medicamento. Hable con su médico o farmacia sobre obtener un reabastecimiento de medicamentos. Es posible que su doctor quiera verle antes de autorizar un reabastecimiento.

¿QUÉ DEBO HACER SI LA FARMACIA NO PUEDE DISPENSAR MI PRESCRIPCIÓN?

Llame al Servicio para miembros y le ayudaremos a averiguar por qué no se puede dispensar su prescripción. A veces, el seguro principal puede haberse escrito mal o puede

que sea demasiado pronto para un reabastecimiento de medicamentos. Otras veces, la medicación no está en nuestra lista de medicamentos: nuestra lista de medicamentos cubiertos. Si la farmacia rechaza o no dispensa su prescripción, consulte si usted y la farmacia pueden llamar al Servicio para miembros juntos para averiguar qué sucede. Colaboraremos con usted y con la farmacia para dar con la mejor opción para usted.

Si tiene problemas en la farmacia (incluso si le rechazan en la farmacia cuando intenta obtener su prescripción) fuera del horario habitual, en fines de semana o en festivos, póngase en contacto con el Servicio para miembros en el 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 711).

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA MIEMBROS DE AHCCCS CON COBERTURA DE MEDICARE PARTE D (MIEMBROS "DOBLE ELEGIBLES")

AHCCCS **no paga** ningún medicamento pagado por Medicare Parte D ni el costo compartido de los mismos. El costo compartido se refiere al coaseguro, los deducibles o los copagos.

AHCCCS **no paga** barbitúricos para tratar la epilepsia, el cáncer o problemas de salud mental ni benzodiacepinas para miembros con Medicare. AHCCCS paga barbitúricos para miembros de Medicare que **no** se utilicen para tratar la epilepsia, el cáncer o situaciones crónicas de salud mental.

FARMACIAS EXCLUSIVAS

Health Net AHCCCS puede asignarles a los miembros farmacias exclusivas. Las farmacias exclusivas las selecciona el miembro o las asigna Health Net AHCCCS para proporcionar todos los medicamentos necesarios. Se podrán asignar farmacias

exclusivas a los miembros si:

Ha utilizado lo siguiente en los últimos 3 meses:

Más de cuatro prescriptores; y

Más de cuatro medicamentos distintos de abuso potencial; y

Más de cuatro farmacias.

O

Ha recibido 12 o más medicaciones en los últimos tres meses.

O

Ha presentado una prescripción falsificada o alterada en la farmacia.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Como miembro de AHCCCS, también podrá disfrutar de una amplia gama de beneficios de salud mental proporcionados por la Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA) en su condado.

Su médico de atención primaria podrá ayudarle si usted padece depresión (incluida la depresión "posparto"), ansiedad o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA). Su médico de atención primaria le dará medicinas, supervisará cómo funcionan y solicitará las distintas pruebas para descartar otras causas de su enfermedad. Llame directamente a su médico de atención primaria y solicite su ayuda si cree que padece depresión, ansiedad o TDHA. No necesita ser remitido por su médico de atención primaria para recibir otros servicios de salud mental.

El proveedor de la Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA) en el condado de Maricopa es Mercy Maricopa Integrated Care.

Si quiere acceder a los servicios de salud mental, llame directamente a Mercy

Maricopa Integrated Care usando los teléfonos que figuran más abajo para concertar una cita.

Mercy Maricopa Integrated Care

Teléfono: 1-602-586-1841 o 1-800-564-5465

Personas sordas o con discapacidad auditiva (TTY/TDD): 711

Página web:

<http://www.mercymaricopa.org/>

Cuando se ponga en contacto con su proveedor de la Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA), ellos le dirán a qué servicios puede optar. Si necesita cambiar de doctor de salud mental, hable con su proveedor de la Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA).

Los medicamentos que prescriba su proveedor de la Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA) entran dentro de su cobertura.

EMERGENCIAS DE SALUD MENTAL

Si tiene una emergencia de salud mental es importante que obtenga ayuda cuanto antes. Llame a la Línea en situaciones de crisis del condado de Maricopa disponible las 24 horas del día en el 1-602-222-9444 o el 1-800-631-1314 TTY 1-800-327-9254. **Llame directamente al 911 si tiene una emergencia médica que suponga un riesgo para su propia vida o si siente impulsos de hacerse daño a sí mismo o a otras personas.**

Los miembros (incluidos miembros que también cuentan con cobertura de Medicare) pueden ser elegibles para los siguientes servicios de salud mental:

- Servicios de administración de casos
- Gestión mental (cuidado terapéutico en el hogar, salud mental, auto

- ayuda/apoyo colaborativo)
- Medicación psicotrópica
- Ajuste y control de medicación psicotrópica
- Servicios de enfermería para salud mental
- Servicios en situaciones de emergencia o crisis
- Transporte médicamente necesario en situaciones de emergencia y de no emergencia
- Exploraciones, evaluaciones e intervenciones
- Asesoramiento y terapia individual, de grupos y familiar
- Estancias hospitalarias
- Instituto para enfermedades mentales (limitado)
- Laboratorio, radiología y servicio de imágenes médicas para regulación y diagnóstico de medicación psicotrópica
- Tratamiento con agonistas opiáceos
- Instalaciones para servicios de estancias de salud mental
- Asesoramiento sobre el abuso de sustancias (drogas y alcohol)
- Cuidado de reposo (con limitaciones)
- Servicios de atención a domicilio para salud mental
- Atención parcial (programa de supervisión de día, programa de terapia de día y programa médico de día)
- Rehabilitación psicosocial (formación de destrezas para la vida diaria, promoción de la salud, servicio de empleo con apoyo)

SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA MIEMBROS QUE TAMBIÉN TENGAN COBERTURA MEDICARE

Health Net Access también coordina su atención médica y beneficios con su seguro primario, Medicare o Medicare Advantage. Llame antes a su plan de Medicare o

Medicare Advantage para obtener servicios de salud mental.

Para obtener servicios de salud mental que no estén cubiertos por su plan de Medicare o Medicare Advantage, llámenos al **1-855-299-3196** (TTY/TDD: 711) para que le remitamos a un proveedor o para obtener ayuda a la hora de concertar una cita.

Cuando se ponga en contacto con nosotros le informaremos sobre los servicios a los que puede optar y le ayudaremos a elegir a su proveedor de salud mental.

VISIÓN DE ARIZONA PARA EL SUMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Todos los servicios de salud mental son suministrados de conformidad con los siguientes principios del sistema. AHCCCS respalda un sistema de suministro de salud mental que incluye:

1. Fácil acceso a la atención
2. Participación del receptor de servicios de salud mental y los miembros de su familia
3. Colaboración extendida a la comunidad
4. Innovación eficaz
5. Expectativa de mejora
6. Competencia cultural

LOS DOCE PRINCIPIOS PARA EL SUMINISTRO DE SERVICIOS A NIÑOS:

1. Colaboración con el niño y con la familia:
 - a. El respeto y la colaboración activa con el niño y los padres son la piedra

- angular para lograr resultados de salud mental positivos, y
 - b. Tanto padres como hijos son tratados como aliados en el proceso de diagnóstico; de igual modo, la planificación, suministro y evaluación de los servicios de salud mental se toman muy seriamente.
2. Resultados funcionales:
 - a. Los servicios de salud mental han sido diseñados e implementados para ayudar a los niños a lograr el éxito escolar, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y convertirse en adultos estables y productivos, y
 - b. La implementación del plan de servicios de salud mental estabiliza el estado del niño y minimiza los riesgos de seguridad.
3. Colaboración con otros:
 - a. Cuando los niños participan en múltiples sistemas con múltiples agencias, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa conjuntamente un plan de servicios de salud mental consolidado,
 - b. Los equipos centrados en los clientes planifican y suministran servicios, y
 - c. Cada equipo incluye al niño y a los padres, así como también a padres de acogida y personas importantes en la vida del niño invitadas a participar por el niño o los padres. El equipo también incluye a todas las demás personas necesarias para crear un plan eficaz, incluidos, si corresponde, el maestro del niño, el trabajador del caso del Departamento de Seguridad Infantil (DCS) y la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) del niño y el funcionario de libertad condicional del niño.
 - d. El equipo:
 - i. Desarrolla una evaluación común

- de las fortalezas y necesidades del niño y la familia
 - ii. Crea un plan de servicios individualizado
 - iii. Supervisa la implementación del plan
 - iv. Realiza ajustes al plan si no está siendo exitoso
- 4. Servicios accesibles:
 - a. Los niños tienen acceso a una amplia gama de servicios de salud mental, suficientes para garantizar que reciban el tratamiento que necesitan
 - b. Se ofrece administración del caso, si es necesario
 - c. Los planes de servicios de salud mental identifican el transporte que necesitan los padres y el niño para acceder a los servicios de salud mental, así como también la forma en que se ofrecerá la ayuda para el transporte, y
 - d. Los servicios de salud mental se adaptan o crean si son necesarios pero no están disponibles.
- 5. Buenas prácticas:
 - a. Los servicios de salud mental son provistos por personas competentes que son capacitadas y supervisadas
 - b. Los servicios de salud mental son suministrados de acuerdo con los lineamientos adoptados por ADHS que incorporan las “buenas prácticas” basadas en pruebas.
 - c. Los planes de servicios de salud mental identifican y abordan correctamente síntomas mentales que son reacciones a la muerte de un familiar; abuso o abandono; trastornos de aprendizaje y otras circunstancias traumáticas o atemorizantes similares; problemas de abuso de sustancias; necesidades de salud mental específicas de niños con discapacidades del desarrollo; conducta sexual inadaptada, incluidos comportamiento abusivo y conducta riesgosa; y la necesidad de estabilidad y de promover permanencia en las vidas de los miembros de la clase, especialmente miembros de la clase en cuidado de acogida, y
- d. Los servicios de salud mentales son evaluados y modificados continuamente si resultan ineficaces para lograr los resultados deseados.
- 6. Ámbito más adecuado:
 - a. Los niños reciben servicios de salud mental en sus hogares y en la comunidad en la medida que sea posible, y
 - b. Los servicios de salud mental son provistos en el ámbito más integrado apropiado para las necesidades del niño. Cuando se suministran en un ámbito residencial, el ámbito es el más integrado y el más similar al hogar que es apropiado para las necesidades del niño.
- 7. Puntualidad:
 - a. Los niños que se determina que necesitan servicios de salud mental son evaluados y atendidos de inmediato.
- 8. Servicios adaptados al niño y la familia:
 - a. Las fortalezas y necesidades únicas de los niños y sus familias imponen el tipo, la combinación y la intensidad de los servicios mentales provistos, y
 - b. Se alienta y ayuda a los padres y a los niños a articular sus propias fortalezas y necesidades, las metas que buscan y qué servicios piensan que necesitan para alcanzar estas metas.

9. Estabilidad:
 - a. Los planes de servicios de salud mental aspiran a reducir el número múltiple de asignaciones
 - b. Los planes de servicios identifican si un miembro de la clase está en riesgo de experimentar la ruptura de una asignación y, si es así, identifican las medidas que tomar para minimizar o eliminar el riesgo
 - c. Los planes de servicios de salud mental anticipan crisis que podrían desencadenarse e incluyen estrategias y servicios específicos que se emplearán si se desencadena una crisis
 - d. Para responder ante una crisis, el sistema de salud mental utiliza todos los servicios de salud mental adecuados para ayudar al niño a permanecer en el hogar, minimizar las rupturas en las asignaciones y evitar el uso inadecuado de la policía y el sistema de justicia penal, y
 - e. Los planes de servicios de salud mental anticipan y planifican en forma apropiada las transiciones en las vidas de los niños, lo que incluye transiciones a escuelas nuevas y asignaciones nuevas, además de las transiciones a servicios para adultos.

10. Respeto por el patrimonio cultural único del niño y la familia:
 - a. Los servicios de salud mental son provistos en un modo tal que respetan la tradición y el patrimonio cultural del niño y la familia, y
 - b. Los servicios se ofrecen en español para niños y padres cuyo idioma principal es el español.

11. Independencia:
 - a. Los servicios de salud mental apoyan y capacitan a los padres para

satisfacer las necesidades de salud mental de sus hijos y respaldan y capacitan a los niños en autocontrol, y

- b. Los planes de servicios de salud mental identifican la necesidad de los padres y los niños de capacitación y apoyo para participar como aliados en el proceso de evaluación, en la planificación, suministro y evaluación de servicios, además de garantizar que estén disponibles la capacitación y el apoyo, lo que incluye asistencia en transporte, debates avanzados y ayuda para entender material escrito.
12. Conexión con apoyos naturales:
 - a. El sistema de salud mental identifica y utiliza en forma correcta los apoyos naturales disponibles de la propia red de colaboradores del niño y los padres (incluidos amigos y vecinos) y de las organizaciones comunitarias (incluidas organizaciones de servicios y religiosas).

PRINCIPIOS RECTORES PARA LOS SERVICIOS Y SISTEMAS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL ADULTO

1. Respeto

El respeto es la piedra angular. Conocer a la persona en donde está, sin juzgarla, con mucha paciencia y compasión.

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

Una persona en recuperación tiene voz y voto. Su autodeterminación para promover los servicios, las decisiones del programa y el desarrollo del programa es posible, en parte, gracias a la dinámica continua de

educación, análisis y evaluación, creando de este modo el “cliente informado” y la más amplia paleta a partir de la cual elegir. Las personas en recuperación deben involucrarse en cada nivel del sistema, desde la administración hasta el suministro de los servicios.

3. Centrarse en el individuo como una persona íntegra, mientras se incluyen y/o se crean apoyos naturales

A una persona en recuperación se la trata simplemente como a un ser íntegro: capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. Como tal, el foco está puesto en facultar la mayor autonomía posible y el estilo de vida más natural e integral, lo que incluye el acceso y la participación en los apoyos naturales y los sistemas sociales habituales de la comunidad social de una persona.

4. Habilitar a las personas a dar pasos hacia la independencia y permitirles asumir riesgos sin temor al fracaso

Una persona en recuperación encuentra la independencia a través de la exploración, experimentación, evaluación, contemplación y acción. Se mantiene una atmósfera mediante la cual se fomentan los pasos hacia la independencia y se refuerzan en un ambiente en el que la seguridad y el riesgo son valorados como ingredientes que promueven el crecimiento.

5. Integración, colaboración y participación con la comunidad que uno elige

Una persona en recuperación es un miembro valorado y que contribuye a la sociedad y que, como tal, es merecedor de la comunidad y además la beneficia. Dicha integración y participación acentúa el rol de uno como parte vital de la comunidad, en la cual la dinámica de la comunidad es indisociable de la experiencia humana. El

servicio comunitario y el voluntariado son valorados.

6. Alianza entre los individuos, el personal y los familiares/apoyos naturales para la toma de decisiones compartidas con una base de confianza

Una persona en recuperación, al igual que cualquier miembro de una sociedad, encuentra fortaleza y apoyo a través de alianzas. Las alianzas que se basan en la compasión con un foco en optimizar la recuperación reafirman la autoconfianza, expanden la comprensión en todos los participantes y llevan a la creación de protocolos y desenlaces óptimos.

7. Las personas en recuperación definen sus propios triunfos

Una persona en recuperación (según su propia declaración) descubre el éxito, en parte, por la calidad de los resultados en la vida, que pueden incluir un mejor sentido del bienestar, una integración avanzada en la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas en recuperación son expertas en sí mismas al definir sus propias metas y resultados deseados.

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

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

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

Una persona en recuperación tiene la capacidad de tener esperanza y prospera de manera óptima en vínculos que promueven la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para hacer realidad resultados positivos infrecuentes e inesperados. Una persona en recuperación es considerada ilimitada en cuanto a potencial y posibilidades.

CLÍNICAS INTERDISCIPLINARIAS CON MÚLTIPLES ESPECIALIZACIONES

Las clínicas interdisciplinarias con múltiples especializaciones (MSIC, por sus siglas en inglés) son clínicas en donde los miembros con afecciones que califiquen para servicios de rehabilitación infantil (CRS) pueden ver a sus médicos especialistas y a cualquier otra persona involucrada en su atención.

¿QUIÉN REÚNE LOS REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL (CRS)?

Para reunir los requisitos para los servicios de rehabilitación infantil (CRS) su hijo debe:

- tener un diagnóstico que reúna los requisitos para CRS;
 - ser menor de 21 años;
 - ser ciudadano de los EE. UU. o residente calificado;
 - vivir en Arizona;
- requerir servicios de médicos de varias especialidades.

Los miembros del AHCCCS menores de 21

años se inscribirán en el programa de CRS cuando la presencia de una afección cubierta por CRS requiera un tratamiento activo.

AFECCIONES CUBIERTAS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE CRS

CRS cubre muchas afecciones médicas crónicas y que generen una discapacidad. Algunas de las afecciones elegibles incluyen, entre otras, las siguientes:

- Parálisis cerebral
- Pie equino
- Caderas dislocadas
- Paladar hendido
- Escoliosis
- Espina bífida
- Afecciones cardíacas debido a anomalías congénitas
- Trastornos metabólicos
- Neurofibromatosis
- Anemia de células falciformes
- Fibrosis quística

PROVEEDORES DE CRS

El tipo de proveedor médico de CRS que tratará la afección de su hijo dependerá de la necesidad especial de atención de la salud de su hijo. El proveedor médico de CRS de su hijo puede ser uno de los siguientes:

- **Cirujano:** Cirujano pediátrico general, cirujano cardiovascular y torácico, cirujano otorrinolaringólogo, neurocirujano, cirujano oftalmológico, cirujanos ortopédicos (generales, de manos, de escoliosis, de amputados), cirujanos plásticos
- **Especialista médico:** Cardiólogo, neurólogo, reumatólogo, pediatra general, genetista, urólogo, especialista en enfermedades metabólicas
- **Proveedor dental:** Dentista, ortodoncista

Para obtener más detalles sobre las

especialidades de la clínica, puede visitar el sitio web o comunicarse directamente con la clínica. Las MSIC de CRS están en los siguientes lugares:

DMG Children's Rehabilitative Services

3141 N. 3rd Ave
Phoenix, AZ 85013
1-602-914-1520
1-855-598-1871

www.dmgcrs.org

DMG Children's Rehabilitative Services se especializa en los siguientes servicios: Audiología, cardiología, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, laboratorio y rayos X, neurología, neurocirugía, nutrición, terapia ocupacional, oftalmología, ortopedia, cirugía pediátrica, fisioterapia, cirugía plástica, atención primaria, psicología, reumatología, escoliosis, rehabilitación del habla y del lenguaje y urología.

Children's Clinics

Square & Compass Building
2600 North Wyatt Drive
Tucson, AZ 85712
1-520-324-5437
1-800-231-8261

www.childrensclinics.org

Children's Clinics se especializan en los siguientes servicios: Anestesiología, audiología, cardiología, vida infantil, dentales y de ortodoncia, apoyo educativo, endocrinología, otorrinolaringología, gastrointestinal, genética, laboratorio y rayos X, hematología, nefrología, neurocirugía, servicios de enfermería, nutrición, terapia ocupacional, ortopedia, oftalmología, programa de terapia con mascotas "Our Best Friends" (Nuestros mejores amigos), servicios para el paciente y su familia, cirugía pediátrica, medicina física, fisioterapia, cirugía plástica, atención primaria, psicología, neumología,

reumatología, rehabilitación del habla y del lenguaje y urología.

Children's Rehabilitative Services

1200 North Beaver
Flagstaff, AZ 86001
1-928-773-2054
1-800-232-1018

www.flagstaffmedicalcenter.com

Flagstaff Medical Center se especializa en los siguientes servicios: Audiología, pérdida de peso mediante cirugía bariátrica, salud mental, centros oncológicos, centro de salud para niños, diabetes, atención de emergencia, endocrinología, gastroenterología, servicios quirúrgicos, Fit Kids (niños activos), del corazón y vasculares, enfermedades infecciosas. Neurología, servicios de nutrición, oftalmología, ortopedia, neumología, servicios renales, centro del sueño, servicios de traumatología, terapia EntireCare y urología.

Children's Rehabilitative Services

2400 Avenue A
Yuma, AZ 85364
1-928-336-7095
1-800-837-7309

www.yumaregional.org

Yuma Regional Medical Center se especializa en los siguientes servicios: Cardiología, gastroenterología, UCI neonatal, nefrología, neurología, reumatología, cirugía y urología.

CÓMO CONCERTAR, CAMBIAR O CANCELAR UNA CITA EN UNA CLÍNICA DE CRS

Si AHCCCS determina que su hijo reúne los requisitos para el programa de CRS, se inscribirá a su hijo en un plan con un proveedor de CRS. **No lo olvide:** Health Net Access no es un proveedor de CRS.

Una vez que sea miembro de CRS, su hijo recibirá una tarjeta de identificación (ID). La tarjeta de ID incluye el nombre de su hijo, el número de ID de CRS y otra información importante.

Su hijo necesita tener una cita para ver a un proveedor de CRS. Si no coordina una cita y simplemente se presenta, es posible que el proveedor no pueda ver a su hijo. Cuando llame a las Clínicas interdisciplinarias con múltiples especializaciones (MSIC) para coordinar una cita, esté preparado para indicarle a la persona al teléfono lo siguiente:

- el nombre de su hijo;
- el número de ID de CRS de su hijo;
- el motivo por el cual su hijo necesita una cita.

La cita de su hijo se coordinará según las necesidades del proveedor de ver a su hijo o dentro de los 45 días. Si su hijo tiene una necesidad urgente, podrá ver al proveedor antes. Si cree que la cita de su hijo tiene que ser antes, puede pedir ver al proveedor en una fecha más temprana. Dígale al proveedor por qué cree que su hijo tiene que verlo más rápidamente y pida una cita en una fecha más temprana.

Si necesita cancelar o cambiar una cita, avise al proveedor de su hijo o a la clínica al menos un día antes de la cita. Si necesita cancelar una cita, asegúrese de coordinar una cita para otro momento.

SERVICIOS PARA LA PRIMERA INFANCIA*

Si le preocupa que su hijo no esté creciendo como otros niños de la misma edad, dígaselo a su pediatra o médico de cabecera. El médico puede remitirlo a especialistas para

saber si su hijo está en el camino correcto con el habla, el movimiento, el uso de las manos y los dedos, la vista y la audición. Si su hijo está retrasado en una o más de estas áreas, hay servicios disponibles para ayudarlo a mejorar en estas áreas. El médico puede remitirlo al Programa de intervención temprana de Arizona (AzEIP) si su hijo es recién nacido o tiene hasta tres años de edad y está retrasado. Para obtener más información sobre otros programas comunitarios para niños con necesidades especiales, llame a Servicios para miembros al 1-888-788-4408 (TTY/TDD: 1-888-788-4872).

**Una revisión médica/chequeo es lo mismo que un servicio de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés).*

HEAD START

Los programas Head Start de Arizona suministran programas de alta calidad para niños en edad de preescolar que incluyen servicios de educación, nutrición, salud, salud mental, discapacidades y servicios sociales para la primera infancia. En algunas áreas hay programas tempranos de Head Start para bebés y niños pequeños de tres años de edad. Hay Servicios Head Start en más de 500 lugares en todo el estado de Arizona. Para obtener más información sobre el Head Start más cercano, llame al 1-866-763-6481. Necesitará su dirección y código postal al llamar.

HERRAMIENTAS DE EXPLORACIONES DEL DESARROLLO

Las herramientas de exploraciones del desarrollo utilizadas por los médicos de atención primaria que proporcionan atención a los niños incluyen:

- Para miembros que tienen 9, 18 y 24 meses, la herramienta de Evaluación del Estado de Desarrollo de los Padres (PEDS, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ).
- Para miembros de 16 a 30 meses de edad, la Lista de Comprobación Modificada para Autismo en Niños Pequeños (MCHAT), para evaluar el autismo cuando se indique a nivel médico.

PROCESO DE APROBACIÓN Y RECHAZO

Es posible que algunos servicios médicos necesiten autorización previa. Si fuese el caso, su proveedor organizará la autorización de estos servicios. Estas solicitudes han de ser revisadas antes de su aprobación para obtener el servicio.

Los criterios en los que se basan las decisiones están disponibles bajo solicitud.

Previa autorización significa que su doctor solicitó permiso para que usted obtuviera un servicio especial o remisión. Debemos aprobar estas solicitudes antes de prestar los servicios.

Si usted o su proveedor quisieran obtener una remisión a un servicio que no está entre aquellos cubiertos, por favor, llamen al Servicio para miembros para poder comentar otras opciones disponibles para usted.

La autorización previa se aprueba basándose en una revisión de las necesidades médicas.

El consultorio del médico de atención primaria le hará saber cuando se obtenga la autorización. También puede llamar al Servicio para miembros para consultar el estado de la solicitud. Le haremos saber si la autorización ha sido denegada por correo postal. En la carta, tendrá instrucciones sobre cómo recurrirlo. La carta describirá las razones de la denegación. Si tiene alguna pregunta sobre la denegación y necesita ayuda, llame a Servicios para miembros al 1-888-788-4408 (TDD/TTY: 711). Los criterios en los que se basan las decisiones están disponibles bajo solicitud. Diríjase a la sección denominada "*Quejas: ¿Qué hago si no estoy satisfecho?*" que se encuentra en esta guía, si necesita más información sobre cómo recurrir una autorización rechazada.

Su médico de atención primaria puede estar suministrando estos servicios o puede hacer planes para que reciba estos servicios por parte de otro proveedor (a veces llamado especialista).

Debe ver a su médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor o antes de intentar obtener servicios fuera.

No lo olvide: No tiene que ver a su médico de atención primaria para servicios de emergencia, servicios de salud mental, servicios de obstetra/ginecólogo y servicios dentales para niños menores de 21 años.

COPAGOS (COPAGOS DE AHCCCS)

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

* Nota: los copagos a los que se hace referencia en esta sección son los copagos que se cobran bajo Medicaid (AHCCCS). No significa que una persona esté exenta de los copagos de Medicaid.

A LAS SIGUIENTES PERSONAS NO SE LES PIDE QUE REALICEN COPAGOS:

- Menores de 19 años
- Personas que han sido diagnosticadas una enfermedad mental grave
- Un individuo que reúne los requisitos para el programa de servicios de rehabilitación infantil según los Estatutos Revisados de Arizona (ARS, por sus siglas en inglés) según el artículo 36-2906(E).
- Miembros de Acute Care que vivan en residencias o centros residenciales, como hogares asistidos, y solo cuando el estado médico del miembro requiera hospitalización. La exención de los copagos para estos miembros se limita a 90 días por año contractual.
- Personas inscritas en el Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS, por sus siglas en inglés)
- Beneficiarios Calificados para Medicare
- Personas que reciben cuidados terminales

- Miembros indígenas americanos que son usuarios actuales o anteriores del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribal administrados conforme a la Ley Pública 93-638, o a los programas de salud indígena urbanos
- Personas que participan en el Programa de Tratamiento del Cáncer de Mama y Cervical
- Personas que reciben servicios de protección infantil conforme al Título IV-B por el hecho de ser niños bajo cuidado tutelar o que reciben asistencia a la adopción o al cuidado tutelar conforme al Título IV-E, independientemente de su edad
- Mujeres embarazadas y durante todo el periodo posparto tras el embarazo, y
- Personas del grupo de adultos (durante un tiempo limitado**)

****NOTA:** durante un tiempo limitado, las personas del grupo de adultos que reúnan los requisitos no tendrán ningún copago. Los miembros del grupo de adultos incluyen personas que han hecho la transición del Programa de atención AHCCCS, así como las personas con edades entre 19 y 64 años, que no tienen derecho a Medicare, que no están embarazadas y que tienen una renta inferior al 133 % del nivel de pobreza federal y que no reúnen los requisitos de AHCCCS en ninguna otra categoría. En el futuro están previstos copagos para personas del grupo de adultos que superen el 106 % del nivel de pobreza federal. Se informará a los miembros de los cambios en los copagos antes de que se lleven a cabo.

Además, no se cobran copagos a ninguna persona por los siguientes servicios:

- Hospitalizaciones
- Servicios de emergencia,
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Atención médica relacionada con el embarazo y atención médica de cualquier otra enfermedad que pueda complicar el embarazo, incluido el tratamiento para mujeres embarazadas que quieran dejar de fumar
- Servicios preventivos, por ejemplo revisiones médicas, citologías cervicales, colonoscopias, mamografías y vacunaciones
- Servicios preventivos del proveedor
- Servicios recibidos en el Departamento de Urgencias

PERSONAS CON COPAGOS OPCIONALES (NO OBLIGATORIOS)

Se pueden cobrar copagos no obligatorios a las personas que reúnan los requisitos de AHCCCS en cualquiera de los programas, a menos que:

1. Estén recibiendo uno de los servicios anteriores por los que no se cobran copagos
2. Estén en uno de los grupos anteriores a los que no se pueden cobrar copagos

Los copagos no obligatorios también se llaman copagos opcionales. Si un miembro tiene un copago no obligatorio, un proveedor no puede denegarle el servicio si el miembro declara que no puede pagar el copago. A los miembros participantes en los siguientes programas su proveedor les puede cobrar un copago no obligatorio:

- AHCCCS para Familias con Hijos (1931)
- Seguro de transición para adultos jóvenes para jóvenes bajo cuidado tutelar
- Asistencia a la Adopción Estatal para Niños con Necesidades Especiales que van a ser adoptados
- Renta de Seguridad Complementaria (SSI) a través de la Administración de la Seguridad Social para personas mayores de 65 años, invidentes o discapacitados
- Solo Asistencia Médica de SSI (SSI MAO) para personas mayores de 65 años, invidentes o discapacitados
- Libertad para Trabajar (FTW)

Pídale a su proveedor que compruebe los copagos que pueda tener que pagar. También puede saberlo llamando a Servicios para miembros de Health Net Access. En cualquier caso, puede obtener más información en el sitio web de Health Net Access.

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

IMPORTES DE LOS COPAGOS OPCIONALES (NO OBLIGATORIOS) PARA ALGUNOS SERVICIOS MÉDICOS

SERVICIO	COPAGO
Prescripciones	\$2,30
Servicios ambulatorios para terapia física, ocupacional y logopedia	\$2,30
Visitas a consultas ambulatorias de médicos u otros proveedores para la	\$3,40

evaluación y administración de su atención	
--	--

Los proveedores médicos le solicitarán que pague estas cantidades pero **NO** le negarán los servicios si no puede pagar. Si no puede permitirse el copago, comuníquese a su proveedor médico que no puede pagar estas cantidades para que no le nieguen los servicios.

PERSONAS CON COPAGOS EXIGIBLES (OBLIGATORIOS)

Algunos miembros de AHCCCS tienen copagos exigibles (u obligatorios) a menos que (a) estén recibiendo uno de los servicios anteriores por los que no se pueda cobrar un copago o (b) pertenezcan a uno de los grupos anteriores a los que no se puede cobrar un copago. Los miembros con copagos exigibles tendrán que pagar los copagos para recibir los servicios. Los proveedores pueden denegar los servicios a estos miembros si no pagan los copagos obligatorios. Se cobran copagos obligatorios a personas de familias con hijos que ya no reúnen los requisitos debido a sus ingresos, también conocida como Asistencia Médica de Transición (TMA, por sus siglas en inglés).

Los adultos que estén en el programa TMA deben pagar copagos exigibles (u obligatorios) por algunos servicios médicos. Si se encuentra en el programa TMA ahora o si reúne los requisitos para recibir los beneficios de TMA más adelante, una notificación del Departamento de Seguridad Económica (DES, por sus siglas en inglés) o AHCCCS se lo indicará. A continuación se indican los copagos de los miembros de TMA.

IMPORTES DE LOS COPAGOS EXIGIBLES (OBLIGATORIOS) PARA PERSONAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DE ASISTENCIA

MÉDICA DE TRANSICIÓN (TMA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

SERVICIO	COPAGO
Prescripciones	\$2,30
Visitas a consultas ambulatorias de médicos u otros proveedores para la evaluación y administración de su atención	\$4,00
Terapias físicas, ocupacionales y logopedia	\$3,00
Consultas ambulatorias no urgentes o procedimientos quirúrgicos voluntarios	\$3,00

Los farmacéuticos y los proveedores médicos pueden denegar los servicios si no se realizan los copagos.

LÍMITE DEL 5 % DE TODOS LOS COPAGOS

El importe total de los copagos no puede superar el 5 % de la renta total de la familia (antes de impuestos y deducciones) durante un trimestre natural (de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre). El límite del 5 % se aplica tanto a los copagos nominales como a los exigibles.

La administración de AHCCCS hará un seguimiento de los niveles de copago específicos de cada miembro para identificar a los miembros que hayan alcanzado el límite de copago del 5 %. Si cree que los copagos totales que ha pagado superan el 5 % de los ingresos trimestrales totales de la familia y AHCCCS todavía no le ha informado de este hecho, debería enviar copias de los recibos u otros comprobantes de lo que ya ha abonado a AHCCCS, 801 E. Jefferson, servicio de recepción de correo 4600, Phoenix, Arizona 85034.

Si se encuentra en este programa pero sus circunstancias han cambiado, póngase en

contacto con su oficina local del Departamento de Seguridad Económica (DES) para solicitarles que revisen su elegibilidad. Los miembros siempre pueden solicitar una reevaluación de su límite del 5 % si sus circunstancias han cambiado.

PAGAR SUS SERVICIOS CUBIERTOS

FACTURACIÓN DE UN SERVICIO CUBIERTO

Excepto los copagos requeridos, no debería recibir ninguna factura por los servicios cubiertos dentro de su plan. Llame al Servicio para miembros de inmediato si recibe una factura por servicios médicos. Nos aseguraremos de que el doctor deja de emitirle facturas.

PAGAR SUS SERVICIOS CUBIERTOS

No deberían pedirle que pague por un servicio ya cubierto. Los doctores, hospitales y farmacias pueden verificar su cobertura a través de AHCCCS o llamando al Servicio para miembros. Si ha de pagar por un servicio de farmacia, llame al Servicio para miembros para obtener instrucciones de reembolso.

PAGAR SUS SERVICIOS NO CUBIERTOS

Solo cubriremos atención médica aprobada en nuestro plan, a no ser que se trate de un servicio de emergencia. Para obtener más información, consulte la sección titulada *“Atención de emergencia: ¿Cómo obtengo atención en una emergencia?”* en este manual. Si obtiene un servicio o prescripción que no esté cubierto por nuestro plan, Health Net Access no será responsable

del pago y es posible que usted reciba una factura por cualquier servicio recibido. Si es usted miembro de "otro seguro" o es un miembro "doble elegible" (lo que quiere decir que también cuenta con cobertura Medicare), háganoslo saber llamando al Servicio para miembros. Cuando nos llame, nos aseguraremos de que el otro seguro consta registrado en nuestro sistema. Si se le factura por cualquier servicio, llámenos.

COPAGOS Y DEDUCIBLES DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL (CRS)

Si es un miembro elegible de CRS y tiene un seguro privado o Medicare, no debe utilizar servicios de CRS para una afección cubierta por CRS. Si decide utilizar el seguro privado o Medicare para una afección cubierta por CRS, pagaremos todos los deducibles y copagos correspondientes.

Sin embargo, cuando se agote su seguro privado o Medicare, o se llegue a determinados límites anuales o de por vida, lo remitiremos a AHCCCS para determinar si reúne los requisitos para los servicios de CRS. Si decide inscribirse en CRS para servicios, CRS pagará todos los deducibles y copagos correspondientes. Si decide no inscribirse en CRS y se determina que tiene una afección que reúne los requisitos para CRS, no pagaremos los servicios para tratar esa condición.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

Si es usted miembro de "otro seguro" o es un miembro "doble elegible" (lo que quiere decir que también cuenta con cobertura Medicare), háganoslo saber llamando al Servicio para miembros. Cuando nos llame, nos aseguraremos de que el otro seguro

consta registrado en nuestro sistema.

También puede llamar a la oficina de elegibilidad de AHCCCS para hacérselo saber. En ese caso, AHCCCS nos trasladará la información. Recuerde, esto incluye cobertura de seguros a través de divorcios o si sus hijos tienen seguros que costee su anterior pareja. A veces, AHCCCS aprueba a los miembros con otros tipos de seguros tales como Tricare u otros planes comerciales. Somos responsables de realizar cualquier copago, coaseguro o deducibles, incluso si los servicios se prestan fuera de nuestra red.

Si una tercera parte aseguradora (distinta de Medicare) requiere que el miembro pague cualquier copago, coaseguro o deducible, somos responsables de pagar la menor de las diferencias entre:

- El importe pagado por el seguro principal y la tasa del seguro principal, es decir, el copago que necesite el miembro dentro del seguro principal).

O

- El importe pagado por el seguro principal y la tasa de servicios de AHCCCS, incluso si el servicio se ha prestado fuera de nuestra red.

No somos responsables de pagar coaseguros y deducibles que sean mayores de lo que habríamos pagado por el servicio completo, por el contrato con el proveedor que preste el servicio o el equivalente de AHCCCS.

INFORMACIÓN ESPECIAL PARA LOS MIEMBROS QUE

TENGAN COBERTURA DE MEDICARE

Si usted es un miembro que “reúne doblemente los requisitos”, a menudo esto quiere decir que tiene beneficios adicionales que es posible que no estén cubiertos por AHCCCS. Saber sobre su otro seguro nos ayuda a coordinar la atención que recibirá con el otro plan.

Si tiene cobertura de Medicare y ve a un médico que no está en nuestro plan, es posible que los servicios no estén cubiertos. Si decide hacer eso sin nuestra aprobación, es posible que no paguemos dichos servicios debido a que se prestaron por un médico que no está en nuestro plan. Es importante que colabore con su médico de atención primaria para que lo remita a los médicos adecuados. (Esto no incluye los servicios de emergencia). No cubriremos copagos ni deducibles para servicios prestados fuera de la red sin una autorización previa.

Los miembros que reúnan doblemente los requisitos pueden elegir entre todos los proveedores en la red y no están restringidos solamente a aquellos que acepten Medicare.

AHCCCS **no paga** barbitúricos para tratar la epilepsia, el cáncer o problemas de salud mental ni benzodiazepinas para miembros con Medicare. AHCCCS paga barbitúricos para miembros de Medicare que **no** se utilicen para tratar la epilepsia, el cáncer o situaciones crónicas de salud mental.

¿Por qué debe llamar a Servicios para miembros y hacernos saber sobre la cobertura diferente que tiene? ¡Porque ayudará a obtener los beneficios máximos de ambos planes de seguro!

QUEJAS: ¿QUÉ HAGO SI NO ESTOY SATISFECHO?

Para consultas sobre cualquiera de las siguientes preguntas o para presentar una queja, comuníquese con nuestro Departamento de Apelaciones y Quejas.

Teléfono: 1-888-788-4408

TTY/TDD: 711

Fax: 1-855-844-0687

Dirección postal:

Health Net Access
Attn: Appeals & Grievances Department
PO Box 9007
Tempe, AZ 85281-9707

Las entregas en mano se deben entregar a:

Health Net Access
Attn: Appeals & Grievances Department
1230 W Washington Street, Suite 401
Tempe, AZ 85281

¿QUÉ SUCEDE SI TIENE PREGUNTAS, PROBLEMAS O QUEJAS SOBRE HEALTH NET ACCESS?

Contáctenos directamente si tiene una queja o disconformidad específicas con cualquier aspecto de la atención. Una queja es un reclamo. Algunos ejemplos de quejas son: problemas con el servicio, problemas de transporte, problemas con la calidad de la atención y problemas con el consultorio del proveedor.

Puede presentar una queja (reclamo) en persona, de manera verbal o escrita. Se revisará la queja y se le enviará una

respuesta a más tardar noventa (90) días desde la fecha en que nos contactó.

APELACIÓN Y SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

¿Cuál es el significado de algunas de las palabras utilizadas en esta sección?

La palabra “Acción” quiere decir una acción que Health Net Access ha emprendido para denegar o limitar la autorización de un servicio solicitado, o la reducción, suspensión o finalización de un servicio aprobado anteriormente.

La palabra “Apelación” quiere decir una solicitud de revisión de una “Acción”.

La frase “carta de Notificación de determinación adversa de beneficios” es una notificación escrita de Health Net Access con respecto a una “Acción” que ha emprendido Health Net Access.

¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON UN SERVICIO DENEGADO?

Si está insatisfecho con una “acción” o denegación de los servicios por parte de Health Net Access, puede presentar una “apelación”. Se debe presentar una apelación dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de la carta de Notificación de determinación adversa de beneficios por la denegación, suspensión, reducción o finalización. Puede comunicarse con Servicios para miembros para presentar una apelación o puede escribir por correo postal o comunicarse por fax con el Departamento de Apelaciones y Quejas a la dirección y al número de fax que aparecen a continuación.

También tiene derecho a contactar a la Unidad de Resolución Clínica de AHCCCS al 602-364-4575 si Health Net Access no resuelve su inquietud con la carta de

Notificación de determinación adversa de beneficios.

¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Usted, como miembro, su representante autorizado o un representante legal del patrimonio de un miembro fallecido pueden presentar una apelación. Un proveedor que actúe en su nombre y con su consentimiento escrito puede presentar una apelación.

¿POR QUÉ MOTIVOS PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Los motivos por los que puede presentar una apelación son los siguientes:

- Denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluido el tipo o el nivel del servicio
- Reducción, suspensión o finalización de un servicio anteriormente autorizado
- Denegación, total o parcial, del pago de un servicio
- La imposibilidad de prestar servicios de modo oportuno
- No actuar dentro del plazo requerido para la resolución estándar y acelerada de las apelaciones y la disposición estándar de quejas
- La denegación de una solicitud de un participante rural para obtener servicios fuera de la red cuando Health Net Access sea el único contratista en el área rural.

¿CUÁLES SON NUESTROS PLAZOS PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LOS SERVICIOS?

Tenemos 14 días para revisar y decidir si los servicios solicitados no se aprueban. Para una solicitud acelerada o rápida, tenemos 72 horas para tomar una decisión. Le notificaremos por escrito si los servicios no

se aprueban y también notificaremos a su proveedor. Si se produce una reducción, suspensión o finalización de sus servicios, le notificaremos con al menos diez (10) días de antelación antes del cambio.

LO QUE HAREMOS CUANDO SE RECIBE SU APELACIÓN

Le enviaremos una carta dentro de cinco (5) días para hacerle saber que recibimos su apelación. La carta también le dirá cómo nos puede facilitar más información sobre su apelación en persona o por escrito. Revisaremos la apelación y le enviaremos una carta con la decisión dentro de treinta (30) días.

Para todas las apelaciones, podemos tomarnos catorce (14) días adicionales para decidir sobre su caso. Este plazo se denomina extensión. Se realiza una extensión cuando lo mejor para usted es que nos tomemos un tiempo extra para tomar la decisión. Es posible que necesitemos una extensión para asegurarnos de tener toda la información necesaria; le notificaremos por escrito y le diremos qué es lo que se necesita y cómo eso es útil para usted. Si usted desea una extensión, puede solicitarla por escrito o por teléfono. Si denegamos su apelación, usted puede pedir una Audiencia Imparcial Estatal.

¿CÓMO SOLICITA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación, puede presentar una solicitud para una Audiencia Imparcial Estatal con nosotros. Esta solicitud se debe realizar por escrito dentro de 30 días desde la fecha de recepción de la decisión de la apelación. Puede enviarnos la solicitud por correo postal o por fax. Le enviaremos el archivo de su apelación a la Oficina de Servicios Legales Administrativos (OALS) de AHCCCS y se programará una fecha de

audiencia para que usted asista. Además, hay programas de servicios legales en su zona que pueden ayudarlo con el proceso de audiencia. También puede encontrar información legal general sobre sus derechos en Internet en el siguiente sitio web: www.azlawhelp.org.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN ACELERADA?

Si usted o su proveedor consideran que su salud o su capacidad de funcionar podrían verse afectadas por esperar treinta (30) días, usted, su representante autorizado o el proveedor que actúe en su nombre y con un consentimiento escrito, puede pedir una apelación acelerada. Si estamos de acuerdo, tomaremos una decisión en un plazo de tres (3) días laborables. Si no estamos de acuerdo sobre la necesidad de una revisión rápida, le escribiremos en un plazo de dos (2) días e intentaremos contactarlo por teléfono. A continuación, tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de treinta (30) días.

SI ACTUALMENTE ESTÁ RECIBIENDO LOS SERVICIOS SOLICITADOS, ¿PUEDE SEGUIR RECIBIÉNDOLOS DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN?

Sí, pero la solicitud debe realizarse por escrito y recibirse dentro de diez (10) días de recibir la carta de Notificación de la Determinación Adversa de Beneficios o la fecha prevista de la Acción, cualquiera que sea posterior. Los servicios continuarán si los servicios estuvieron anteriormente autorizados y el periodo original cubierto por la autorización no ha vencido. Sin embargo, es posible que usted tenga que pagar aquellos servicios si mantenemos la denegación.

SI ACTUALMENTE ESTÁ RECIBIENDO LOS SERVICIOS

SOLICITADOS, ¿PUEDE SEGUIR RECIBIÉNDOLOS DURANTE EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Sí, pero la solicitud debe realizarse por escrito y recibirse dentro de diez (10) días de recibir la carta de Notificación de la Determinación Adversa de Beneficios o la fecha prevista de la Acción, cualquiera que sea posterior. Los servicios continuarán si los servicios estuvieron anteriormente autorizados y el periodo original cubierto por la autorización no ha vencido. Sin embargo, es posible que usted tenga que pagar aquellos servicios si la Oficina de Servicios Legales Administrativos (OALS) de AHCCCS mantiene la denegación.

DERECHOS DEL MIEMBRO

Nuestra meta es brindar atención médica de alta calidad y tratamiento médico avanzado. También prometemos escucharlo, tratarlo con respeto y comprender sus necesidades individuales. La siguiente es una descripción de sus derechos como miembro.

DERECHOS DEL MIEMBRO

Como miembro, tiene el derecho de:

- Quejarse sobre la organización de la atención médica administrada (Health Net Access). Llámenos si tiene algún problema o inquietud con la atención.
- Solicitar información sobre la estructura y el funcionamiento de Health Net Access o nuestros subcontratistas.
- Solicitar información sobre si Health Net Access tiene planes de incentivos para médicos (PIP, por sus siglas en inglés) que afecten el

uso de nuestros servicios de remisión.

- Conocer los tipos de acuerdos de compensación que Health Net Access utiliza.
- Conocer si se requiere un seguro de punto máximo de pérdida
- Recibir un resumen de los resultados de la encuesta para miembros
- Ser tratado de manera justa sin importar la raza, religión, color, credo, procedencia, discapacidad, orientación sexual, género, identidad de género, edad, estado civil, capacidad de pago
- Usted tiene el derecho de tener una segunda opinión de un profesional calificado de la atención de la salud dentro de la red. Si no hay uno disponible en la red, tiene el derecho a una segunda opinión fuera de la red sin costo para usted. Lo ayudaremos a coordinar la visita para la segunda opinión.
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de manera apropiada para su afección y para su capacidad de comprender la información
- Recibir información sobre la formulación de instrucciones previas con sus proveedores de atención médica
- Tener acceso a revisar historias clínicas de acuerdo con las legislaciones estatales y federales vigentes.

Solicitar y recibir anualmente, sin costo, una copia de sus historias clínicas. Debemos responder a su solicitud de historias clínicas dentro de treinta (30) días. Esta respuesta podrá ser una copia de su historia médica o un motivo de denegación de la solicitud. Si la solicitud es

denegada, de manera total o parcial, debemos darle una denegación escrita dentro de sesenta (60) días que incluya el motivo de la denegación, sus derechos a estar en desacuerdo, y sus derechos para incluir una modificación con cualquier divulgación futura de su información de salud, según lo permita la ley. El derecho a acceder a las historias clínicas también se puede denegar si la información se refiere a anotaciones de psicoterapia, si se compila para ese fin, o con anticipación razonable para una acción civil, penal o administrativa, información de salud protegida sujeta a las Reformas Federales de Mejoras a los Laboratorios Clínicos de 1988 o exento conforme a 42 CFR 493.3(a)(2).

- Modificar o corregir sus historias clínicas, según lo permita la ley
- Liberarse de cualquier restricción o reclusión empleada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia
- Recibir información sobre el beneficiario e información del plan.
- Ser tratado con respecto y que se reconozca su dignidad y derecho a la privacidad. Comprendemos que necesita privacidad y confidencialidad, eso incluye la protección de cualquier información que permita identificarlo
- Participar en la toma de decisiones con respecto a la atención de su salud, esto incluye el derecho de rechazar el tratamiento de un proveedor y tener un representante para que facilite la atención o las decisiones de tratamiento cuando usted no pueda hacerlo.
- Tener una lista de médicos de atención primaria disponibles a

través del directorio de proveedores, esto incluye aquellos que hablen un idioma que no sean inglés y que puedan adaptarse a los miembros con discapacidades.

- Buscar tratamiento en cualquier hospital para atención de emergencia
- Hacer que los servicios se presten de manera competente a nivel cultural, con consideración por los miembros con dominio limitado del inglés o con aptitudes limitadas para la lectura, consideración por los distintos orígenes culturales y étnicos y por las limitaciones visuales o auditivas.
- Seleccionar un médico de atención primaria (PCP) de aquellos que participen de Health Net Access
- Para miembros en un servicio basado en el hogar y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) o un entorno residencial de salud mental que hayan completado una instrucción previa, el documento se deben mantener confidencial, pero debe estar fácilmente disponible. Por ejemplo: en un sobre sellado adherido al refrigerador.
- Cualquier restricción sobre su libertad de elección entre los proveedores de la red
- Recibir información en un idioma y formato que comprenda
- Recibir información con respecto a quejas, apelaciones y solicitudes de audiencias
- Solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad sin costo para usted. La notificación describe las prácticas de privacidad de Health Net Access y cómo utilizamos la información de salud sobre usted y cuándo podemos compartir esa información de salud con otros. Su información de atención de la salud

se mantendrá privada y confidencial. Se compartirá solamente con su permiso y si la ley así lo permite.

PRIVACIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (CONFIDENCIALIDAD)

Existen diversas legislaciones sobre quién puede ver su información médica personal con o sin su autorización. La información sobre el tratamiento del abuso de sustancias y las enfermedades contagiosas (por ejemplo, la información sobre el VIH/SIDA) no se puede compartir con otras personas sin su autorización por escrito.

Para ayudar a organizar y pagar su atención, en algunos casos su información se comparte sin obtener antes su autorización por escrito. En esos casos, se podría compartir información con:

- Médicos y otras agencias que presten servicios médicos, sociales o de protección
- Su médico de atención primaria
- Ciertas agencias estatales y colegios relacionados con su atención y tratamiento, de conformidad con la legislación y según las necesidades
- Miembros del equipo clínico que participan de forma activa en su atención

En otros casos, puede resultar útil compartir su información médica personal con otras agencias, por ejemplo, escuelas. Puede solicitarse su autorización por escrito antes de compartir su información.

Puede haber ocasiones en las que desee compartir su información médica personal con otras agencias o determinadas personas

que le estén prestando asistencia. En estos casos, puede firmar un formulario de autorización de revelación de información, que afirma que su historia clínica, o determinadas partes de su historia clínica, pueden revelarse a las personas o agencias que usted indique en el formulario. Para obtener más información sobre el formulario de Autorización de revelación de información, póngase en contacto con Health Net Access al 1-888-788-4408, TTY/TDD 711.

Puede solicitar ver la información médica personal que figura en su historia clínica. De igual modo, puede solicitar que se modifique la historia clínica si no está de acuerdo con su contenido o puede recibir una copia al año de su historia clínica sin costo alguno para usted. Contacte con su proveedor o con Health Net Access para solicitar ver u obtener una copia de su historia clínica. Servicios para miembros de Health Net Access puede ayudarle. Solo tiene que llamar al 1-888-788-4408, TTY/TDD 711 para solicitar una copia. Recibirá una respuesta a su solicitud en un plazo de 30 días. Si recibe una denegación por escrito de su solicitud, se le informará de los motivos por los que su solicitud para obtener su historia clínica se ha denegado y de cómo puede solicitar una revisión de esa denegación.

Health Net Access tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) disponible para usted en cualquier momento. Puede acceder a este NPP llamando a los servicios para miembros al 1-888-788-4408, TTY/TDD 711 para solicitar una copia.

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN CON

ESCUELAS Y AGENCIAS ESTATALES

Con su consentimiento por escrito, la atención se coordinará con otro tipo de programas y servicios, como el Departamento de Seguridad Económica, la División de Discapacidades del Desarrollo, la Administración de Servicios de Rehabilitación, la Oficina Administrativa de los Tribunales/Libertad Vigilada de Menores, el Departamento de Correcciones Juveniles de Arizona, la Oficina Administrativa de los Tribunales y el Departamento de Educación, así como escuelas locales y otros departamentos de salud y agencias de servicio comunitario locales cuando corresponda.

FRAUDE, MALVERSACIÓN Y ABUSO

¿QUÉ ES FRAUDE Y ABUSO?

Fraude y abuso es cualquier mentira dicha a propósito que resulte en que usted u otra persona reciba beneficios innecesarios. Esto incluye cualquier acto de fraude definido por la legislación federal o estatal.

Los ejemplos de fraude y abuso del miembro incluyen, entre otros, los siguientes:

- Prestar o vender su tarjeta de identificación de AHCCCS a cualquiera.
- Cambiar las prescripciones escritas por cualquiera de nuestros proveedores.
- Dar información incorrecta sobre su

solicitud de AHCCCS.

Los ejemplos de fraude y abuso del proveedor incluyen, entre otros, los siguientes:

- El uso del sistema de Medicaid por parte de alguien que no sea apropiado, no esté calificado, no tenga licencia o la haya perdido.
- Suministrar servicios médicos innecesarios.
- No cumplir con los estándares internacionales para la atención sanitaria.

El abuso por parte de un miembro consta de costos innecesarios para el programa como el resultado de:

- Suministrar materiales o documentos falsos
- Omitir información importante

El abuso por parte de un proveedor consta de acciones que no son prácticas comerciales o médicas sensatas y que tienen como resultado:

- Costos innecesarios para el programa
- Pago por servicios que no sean médicamente necesarios
- No cumplir con los estándares internacionales para la atención sanitaria

Cómo reportar fraude y abuso:

Si cree que uno de nuestros proveedores o miembros es sospechoso de fraude y abuso, contacte a la línea gratuita de fraude y abuso de Health Net Access al 1-800-977-3565. La línea gratuita de fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son completamente confidenciales.

También puede reportar fraude y abuso al AHCCCS al 1-602-417-4193.

Sanciones: Una persona que sea sospechosa de fraude o abuso del sistema AHCCCS será reportada ante el AHCCCS. Las sanciones para las personas involucradas en fraude o abuso pueden ser tanto civiles como penales.

INSTRUCCIONES PREVIAS

La ley requiere que el médico y los establecimientos de atención de la salud le informen, por escrito, sobre su derecho de crear una “Instrucción previa” con relación a su atención médica. Las instrucciones previas se utilizan para permitir que usted pueda tomar decisiones médicas sobre sí mismo en el caso de que ya no pueda hacerlo por cualquier motivo. Las dos instrucciones previas más habituales son el testamento vital y el poder notarial duradero.

Aunque haya dejado una instrucción previa, su médico de atención primaria puede decidir si cumplir o no sus deseos. No le pueden negar los cuidados por no poseer estos documentos, pero si no existen instrucciones específicas, puede que un juez tenga que tomar una decisión médica por usted. Informe a su familia y a su médico de atención primaria sobre dónde guarda las instrucciones previas. Pida a su médico de atención primaria que incluya estas instrucciones en su historial médico.

El testamento vital aporta información sobre si quiere o no someterse a procedimientos de soporte vital en el supuesto de encontrarse en una situación irreversible. El poder notarial médico le permite designar a una persona de confianza que decidirá qué tipo de tratamiento recibirá en el caso de que usted no pueda decidir por sí mismo.

RECURSOS COMUNITARIOS

Educación sobre el tabaco y prevención

Si está pensando en dejar de fumar, podemos ayudarlo a hacerlo. Se puede inscribir en un programa para ayudarlo a dejar de fumar a través del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS).

- Puede obtener orientación de la línea de ayuda de fumadores de Arizona (ASHLine) comunicándose al 1-800-556-6222.
- También puede visitar el sitio web en línea en www.ashline.org.
- Puede obtener ayuda para idear un plan para dejar de fumar en <http://www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php>

Su plan cubre muchos tipos de productos que lo ayudan a dejar de fumar. Estos incluyen medicamentos con prescripción y medicamentos sin prescripción (OTC, por sus siglas en inglés). Debe contactar a su médico de atención primaria (PCP) para obtener cualquiera de estos productos, esto incluye los medicamentos sin prescripción. Su médico decidirá cuál podría ser el mejor para usted. Si es menor de 18 años, su médico necesitará obtener una autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) para el medicamento que necesite. El médico se ocupará de esto por usted. Su plan cubre un suministro de hasta doce semanas en un período de tiempo de seis meses. El periodo de tiempo de seis meses comienza en la fecha en la que obtiene el medicamento por primera vez en la farmacia.

Children's Action Alliance

La alianza Children's Action Alliance (CAA) de Arizona fomenta el bienestar de los niños de Arizona a través de la defensoría, la educación y la investigación. Para obtener más información, comuníquese con la CAA al correo electrónico caa@azchildren.org o llame al 1-602-266-0707. Su dirección es la siguiente: 4001 North Third Street, Suite 160, Phoenix, AZ 85012.

Red de Arizona en Defensa de la Familia y los Niños

La Red de Arizona en Defensa de la Familia y los Niños (ACFAN) proporciona apoyo, formación y orientación a todos los centros de defensoría de Arizona y a los profesionales que coordinan los servicios y responden a la violencia familiar y a los abusos sexuales. Se realizan continuos esfuerzos para adaptarse a las poblaciones con necesidades especiales y multilingües.

ACFAN cuenta con centros de defensoría ubicados por toda Arizona pensados para ofrecer servicios *in situ* a niños abandonados o que hayan sufrido abuso sexual o físico. Algunos de estos centros proporcionan servicios a las víctimas adultas de abuso sexual y de violencia doméstica o a adultos vulnerables que han sufrido algún tipo de abuso. Para obtener más información sobre estos centros, visite su sitio web <http://acfan.net/> o llame al 1-928-458-0117.

Servicios del Centro de Defensoría Familiar

Entre los servicios que ofrece el Centro de Defensoría Familiar (FAC) se incluyen, entre otros:

- Intervención en crisis
- Evaluación de las necesidades de urgencia
- Planificación de seguridad
- Teléfono 9-1-1
- Asistencia en el acceso a refugios y

- alojamientos de emergencia
- Enseñanza de los derechos de la víctima
- Actualizaciones de estado de los casos actuales
- Derivaciones para la administración de casos a largo plazo
- Administración de casos a corto plazo
- Enseñanza sobre la dinámica de la violencia doméstica
- Enseñanza sobre cómo desenvolverse en el sistema de justicia penal

Puede ponerse en contacto con un defensor de víctimas del FAC para recibir ayuda con los servicios llamando al 1-602-534-2120 o al 1-888-246-0303.

AHCCCS

Visite www.healtharizonaplus.gov y www.azlinks.gov para obtener más información sobre cómo podemos ayudar a usted o a su familia a permanecer saludables. También puede contactar a AHCCCS al 1-800-654-8713 o al 1-602-417-4000.

ASOCIACIÓN DEL ALZHEIMER

La Asociación del Alzheimer provee educación y recursos a aquellos afectados por la enfermedad de Alzheimer. Visite www.alz.org o llame al (800) 272-3900 para obtener más información.

AGENCIA DEL ÁREA PARA PERSONAS MAYORES

La Agencia del Área para Personas Mayores, Región uno, ofrece una gran variedad de programas y servicios que mejoran la calidad de vida para residentes del Condado de Maricopa, Arizona. Defendemos, planeamos, coordinamos, desarrollamos y entregamos servicios para

adultos de 60 años en adelante, adultos de 18 años en adelante con VIH/SIDA, adultos de 18 años en adelante con discapacidades y necesidades de atención a largo plazo y cuidadores de familia. Visite <https://www.aaaphx.org/> o llame **LÍNEA DE AYUDA las 24 horas para personas mayores al 602-264-HELP (4357) o al 888-783-7500**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE ARIZONA (AZEIP)

El Programa de intervención temprana de Arizona (AzEIP, por sus siglas en inglés) ayuda a las familias con niños que sufren discapacidad o demoras en el desarrollo desde el nacimiento hasta los tres años de edad. Brindan apoyo y trabajan con su capacidad natural para aprender.

www.azdes.gov/AzEIP
3839 N. 3rd Street, Suite 304
Phoenix, AZ 85012
1-602-532-9960 o 1-888-439-5609

COALICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE ARIZONA

La Coalición para la Prevención del Suicidio en Arizona trabaja para reducir los actos suicidas en Arizona. Su misión es cambiar aquellas condiciones que provocan actos suicidas en Arizona a través de la concienciación, la intervención y la acción. Página web: www.azspc.org

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA (DES)

1-800-352-8401 o 1-602-542-9935
www.azdes.gov

HEAD START

Head Start es un excelente programa que prepara a los niños para la guardería. Los niños que participan en el programa Head Start también reciben tentempiés y comidas saludables. Head Start ofrece estos servicios y mucho más sin costo para usted.

www.azheadstart.org
3910 S. Rural Road
Tempe, AZ. 85282
1-480-829-8868 or 1-866-763-6481

NIÑOS MENTALMENTE ENFERMOS CON SUFRIMIENTO (MIKID, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

MIKID ofrece apoyo y ayuda a familias de Arizona con niños, jóvenes y adultos jóvenes que presentan conductas problemáticas. MIKID brinda información sobre problemas infantiles, acceso a Internet para padres, remisiones a recursos, grupos de apoyo, oradores educativos, apoyo en vacaciones y cumpleaños para niños asignados fuera de sus hogares y mentores voluntarios que también son padres.

Teléfono: 520-882-0142 (Pima);
928-726-1983 (Yuma)

Sitio web: <http://www.mikid.org/>

NAMI ARIZONA (ALIANZA NACIONAL PARA ENFERMEDADES MENTALES)

NAMI Arizona tiene una Línea de ayuda para recibir información sobre enfermedades mentales, remisiones para tratamientos y servicios comunitarios e información sobre grupos de autoayuda para clientes y familias locales de Arizona. NAMI Arizona brinda apoyo emocional, educación y defensoría a personas de todas las edades afectadas por enfermedades mentales.

Teléfono: 602-244-8166

Página web: www.namiaz.org

SEGURO SOCIAL

1-800-772-1213

PROGRAMA ESPECIAL DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS (WIC)

1-800-252-5942

<http://azdhs.gov/azwic/>

INFORMACIÓN DE DEFENSORÍA

Los servicios para miembros se coordinan con nuestro departamento de programas públicos para identificar a los miembros con necesidades sanitarias especiales y mejorar su acceso a la atención sanitaria y la coordinación de la atención a los miembros. Nuestro departamento de programas públicos cuenta con coordinadores que son enfermeros vocacionales acreditados y asistentes médicos certificados que trabajan con miembros que requieren servicios por parte de las organizaciones de servicio de la comunidad, programas financiados por el estado y proveedores de atención médica. A continuación se muestran algunos ejemplos de las tareas con las que los coordinadores de programas públicos ayudan a los miembros:

- Remitir a los miembros a los administradores de casos para desarrollar un plan de gestión de casos
- Proporcionar a los miembros, padres o tutores legales información sobre los programas públicos disponibles para ellos
- Discutir las necesidades especiales de los miembros con su médico de atención primaria (PCP)

- Identificar las necesidades de los miembros, incluidas las barreras para recibir atención sanitaria

Para obtener más información sobre nuestros coordinadores de programas públicos, llame a los servicios para miembros.

Además, las siguientes organizaciones pueden proporcionarle asistencia de defensoría:

CENTRO DE LEGISLACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD DE ARIZONA – SALUD MENTAL

El Centro de Legislación sobre Discapacidad de Arizona se dedica a proteger los derechos de las personas que sufren algún tipo de discapacidad física, mental, psiquiátrica, sensorial o cognitiva. Puede ponerse en contacto con ellos llamando al (800) 922-1447 para obtener más información.

ALIANZA NACIONAL DE ENFERMEDADES MENTALES

NAMI, la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales, es la organización base de salud mental más grande del país dedicada a construir vidas mejores para los millones de estadounidenses afectados por enfermedades mentales. Para obtener más información sobre la organización y sus programas de defensoría, llame al 1-800-950-NAMI.

COALICIÓN DE ARIZONA PARA TERMINAR CON LA VIOLENCIA SEXUAL Y DOMÉSTICA

La Coalición de Arizona para Terminar con la Violencia Sexual y Doméstica proporciona proveedores de servicios

directos a las víctimas y supervivientes de la violencia sexual y doméstica. Su objetivo es:

- aumentar la conciencia pública sobre los problemas relacionados con la violencia sexual y doméstica.
- mejorar la seguridad de las víctimas y supervivientes a la violencia sexual y doméstica, así como mejorar los servicios que se les ofrecen.
- poner fin a la violencia sexual y doméstica en las comunidades de Arizona.

Si necesita ayuda, llame a la línea nacional gratuita contra la violencia doméstica: 1-800-799-7233 (SAFE) o al TTY 1-800-787-3224.

ATENCIÓN MÉDICA DE BAJO COSTO/ESCALA GRADUAL

CONDADO DE MARICOPA

Adelante Healthcare

Avondale
Coronado Professional Plaza
3400 Dysart Rd, Ste F-21
Avondale, AZ 85392
Teléfono: 1-877-809-5092

Buckeye
306 E Monroe Ave
Buckeye, AZ 85326
Teléfono: 1-877-809-5092

Gila Bend
100 N Gila Blvd
Gila Bend, AZ 85337
Teléfono: 1-877-809-5092

Mesa
1705 W Main St

Mesa, AZ 85201
Teléfono: 1-877-809-5092

Phoenix
7725 N 43rd Ave, Ste 510
Phoenix, AZ 85201
Teléfono: 1-877-809-5092

Surprise
15351 W Bell Rd
Surprise, AZ 85374
Teléfono: 1-877-809-5092

Wickenburg
811 N Tegner St, Ste 113
Wickenburg, AZ 85390
Teléfono: 1-877-809-5092

John C Lincoln Community Health Center
(AKA Desert Mission Health Center)
9201 N 5th St
Phoenix, AZ 85020
Teléfono: 1-602-331-5779
Sistema de salud integrada de Maricopa

McDowell Healthcare Center
1101 N Central Ave 2nd Floor
Phoenix, AZ 85004
Teléfono: 1-602-344-6550

Sunnyslope Family Health Center
934 W Hatcher Rd
Phoenix, AZ 85021
Teléfono: 1-602-344-6550

Comprehensive Health Center
2525 Roosevelt St
Phoenix, AZ 85008
Teléfono: 1-602-344-1015

Guadalupe Family Health Center
5825 Calle Guadalupe
Guadalupe, AZ 85283
Teléfono: 1-480-344-6000

South Central Family Health Center

33 W Tamarisk St
Phoenix, AZ 85041
Teléfono: 1-602-344-6400

Mountain Park Health Center - Baseline
635 E Baseline Rd
Phoenix, AZ 85042
Teléfono: 1-602-243-7277

Maryvale Family Healthcare
4011 N 51st Ave
Phoenix, AZ 85031
Teléfono: 1-623-344-6900

Maricopa County Health Care For The Homeless
220 S 12th Ave
Phoenix, AZ 85007
Teléfono: 1-602-372-2100
Chandler Family Health Center
811 S Hamilton St
Chandler, AZ 85225-6308
Teléfono: 1-480-344-6100

El Mirage Family Health Center
12428 W Thunderbird Rd
El Mirage, AZ 85335-3113
Teléfono: 1-623-344-6100

Avondale Family Health Center
950 E Van Buren St
Avondale, AZ 85323-1506
Teléfono: 1-623-344-6100

Glendale Family Health Center
5141 W Lamar St
Glendale, AZ 85301-3423
Teléfono: 1-623-344-6700

Mesa Family Health Center
59 S Hibbert
Mesa, AZ 85210-1414
Teléfono: 1-480-344-6200

Seventh Ave Family Health Center
1205 S 7th Ave

Phoenix, AZ 85007-3904
Teléfono: 1-602-344-6600

Centros de salud de Mountain Park

Tempe Community Health Center
1492 S Mill Ave #312
Tempe, AZ 85281
Teléfono: 1-602-243-7277

Mountain Park Health Center - Goodyear
140 N Litchfield Rd
Goodyear, AZ 85338
Teléfono: 1-602-243-7277

Mountain Park Health Center - East Phoenix
690 N Cofco Center Ct, Ste 230
Phoenix, AZ 85008-6464
Teléfono: 1-602-286-6090

Native American Community Health Center,
Inc.
4520 N Central Ave, Ste 350
Phoenix, AZ 85012-3020
Teléfono: 1-602-279-5262

Armadillo Pediatrics
515 W Buckeye Rd, Ste 402
Phoenix, AZ 85003-2651
Teléfono: 1-602-257-9229

Estrella Family Medical -Maryvale
4700 N 51 Ave, Ste 1
Phoenix, AZ 85031
Teléfono: 1-623-344-6900

OSO Medical
378 N Litchfield Rd
Goodyear, AZ 85338-1239
Teléfono: 1-623-925-2622

St Vincent De Paul /Virginia G. Piper
Medical & Dental Clinic
420 W Watkins Rd
Phoenix, AZ 85003-2830
Teléfono: 1-602-261-6868

**Gracias por elegir Health Net Access.
Estamos encantados de poder asistirle
cuando nos necesite**

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

El **Centro tribal 638** es un centro administrado por una tribu indígena autorizada a prestar servicios conforme a la Ley pública 93-638 y sus enmiendas.

Acción es la denegación o aprobación limitada de un servicio solicitado, incluido el tipo o el nivel de servicio, una reducción, suspensión o finalización de un servicio que alguien ha estado recibiendo, la denegación,

total o parcial, del pago de un servicio, la imposibilidad de prestar servicios en forma oportuna, la imposibilidad de actuar dentro de los marcos de tiempo establecidos para resolver una apelación o reclamo y notificar a las partes afectadas, y la denegación de la solicitud de la persona elegible conforme al Título 19/21 de obtener servicios externos a la red cuando los servicios no están disponibles dentro de la red de proveedores.

Instrucciones previas son unas instrucciones escritas donde se comunican sus deseos acerca de qué tipo de cuidado (no) desea recibir.

Apelación es una solicitud formal de revisión de una medida o decisión relacionada con su servicio de salud mental que usted podría presentar si no estuviese conforme con una medida o decisión adversa tomada por un proveedor o por Mercy Maricopa para personas diagnosticadas con una enfermedad mental grave.

Aprobación de servicios es el proceso que se utiliza- cuando ciertos servicios que no son emergencias deben ser aprobados antes de que usted pueda recibirlos.

Sistema de Restricción de Costos de Atención de Salud de Arizona (AHCCCS) es la agencia estatal que supervisa el uso de fondos estatales y federales para proporcionar servicios de salud mental, los programas conforme al Título 19 (Medicaid), Título 21 y Servicios de cuidado a largo plazo de Arizona (ALTCS).

Acupuntura auricular es la ejercida por un acupunturista certificado que emplea agujas de acupuntura auricular para tratar problemas de alcoholismo, abuso de sustancias o dependencia química.

Proveedor de salud mental es a quien usted elige para obtener servicios de salud mental. Puede incluir médicos, asesores, otros profesionales/técnicos de salud mental y centros de tratamiento de salud mental.

Equipo clínico es un grupo de apoyo para niños y familias o un grupo de recuperación para adultos.

Reclamo es la expresión de insatisfacción ante cualquier aspecto de su cuidado que no sea una medida que pueda ser apelada.

Consentimiento para el tratamiento significa que usted da su autorización para recibir los servicios.

Copago es la cantidad que los miembros pagan directamente a un proveedor por cada artículo o servicio que reciben en el momento de ser atendidos. Los copagos pueden ser obligatorios (exigibles) u opcionales (nominales). Ciertos servicios y poblaciones están exentos de abonar copagos, es decir, no se les cobrará ningún copago obligatorio ni opcional.

Costo compartido o compartir costos se refiere a la responsabilidad de pagar primas, deducibles y copagos aplicables.

Cultura incluye, entre otros aspectos, el idioma que hablamos, nuestros pensamientos, la forma en que hablamos con los demás, relaciones, acciones, costumbres, creencias, valores, edad, capacidades o limitaciones físicas, tradicionales, identidad de género, orientación sexual, lugar de residencia, así como grupos sociales, religiosos, étnicos o raciales.

Cuadro médico de emergencia es una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de una gravedad tal (incluido el dolor grave) que una persona de a pie sin conocimientos específicos, con una cultura media sobre salud y medicina, podría esperar de forma razonable que no recibir atención médica inmediata implicaría:

- poner en serio peligro la salud del paciente (o, en el caso de las embarazadas, la salud de la mujer y el feto).
- un impedimento grave de las funciones fisiológicas.
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Transporte médico de emergencia se refiere a los servicios de ambulancia prestados en caso de un cuadro médico de emergencia.

Atención en la sala de emergencias se refiere a los servicios de emergencia que se reciben en la sala de emergencias.

Servicios de emergencia se refieren a la evaluación de un cuadro médico de emergencia y el tratamiento consiguiente para evitar el empeoramiento.

Inscrito es el proceso de ser apto para recibir servicios de salud mental pública.

Servicios excluidos son los servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no cubre o por los que no paga.

Apelación acelerada es una apelación que se procesa más rápido que una apelación estándar con el fin de no poner en riesgo grave la vida, la salud o la capacidad de la persona de alcanzar, mantener o retomar un funcionamiento máximo.

Queja/solicitud de investigación es un concepto destinado a aquellas personas a quienes se les diagnosticó una enfermedad mental grave, cuando sienten que sus derechos han sido violados.

Servicios y dispositivos de habilitación son servicios de atención médica que le ayudan a conservar, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir terapia ocupacional y física, y logopedia, entre otros.

Seguro de salud es una protección financiera frente a los costos de atención médica derivados de una enfermedad o lesión corporal accidental. Dicho seguro normalmente cubre todos o parte de los costos médicos del tratamiento.

Atención médica a domicilio implica los servicios de atención médica que una persona recibe en su casa.

Servicios de hospicio son los servicios que se proporcionan para ofrecer comodidad y apoyo a las personas que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad terminal, así como a sus familias.

Hospitalización es el cuidado proporcionado en un hospital que requiere la admisión como paciente y que normalmente implica pasar la noche en las instalaciones hospitalarias. Quedarse una noche en observación podría considerarse atención ambulatoria.

La atención hospitalaria ambulatoria se produce en un hospital y normalmente no requiere pasar la noche.

Servicio de Salud Indígena (IHS) se refiere a la oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos responsable de suministrar servicios de salud pública y médicos a indígenas americanos y nativos de Alaska en todo el país. El gobierno federal tiene la obligación legal directa y permanente de suministrar servicios de salud a la mayoría de los indígenas americanos conforme a los tratados celebrados con los gobiernos tribales.

Miembro es una persona inscrita en una RBHA para obtener servicios de salud mental.

Red se refiere a las instalaciones y a los proveedores contratados por su aseguradora o plan de salud para ofrecerle los servicios de atención médica.

Proveedor no participante es un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para proporcionarle servicios.

Proveedor participante es el proveedor contratado por el plan del seguro de salud.

Servicios de atención médica son aquellos proporcionados o coordinados por un médico autorizado (doctor en medicina o en medicina osteopática).

Plan se refiere a la vinculación de las prestaciones de una cobertura del seguro con un producto y con una estructura de reparto de costos, una red de proveedores y un área de servicio particulares.

Poder notarial es una declaración escrita que designa a una persona de su elección para que tome decisiones de atención médica o de salud mental por usted, en caso de que usted no pueda hacerlo.

Preautorización se refiere a la decisión que toma su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicina prescrita o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se habla de autorización, aprobación o certificación previa. Su seguro o plan de salud puede requerir una preautorización para ciertos servicios antes de que los reciba, salvo en caso de emergencia. Una preautorización no implica necesariamente que su seguro o plan de salud se vaya a hacer cargo de los costos.

Prima se refiere al importe que abone por su seguro de salud mensualmente. Además de su prima, normalmente tiene que pagar otros costos por su seguro de salud, como una franquicia, los copagos y el coaseguro.

Cobertura de medicamentos se refiere al seguro o plan de salud que le ayuda a pagar las medicinas y medicaciones recetadas.

Medicamentos recetados son los medicamentos y medicinas que, por ley, requieren una prescripción.

Médico de atención primaria es un médico (doctor en medicina o en medicina osteopática) que coordina o proporciona directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor se refiere a una persona o entidad que celebra un contrato con un plan AHCCCS para proporcionar los servicios cubiertos directamente a los miembros.

Red de proveedores es un grupo de proveedores que celebran contratos con las RBHA para proveer servicios de salud mental. Algunos condados pueden tener una cantidad limitada de proveedores en su red de proveedores de la cual escoger.

Situaciones evitables del proveedor son complicaciones o errores causados por condiciones de un hospital, personal de un hospital o profesional médico que afectan negativamente la salud de un miembro. Estas situaciones se enumeran en la Política y manual médico de AHCCCS, Capítulo 1000.

Remisión es el proceso (solicitud oral, escrita, por fax o electrónica) mediante el cual su proveedor lo “remitirá” a un proveedor para atención especializada.

Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA) es la agencia contratada por el ADHS para suministrar u organizar servicios de salud mental para personas aptas dentro de un área geográfica específica.

Servicios y dispositivos de rehabilitación son servicios de atención médica que le ayudan a mantener, recuperar o mejorar las capacidades y funciones para la vida diaria que había perdido o se habían dañado a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad.

Restricción es una restricción personal o mecánica, o un medicamento utilizado como restricción. Restricción personal es la aplicación de fuerza física sin el uso de ningún dispositivo para restringir el movimiento del cuerpo del receptor de servicios de salud mental. Restricción mecánica es cualquier dispositivo, artículo o prenda, conectado o adyacente al cuerpo de un receptor de servicios de salud mental, de modo tal que la persona no pueda quitárselo fácilmente y que restrinja la libertad de movimiento de la persona o el acceso normal al cuerpo de la persona.

Medicamento utilizado como restricción es una restricción farmacológica, que no es un tratamiento convencional para el cuadro médico o el problema de salud mental del receptor de servicios de salud mental, y que se administra para controlar la conducta del receptor de servicios salud mental en un modo que reduce el riesgo de seguridad para la persona o para otros, o que restringe temporalmente la libertad de movimiento del receptor de servicios de salud mental.

Reclusión es el aislamiento involuntario de un receptor de servicios de salud mental en una sala o en un área desde la cual la persona no puede irse o desde la cual otra persona cree razonablemente que se evita la fuga.

Enfermedad mental grave (SMI) es una afección que padecen personas a partir de los dieciocho años que, como resultado de un desorden mental como se define en A.R.S. § 36-501, muestran un estado emocional y mental lo suficientemente deteriorado como para interferir sustancialmente en su capacidad para ser un miembro de la comunidad -sin tratamiento o servicios de apoyo de larga duración o indefinidos. Para estas personas, la

inestabilidad mental es grave y persistente, lo que da lugar a una limitación de larga duración- de sus capacidades funcionales para realizar actividades de la vida diaria como relaciones interpersonales, tareas domésticas, cuidados personales, actividades laborales y recreativas-.

Priorización de servicios es el proceso por el cual las RBHA deben determinar cómo se utilizan los fondos estatales disponibles.

Atención de enfermería especializada se trata de los servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación suministrados de manera diaria y continua en un establecimiento de enfermería especializada. Por ejemplo, sesiones de fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo las puede suministrar una enfermera o doctor autorizados.

Título 19 (Medicaid; también puede llamarse AHCCCS) es el seguro de atención médica, dental y mental para personas-, niños y familias con rentas bajas.

Título 21 (también puede llamarse AHCCCS) es el seguro de atención médica, dental y mental para niños menores de 19 años con rentas bajas, sin ningún otro seguro y que no sean elegibles para el Título 19 (Medicaid).

Servicios de curación tradicionales para problemas de salud mental o abuso de sustancias son aquellos provistos por sanadores tradicionales calificados. Estos servicios incluyen el uso de rutinas o técnicas avanzadas destinadas a aliviar el sufrimiento emocional que puede ser evidente con los trastornos de las habilidades funcionales de la persona.

Autoridad de Salud Mental Regional Tribal (TRBHA) es una tribu de indígenas

americanos bajo contrato con la AHCCCS para proporcionar una gama de servicios de salud mental para personas específicas que sean residentes de la Nación Tribal reconocida por las autoridades federales.

TÉRMINOS MÉDICOS

Acción, una acción de Health Net Access:

- La denegación o la autorización limitada de un servicio que usted o su médico han solicitado
- La reducción, suspensión o finalización de un servicio existente
- La denegación del pago de un servicio, ya sea total o parcial
- La imposibilidad de prestar servicios de modo oportuno
- La imposibilidad de actuar dentro de determinados plazos temporales por quejas y apelaciones
- La denegación de la solicitud de un miembro que viva en el ámbito rural para la obtención de servicios fuera de la red cuando Health Net Access es el único plan de salud de la zona.

AHCCCS (Sistema de Restricción de Costos de Atención de Salud de Arizona (AHCCCS)) es la agencia estatal que administra el programa Medicaid en Arizona mediante el uso de fondos estatales y federales. AHCCCS suscribe planes administrados de salud a fin de brindar servicios médicos a los miembros elegibles.

Resolución de apelación es la decisión por escrito de Health Net Access en relación con una apelación.

Autorización es la aprobación necesaria por parte de su médico o plan de salud antes de obtener otros servicios de atención médica, entre los que se incluyen, entre otros, pruebas de laboratorio y radiología y visitas a especialistas y a otros proveedores de atención médica (consulte remisión).

Copago es un pequeño monto económico que paga cuando obtiene determinados servicios cubiertos.

Emergencia es un problema médico que podría causar graves problemas de salud o incluso la muerte si no se trata inmediatamente.

Equipo médico duradero es un equipo que:

- Se puede utilizar una y otra vez
- Se utiliza fundamentalmente con fines médicos.
- Habitualmente no es útil para una persona que no esté enferma o lesionada.
- Se utiliza con facilidad en el hogar.

Algunos ejemplos incluyen muletas, sillas de ruedas y andadores.

Planificación familiar es un programa de servicios de tratamiento e información para un miembro que voluntariamente decida demorar o evitar el embarazo.

Queja es cualquier expresión verbal o por escrito de insatisfacción por una cuestión que no sea una acción, según lo definido en esta guía, por parte de un miembro o proveedor autorizado por escrito para que actúe en nombre del miembro. Se puede presentar una queja oralmente o por escrito a cualquier empleado de Health Net Access. Las quejas incluyen, entre otras, las cuestiones en relación con:

- La calidad del cuidado o los servicios
- La accesibilidad o disponibilidad de los servicios
- Las relaciones interpersonales (por ejemplo, trato descortés de un proveedor o empleado, barreras culturales o insensibilidad).
- Reclamos o facturación
- Incumplimiento de los derechos de un miembro

Sistema de quejas es un sistema que incluye un proceso para las quejas y apelaciones del participante, las disputas de reclamos del proveedor y el acceso al sistema de Audiencia Imparcial Estatal.

Atención de maternidad incluye el asesoramiento médicamente necesario antes de la concepción y el embarazo, la atención de pruebas prenatales, atención del parto y servicios posparto.

Servicio médicamente necesario es un servicio cubierto que evitará las enfermedades, las discapacidades y otros problemas de salud o su evolución o que prolongará la vida.

Transporte médicamente necesario le transporta desde y hacia las instalaciones médicas requeridas.

Notificación de Determinación Adversa de Beneficios es una acción tomada si Health Net Access decide que el servicio solicitado no puede ser aprobado o si se reduce, suspende o finaliza un servicio existente. El miembro recibirá una “notificación de determinación adversa de beneficios” que le informará de qué medida se tomará y el motivo de ella; su derecho a presentar una apelación y la forma de hacerlo; su derecho a solicitar una audiencia imparcial con AHCCCS y la forma de hacerlo; su derecho a solicitar una resolución acelerada y la forma de hacerlo, y su derecho a solicitar que sus beneficios se mantengan durante la apelación, la forma de hacerlo y cuándo tendría que pagar el costo de los servicios.

Médico obstetra/ginecólogo es un médico que atiende a las mujeres durante el

embarazo, el parto, el posparto y los exámenes rutinarios.

Administración de Casos de Obstetricia es un vínculo con el gerente de casos de ginecología para mujeres embarazadas con los recursos comunitarios indicados, como el Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), clases preparto, abandono del tabaco, administración de casos de embarazos adolescentes, refugio y asesoramiento ante abuso de sustancias ilegales. Brindan apoyo, promueven el cumplimiento de las citas médicas durante el embarazo y prescriben planes de tratamiento médico.

Un **Proveedor externo a la red** es un proveedor que no está contratado ni autorizado por Health Net Access para brindar servicios a los miembros de Health Net Access.

Atención posparto es la atención médica que se brinda hasta los 60 días posteriores al parto.

Asesoramiento previo a la concepción es un servicio que tiene el objetivo de desvelar cualquier problema de alto riesgo y ayudar a las mujeres a mejorar su salud antes de quedarse embarazadas.

Atención prenatal es la atención médica brindada durante el embarazo.

Prescripción es la solicitud de su médico de un medicamento. La prescripción se puede solicitar por teléfono o por escrito.

Médico de atención primaria (PCP) es el médico que brinda o autoriza todas sus necesidades de atención médica. Su médico de atención primaria le remite al especialista si necesita servicios especiales.

Abuso y fraude del proveedor

- Falsificación de reclamos/disputas que incluyan los siguientes asuntos:
 - Alteración de un reclamo
 - Codificación incorrecta
 - Doble facturación
 - Presentación de datos falsos
- Acciones financieras/administrativas que incluyan los siguientes asuntos:
 - Sobornos
 - Falsificación de credenciales
 - Prácticas fraudulentas de inscripción
 - Reporte fraudulento de responsabilidad de terceros
 - Prácticas fraudulentas de reembolso
- Falsificación de servicios que incluyan los siguientes asuntos:
 - Facturación de servicios/suministros no brindados
 - Distorsión de servicios/suministros
 - Sustitución de servicios

Beneficiarios Calificados para Medicare (QMB) es un programa para miembros que califican tanto para AHCCCS como Medicare. AHCCCS se encarga del pago de los deducibles, coaseguros y primas de Part A y Part B de Medicare.

Autoridad de Salud Mental Regional (RBHA) es el administrador de salud mental contratado por el Sistema de Restricción de Costos de Atención de Salud de Arizona (AHCCCS) a fin de brindar servicios de salud mental en determinada área del estado.

Remisión es lo que se produce cuando su médico de atención primaria le remite a un especialista para que le trate un problema específico y habitualmente complejo.

Especialista es un médico que atiende necesidades específicas de atención médica.

Por ejemplo, un cardiólogo es un especialista. Para que le atienda un especialista, debe ser remitido previamente por su médico de atención primaria.

Atención urgente es la atención que se presta a una enfermedad, lesión o estado lo suficientemente graves como para que una persona razonable busque atención inmediatamente, pero no tanto como para que requiera ser atendida en la sala de emergencias.

DEFINICIONES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MATERNA

Matrona certificada es una profesional que tiene la certificación del American College of Nurse-Midwives tras un examen de certificación nacional y tiene la licencia para ejercer en Arizona según la Junta Estatal de Enfermería. Una matrona certificada practica la administración independiente del cuidado a mujeres embarazadas y neonatos, brindando atención antes, durante y después del parto, así como asistencia ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención médica que ofrece asesoramiento médico, administración colaborativa o administración de remisiones.

Embarazo de alto riesgo es un embarazo en el que la madre, el feto o el neonato se prevé o está en riesgo de morbilidad o fallecimiento antes o después del parto. El nivel de alto riesgo se determina empleando las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de la Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Matrona autorizada es una profesional autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona para que brinde atención a la maternidad de conformidad con el título 36, capítulo 6, artículo 7 de los

Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.) y el título 9, capítulo 16 del Código Administrativo de Arizona. (Este tipo de proveedor no incluye las matronas certificadas autorizadas por la Junta de Enfermería como enfermeras practicantes en asistencia al parto o asistentes médicos autorizados por la Junta Médica de Arizona).

Atención a la maternidad incluye la identificación del embarazo, la atención prenatal y la asistencia durante y después del parto.

Coordinación de la Atención a la Maternidad está formada por las siguientes actividades relacionadas con la atención a la maternidad: la determinación de las necesidades sociales o médicas de un miembro mediante la evaluación del riesgo; el desarrollo de un plan de atención diseñado para abordar estas necesidades; y el monitoreo de remisiones para garantizar que se reciben los servicios y la revisión del plan de atención, según resulte apropiado.

El término **Practicante** hace referencia a los practicantes certificados en asistencia al parto, asistentes del médico y otros practicantes de enfermería. Los asistentes del médico y los practicantes de enfermería se definen en el título 32, capítulos 25 y 15 respectivamente del ARS

Atención posparto es la atención médica que se brinda hasta los 60 días posteriores al - parto. Los servicios de planificación familiar están incluidos si los brinda un médico o practicante, como indica la Política 420 de este capítulo.

Los **servicios de asesoramiento previos a la concepción**, como parte de las visitas rutinarias de las mujeres, se brindan cuando resulta médicamente necesario. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y la administración de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye las labores para influir comportamientos que pueden afectar al feto (incluso antes de confirmar la concepción), así como la atención médica regular. El objetivo del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que una mujer está sana antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción no incluye pruebas genéricas.

La atención prenatal es la atención médica brindada durante el embarazo y está formada por tres elementos fundamentales:

- La evaluación temprana y continua de los riesgos
- La educación y promoción de la salud
- Monitoreo, intervención y seguimiento médico

Health Net Access

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A DICHS DATOS.

REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Efectivo a partir de 01.07.2017

For help to translate or understand this, please call 1-888-788-4408.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al telefono.

1-888-788-4408.

Los servicios de interpretación son gratuitos para usted.

Deberes de las entidades cubiertas:

Health Net Access es una entidad cubierta tal y como se define y se regula en la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros de salud de 1996 (HIPPA). Por ley, Health Net Access debe mantener la privacidad de su información médica confidencial (PHI), proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relativas a su PHI, cumplir las condiciones del Aviso vigente actualmente y notificarle en caso de un incumplimiento que pueda comprometer la seguridad de su PHI.

Este Aviso describe la forma en que podemos utilizar y revelar su PHI. Además, describe sus derechos para acceder, modificar y gestionar su PHI, así como de qué forma puede usted ejercer dichos derechos. El resto de usos y revelaciones de su PHI no descritos en este Aviso solo se llevará a cabo previa autorización escrita por su parte.

Health Net Access se reserva el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho a hacer efectivo el Aviso modificado o revisado para la PHI de la que ya disponemos, así como para la que recibamos en el futuro. Health Net Access revisará y distribuirá este Aviso lo antes posible siempre que se produzca un cambio sustancial en:

- los usos y revelaciones
- sus derechos
- nuestras obligaciones legales
- otras prácticas de privacidad indicadas en este Aviso

Pondremos cualquier Aviso modificado a su disposición a través de la guía para miembros.

Usos autorizados y revelación de su PHI:

A continuación se proporciona una lista de las formas en que podemos utilizar o revelar su PHI sin su permiso u autorización:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar o revelar su PHI a un médico o a otro proveedor de atención médica para proporcionarle tratamiento, para coordinar dicho tratamiento entre los proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones con autorización previa relativa a sus prestaciones.
- **Pago:** Podemos utilizar y revelar su PHI para realizar los pagos de las prestaciones que le proporcionan los servicios de atención médica. Podemos revelar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a la legislación federal de privacidad para sus propósitos de pago. Las actividades de pago pueden incluir:
 - procesamiento de reclamos
 - determinación de elegibilidad o cobertura de los reclamos
 - emisión de facturas de primas
 - revisión de los servicios por necesidad médica
 - revisión de la utilización de los reclamos
- **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y revelar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
 - prestar servicios de atención al cliente
 - responder a los reclamos y a las apelaciones
 - ofrecer una administración de los casos y la coordinación de la atención
 - llevar a cabo revisiones médicas de los reclamos y otras evaluaciones de calidad
 - actividades de mejora

En nuestras operaciones de atención médica, podemos revelar su PHI a los socios comerciales. Dispondremos de acuerdos por escrito a fin de proteger la privacidad de su PHI con dichos socios. Podemos revelar su PHI a otra entidad sujeta a la legislación de privacidad federal. Asimismo, la entidad debe haber establecido una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación de la calidad y actividades de mejora
 - revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la atención médica
 - administración de los casos y coordinación de la atención
 - detección o prevención de fraude o abuso de la atención médica.
- **Revelación de información al plan de salud de grupo/patrocinador del plan:** Podemos revelar su PHI a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleado u otra entidad que le esté proporcionando un programa de asistencia médica; en el caso de que el patrocinador haya aceptado ciertas restricciones sobre cómo utilizará o revelará la PHI (por ejemplo, acordar no usar esta información para acciones o decisiones relacionados con el empleo).

Otras revelaciones de su PHI permitidas u obligatorias:

- **Actividades de recaudación de fondos:** Podemos utilizar o revelar su PHI para actividades de recaudación de fondos, por ejemplo para una fundación benéfica o una entidad similar para contribuir a la finalización de sus actividades. Si nos ponemos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de dejar de participar o dejar de recibir mensajes relacionados en el futuro.
- **Propósitos relacionados con la suscripción del seguro:** Podemos utilizar o revelar su PHI para propósitos de suscripción del seguro, por ejemplo, para tomar una determinación sobre

una solicitud o petición de cobertura. Si utilizamos o divulgamos su PHI por las razones abajo mencionadas, nunca usaremos o revelaremos información genética en el proceso.

- **Recordatorios de cita/Alternativas de tratamiento:** Podemos usar y revelar su PHI para recordarle una cita de un tratamiento y de atención médica con nosotros, o bien para proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento u otras ventajas y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Como dicta la ley:** Si la ley federal, estatal o local obliga a usar o revelar su PHI, podemos usar o revelar esta información en la medida en que el uso o la revelación respeten dicha ley y limitándose a las exigencias de esta. Si dos o más leyes o regulaciones rigen el mismo conflicto de uso o revelación, nos atenderemos a las más restrictivas.
- **Actividades de salud pública:** Podemos revelar su PHI a una autoridad de salud pública con el objetivo de evitar o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos revelar su PHI a la FDA para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos o servicios que se encuentran bajo la jurisdicción de esta agencia del Gobierno de los Estados Unidos.
- **Víctimas de abuso o abandono:** Podemos revelar su PHI a una autoridad del gobierno federal, estatal o local, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes, en caso de que tengamos sospechas razonables de que se está produciendo una situación de violencia doméstica, abandono o abuso.
- **Procedimientos administrativos y judiciales:** Podemos revelar su PHI en procedimientos administrativos y judiciales. También podemos revelar esta información en respuesta a:
 - una orden judicial
 - un tribunal administrativo
 - una orden judicial de comparecencia
 - una citación
 - un mandamiento judicial
 - una petición de descubrimiento
 - una petición legal similar
- **Aplicación de la ley:** Podemos revelar su PHI relevante a las fuerzas policiales cuando se nos pida. Por ejemplo, en respuesta a:
 - una orden judicial
 - un mandamiento judicial
 - una orden judicial de comparecencia
 - una citación emitida por un funcionario de justicia
 - una citación del gran jurado

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

- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** Podemos revelar su PHI a un médico forense o a un examinador médico. Eso podría ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa del fallecimiento. Además, podemos revelar su PHI al director de una funeraria, en caso necesario, para que puedan llevar a cabo sus tareas.
- **Donación de órganos, tejidos u ojos:** Podemos revelar su PHI a las organizaciones de procuración de órganos. Asimismo, podemos revelar su información a los profesionales de la procuración, el almacenamiento en bancos o el trasplante de:
 - órganos cadavéricos
 - ojos cadavéricos
 - tejidos cadavéricos
- **Amenazas contra la salud y la seguridad:** Podemos usar o revelar su PHI si creemos de buena fe que es necesario para evitar o reducir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

- **Funciones especializadas del gobierno:** Si es usted miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos revelar su PHI como nos lo exijan las autoridades militares. También podemos revelar su PHI:
 - a las autoridades federales para la seguridad nacional
 - a las actividades de inteligencia
 - al Departamento de Estado para tomar determinaciones médicas de la conveniencia
 - a los servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas
- **Compensación de los trabajadores:** Podemos revelar su PHI para acatar las leyes relativas a la compensación de los trabajadores o a otros programas similares establecidos por ley que proporcionen beneficios por lesión o enfermedad laboral sin consideración de culpa.
- **Situaciones de emergencia:** Podemos revelar su PHI en caso de emergencia o, si se encontrara incapacitado o ausente, a un miembro de su familia, amigo íntimo, agencia de ayuda en caso de catástrofe o a cualquier otra persona previamente identificada por usted. Usaremos nuestro criterio y experiencia profesional para determinar si la revelación es lo mejor para usted. En tal caso, solo revelaremos la PHI directamente relevante a la persona involucrada en su cuidado.
- **Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un agente de policía, podremos revelar su PHI a la institución o al agente cuando esa información resulte necesaria para proporcionarle asistencia médica, proteger su salud o seguridad o la de los demás, o para garantizar la seguridad y protección de la institución.
- **Investigación:** En ciertas circunstancias, podemos revelar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación médica haya sido aprobado y en él se hayan establecido ciertas garantías para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y revelaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Estamos obligados a obtener su autorización escrita para usar o revelar su PHI, con contadas excepciones, para las siguientes causas:

Venta de la PHI: Solicitaremos su autorización escrita antes de realizar cualquier revelación que se considere como la venta de su PHI, es decir, aquella que implica que nosotros recibamos una compensación por revelarla.

Marketing: Solicitaremos su autorización escrita para utilizar o revelar su PHI para propósitos de marketing con contadas excepciones, como cuando mantenemos comunicaciones publicitarias directamente con usted o cuando le obsequiamos con regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia: Solicitaremos su autorización escrita para usar o revelar cualquier tipo de apunte que hayamos podido obtener durante la psicoterapia, con contadas excepciones, como para ciertas funciones relacionadas con los tratamientos, pagos o las operaciones de atención médica.

Derechos individuales

Los siguientes son sus derechos en lo que respecta a su PHI. Si desea hacer uso de cualquiera de ellos, póngase en contacto con nosotros sirviéndose de la información que encontrará al final de este Aviso.

- ***Derecho a revocar una autorización:*** Puede revocar (siempre por escrito) su autorización en cualquier momento. Dicha revocación será eficaz de forma inmediata, salvo en el caso de que ya hayamos llevado a cabo acciones basándonos en la autorización con carácter previo a la recepción de su revocación escrita.
- ***Derecho a revocar las restricciones:*** Tiene derecho a revocar las restricciones sobre el uso y la revelación de su PHI para el tratamiento, pago o las operaciones de atención médica, así como las revelaciones a personas involucradas en su cuidado o pago de su cuidado, como miembros de su familia o amigos cercanos. Su solicitud debe establecer las restricciones que solicita e indicar a quién se aplican. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta solicitud. Si la aceptamos, acataremos su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de urgencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la revelación de su PHI para los pagos y las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando haya pagado por completo el servicio o artículo de su bolsillo.
- ***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:*** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su PHI por ubicaciones o medios alternativos. El derecho solo se aplica si la información pudiera ponerle en peligro en el caso de que no se comunique por la ubicación o medio alternativo que desea. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero sí debe indicar que la información podría ponerle en peligro si no se cambiara la ubicación o medio de comunicación. Debemos ajustarnos a su solicitud si es razonable y especifica la ubicación o medio alternativo donde prefiere que le enviemos su PHI.
- ***Derecho al acceso y a recibir una copia de su PHI:*** Tiene derecho, con contadas excepciones, a consultar u obtener copias de su PHI contenida en un grupo designado de registros. Puede solicitar que aportemos las copias en un formato diferente a las fotocopias. Usaremos el formato que nos solicite a no ser que no podamos hacerlo en la práctica. Debe realizar una solicitud por escrito para poder acceder a su PHI. Si denegamos su solicitud, le aportaremos una explicación por escrito y le diremos si los motivos del rechazo son o no revisables y, en su caso, cómo solicitar dicha revisión.
- ***Derecho a modificar su PHI:*** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe realizarse por escrito y explicar el porqué del cambio. Podemos denegar su solicitud por ciertos motivos, como si no somos nosotros los autores de esa información y el creador tiene la capacidad de realizar la modificación. Si denegamos su solicitud, le aportaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración en la que haga constar su desacuerdo con nuestra decisión y nosotros adjuntaremos dicha declaración a la PHI de la que ha solicitado la modificación. Si aceptamos su solicitud para modificar la información, haremos lo posible por informar a los demás, incluidas a las personas que usted especifique, del cambio por incluir dichas modificaciones en cualquier futura revelación de la información.
- ***Derecho a recibir un informe de las revelaciones realizadas:*** Tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que, durante los últimos seis años, nosotros o nuestros socios empresariales han revelado su PHI. Esto no se aplica a la revelación para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, ni a revelaciones que haya autorizado o a otras ciertas actividades. Si solicita este informe más de una vez en un año, puede que le cobremos una tarifa razonable proporcional a los costos para responder a estas solicitudes adicionales. Le aportaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento en que realice la solicitud.

- ***Derecho a presentar un reclamo:*** Si considera que hemos infringido su derecho de privacidad o nuestras propias prácticas a este respecto, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono usando la información de contacto que encontrará al final de este Aviso.

Asimismo, puede presentar un reclamo al Secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a la dirección 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

NO EMPRENDEREMOS ACCIONES CONTRA USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.

- ***Derecho a recibir una copia de este Aviso:*** Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento usando la información de contacto que consta al final del documento. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia en papel.

Información de contacto

Si tiene alguna otra duda sobre este Aviso, sobre nuestras prácticas de privacidad relativas a su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede ponerse en contacto con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que aparece a continuación.

**Health Net Access
Attn: Privacy Official
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409
1-888-788-440**

