



MARICOPA
HEALTH PLAN

Count on us to care.

managed by



Manual Para Miembros



Atención al cliente

Dentro del estado **1-800-582-8686**

TTY/TDD **1-800-367-8939**

Página Web **www.mhpaz.com**

2502 E. University Drive, Suite 125
Phoenix, Arizona 85034

Los servicios contratados son financiados en parte bajo contrato con el Estado de Arizona



MARICOPA
HEALTH PLAN

Count on us to care.

managed by



CALENDARIO DE 2011

Enero						
S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Febrero						
S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

Marzo						
S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Abril						
S	M	T	W	T	F	S
						1 2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Mayo						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Junio						
S	M	T	W	T	F	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Julio						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Agosto						
S	M	T	W	T	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Septiembre						
S	M	T	W	T	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Octubre						
S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Noviembre						
S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Diciembre						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2 3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Citas:

Números de importancia:

Nombre de su médico de cabecera (PCP) _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Farmacia _____ Número de teléfono de la farmacia _____

Representante(s) autorizado(s): _____

Atención al Cliente de Maricopa Health Plan: Dentro del estado al Tel. 800-582-8686 o www.mhpaz.com

Condiciones médicas _____

Medicamentos _____

Alérgias _____

Oficina de elegibilidad _____

Otro(s) seguro(s) _____

Otros números de teléfonos importantes _____

¿Debe usted ir a la Sala de Emergencia o Atención Urgente?

EJEMPLOS DE SÍNTOMAS PARA LA SALA DE EMERGENCIAS

Falta de respiración extrema
Desmayos
Envenenamientos
Dolores en el pecho
Sangramiento descontrolado
Convulsiones

EJEMPLOS DE SÍNTOMAS PARA ATENCIÓN URGENTE

Vómitos por más de 6 horas (si es un niño pequeño, llame a su PCP)
Diarrea por más de 6 horas (si es un niño pequeño, llame a su PCP)
Dislocaciones de tobillo
Quemaduras y salpullidos leves
Reacciones alérgicas leves
Gripe, dolores de garganta con fiebre, dolores de oído

Contenido

Información General

Términos	2
Puntos Clave para los Miembros	2
Función de su Médico de Cabecera o PCP.....	2
Cómo seleccionar o cambiar su médico de cabecera	3
Cómo hacer, cambiar o cancelar una cita	3
Tarjetas de Membresía.....	3
Centro de Atención al Cliente	3
Selección de Inscripción Anual.....	4
Renovando la Cobertura AHCCCS	4
Cambios del Plan Médico	4
Qué debe hacer cuando cambia el tamaño de su familia	4
Mudanzas	5
Conocimiento Cultural.....	5
¿Como puede su médico ayudarlo a mantenerse saludable?	5

Servicios Cubiertos

Proceso de Aprobación y Negación	6
Servicios a Domicilio y a través de su Comunidad (HCBS)	7
Cuidado de Hospital	7
Gestión de Casos.....	7
Control y Tratamiento de Enfermedades.....	7
Educación y Prevención sobre el Uso de Tabaco.....	7
Cuidado Dental.....	7
Servicios de Farmacia y Ayuda de Farmacia fuera de horario.....	8
Servicios de Salud Comportamental y Emergencias.....	8
Interrupciones de Embarazo Medicamente Necesarias.....	10
Detecciones para la Salud de la Mujer	10
Planificación Familiar y la Programa de Extensión para la Planificación Familiar	10
Definiciones y cuidado de maternidad.....	11
Cuidado Prenatal	13

Programa WIC para Mujeres, Bebés y Niños	13
Well-Child Care / Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento	13
Niños con Necesidades de Servicios de Salud Especiales.....	15
Servicios de Primera Infancia.....	15
Head Start.....	15
Herramienta de Evaluación de los Padres del Nivel de Desarrollo (PEDS).....	15
Recursos de la Comunidad Adicionales.....	15

Cambios en beneficios

Tabla de cambios en la cobertura de servicios a partir de 1 de octubre de 2010	16
Copagos.....	18
<i>Cambios de copagos de AHCCCS a partir de 1 de octubre de 2010</i>	
<i>Copagos obligatorios y no obligatorios</i>	

Servicios no cubiertos

Servicios no cubiertos	20
------------------------------	----

Otros beneficios

Referidos a los Especialistas	21
Coordinación de beneficios	21
Transporte a citas médicas	22
Uso de Atención Urgente y Sala de Emergencias	23

Derechos de Miembros

Preocupaciones o Quejas sobre Maricopa Health Plan	23
Apelaciones y Solicitud de Audiencia Justa	24
Derechos y Responsabilidades de los Miembros	24
Directrices por Adelantado	26
Qué es Fraude y Abuso	26

Bienvenida y agradecimiento

Bienvenidos y gracias por seleccionar a Maricopa Health Plan (MHP) como su proveedor del plan de salud de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS).

Maricopa Health Plan es administrado por University Physicians Healthcare (UPH). University Physicians Healthcare es un grupo de médicos que atiende, enseña y estudia a los pacientes a través del Colegio de Medicina de la Universidad de Arizona.

A través de Maricopa Health Plan, usted podrá usar las oficinas médicas de University Physicians y nuestra red comunitaria de proveedores de atención primaria y especialistas. Los médicos de Maricopa Health Plan lo atenderán a usted y a su familia cuando estén enfermos y cuando estén sanos. La oficina médica de su médico de cabecera (PCP) proveerá los servicios de salud que usted necesite. Su equipo de salud puede incluir médicos, enfermeros capacitados y asistentes al médico. Ellos trabajan en equipo para proporcionarle atención.

Servicios de Interpretación de Idiomas

Maricopa Health Plan está orgulloso de tener pacientes provenientes de diferentes países, con distintas culturas e idiomas. Como miembro de MHP, usted tiene acceso a un servicio que ofrece servicios de traducción en 150 idiomas con el propósito de proveer este manual y otra información en otros idiomas además del inglés, en audiocasete, o en el Lenguaje de Señas Americano, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al Tel.1-800-582-8686. Gracias.

- Árabe:** إذا كنت تحتاج إلى هذا الكتيب أو أي معلومة أخرى بلغة أخرى غير الإنجليزية، أو على شريط سمعي، أو بلغة الإشارة الأمريكية، يرجى الاتصال بأحد أعضاء فريق الخدمة على تليفون رقم 1-800-582-8686... شكرا لك.
- Chino:** 如果您需要以英语之外的语言出版、或者以录音磁带或美国手语呈现的手册或任何其他资讯，请拨电 1-800-582-8686 与我们的会员服务部门接洽。谢谢。
- Persa:** چنانچه به این کتاب یا اطلاعات دیگری به زبانی غیر از انگلیسی، به صورت نوار صوتی، یا به زبان اشاره نیاز دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضاء با شماره 1-800-582-8686 تماس بگیرید. متشکریم.
- Somalí:** Hadii aad rabtid buugan macluumaadka ama macluumaad kale oo ku qoran of aan english ahayn, ama iyadoo hadal ah ku duuban cajalad, ama iyadoo ah luuqad tilmaameedka gacanta (American Sign Language), fadlan kala soo xiriir xafiska adeegyada xubnaha nambarkan 1-800-582-8686. Mahadsanid.
- Español:** Maricopa Health Plan está orgulloso de tener pacientes provenientes de diferentes países, con distintas culturas e idiomas. Como miembro de MHP, usted tiene acceso a un servicio que ofrece servicios de traducción en 150 idiomas con el propósito de proveer este manual y otra información en otros idiomas además del inglés, en audiocasete, o en el Lenguaje de Señas Americano, comuníquese con servicios para miembros al Tel.1-800-582-8686. Gracias.
- Vietnamés:** Nếu quý vị cần số tay hướng dẫn này hoặc bất kỳ thông tin nào khác bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh, trong băng audio, hay bằng Ngôn ngữ Cử chỉ Mỹ, xin hãy liên hệ Dịch vụ Thành viên tại 1-800-582-8686. Cảm ơn bạn.

Maricopa Health Plan ofrece servicios de traducción y materiales impresos a sus miembros de acuerdo con su necesidad. Llame al Centro de Atención al Cliente para solicitar servicios de traducción a tiempo y de acuerdo con sus citas. Usted nos puede llamar si desea este manual o cualquier otra información en un idioma diferente al Español, en audio casete, o en Lenguaje de Señas Americano. No hay costo por los servicios de traducción o interpretación en otros idiomas.

Información General

MHP es un Plan de Servicios Médicos Administrados. Un plan de servicios médicos administrados es un plan de salud que provee servicios de salud a sus miembros a través de un grupo seleccionado de médicos, hospitales y farmacias. Usted y su médico desempeñan una parte esencial de su plan de servicios médicos administrados. Su médico ayuda a decidir los servicios que usted necesita, así es que es importante que usted vea a su médico y hable con él o ella sobre su salud. Usted y su familia necesitan chequeos regulares con su médico. Los chequeos regulares ayudan a mantenerlo saludable a usted y sus niños.

Términos

Los siguientes términos se utilizan en este manual. Este es el significado:

AHCCCS	Arizona Health Care Cost Containment System (Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud del Estado de Arizona)
AHCCCSA	Arizona Health Care Cost Containment System (Administración del Sistema de Contención de Costos para el Cuidado de Salud del Estado de Arizona)
CRS	Children's Rehabilitative Services
DES	Department of Economic Security
EPSDT	Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico
MCH	Salud Maternal de Niños
MHP	Maricopa Health Plan
PCP	Médico de Cabecera o de Atención Primaria
RBHA	Regional Behavioral Health Authority [Autoridad de Salud de Comportamiento Regional]
SOBRA	Sixth Omnibus Budget Reconciliation Act [Ley de Reconciliación del Presupuesto]
SSI	Seguridad de Ingreso Suplementario
TANF	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas

Puntos Clave para los Miembros

RECUERDE – Es su responsabilidad como miembro de asegurarse siempre de tomar estos pasos cuando necesita servicios de salud:

- 1) **Siempre debe de tener, y enseñar, su tarjeta de identificación de AHCCCS.**
- 2) Llame a la oficina de su médico para servicios preventivos, chequeos regulares y cuando necesite atención médica.
- 3) mantenga sus citas médicas.
- 4) Asegúrese de tener el referido de su médico u hospital cuando necesite ver a un especialista.
- 5) Siga las órdenes de su PCP.

Función de su Médico de Cabecera (PCP)

El médico de cabecera o PCP es un médico que se asigna y quién tiene una función muy importante en el cuidado de su salud. Su PCP se familiarizará con usted, sus necesidades de salud y sus antecedentes médicos. Su PCP proveerá los servicios de salud rutinarios y se encargará de hacer los arreglos para cualquier tipo de atención especializada que usted necesite. Usted tiene que ver a su PCP antes de ver a cualquier otro médico, a menos que usted tenga una emergencia o un problema de comportamiento conductual. Si usted tiene 20 años de edad o menos, usted puede visitar a un dentista sin primero tener que visitar a su PCP. Para más información sobre el uso de la sala de emergencias, revise la sección titulada "Uso de Atención de Urgencia y Sala de Emergencias" en la página 23.

AVISO: Las mujeres mayores de 18 años de edad pueden hacerse un Papanicolaou o una mamografía una vez al año sin necesitar un referido de su PCP.

No se cubren las visitas preventivas para miembros de más de 21 años de edad. Lea los beneficios excluidos en las páginas 16 a 17. Para más información sobre pruebas Papanicolaou, mamografías

y colonoscopías, comuníquese con Atención al Cliente.

Cómo seleccionar o cambiar su médico de cabecera (PCP)

Es importante que usted seleccione un PCP con quién se sienta cómodo. Cuando usted tiene un PCP que le agrada, su PCP podrá ayudarlo mejor con su atención de salud. Esta relación es muy importante en proveerle con el cuidado que usted necesita. Usted puede encontrar una lista de médicos de MHP en nuestra página de Internet www.mhpaz.com o llamando a Atención al Cliente.

- Si usted desea cambiar su PCP, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente para obtener asistencia. Usted también puede presentar una solicitud de cambio escribiendo a la dirección en la cubierta.
- Nosotros le alentamos a que no cambie su PCP más de 5 veces al año.
- Si usted tiene algún problema con su PCP, llame al Centro de Atención al Cliente. Estamos aquí para ayudarlo.
- Un cambio de PCP puede tomar vigencia el mismo día que se solicite.
- Una lista de los médicos de Maricopa Health Plan y las farmacias participantes pueden encontrarse en nuestro sitio web. Llame al Centro de Atención al Cliente si desea solicitar que le envíen una copia de la lista de proveedores completamente gratis.

Cómo hacer, cambiar o cancelar una cita

PARA HACER UNA CITA:

- Llame a su PCP, dentista o especialista para hacer una cita.

- Proporcione la siguiente información en la oficina del proveedor:
 - Su nombre
 - Su número de identificación de Maricopa Health Plan
 - El nombre de su PCP
 - La razón por la cual desea ver a este médico

PARA CAMBIAR UNA CITA:

- Llame a la oficina de su médico por lo menos 24 horas antes
- Proporcione la siguiente información en la oficina del médico:
 - Su nombre
 - Su número de identificación de Maricopa Health Plan
 - La fecha de su cita
 - Pida una nueva cita para ver a su médico

PARA CANCELAR SU CITA:

- Llame a la oficina de su médico 24 horas antes
- Proporcione la siguiente información en la oficina del médico:
 - Su nombre
 - Su número de identificación de Maricopa Health Plan
 - Fecha de su cita
 - Que usted desea cancelar la cita
 - Si es necesario, cancele su reservación de transporte

Si usted no puede comunicarse con la oficina de su médico y necesita ayuda, comuníquese con Atención al Cliente.

Tarjetas de Membresía

Una vez que usted califica para AHCCCS, usted recibirá una Tarjeta de Identificación de Membresía. No pierda esta tarjeta. Es muy importante que usted tenga esta tarjeta con usted en todo momento para presentarla cuando reciba servicios médicos. Esta tarjeta lo identificará

como miembro de Maricopa Health Plan y los números de teléfonos y la información importantes que su proveedor de cuidado de salud necesitará.

Usted es el único que puede usar su tarjeta de AHCCCS para obtener Servicios de Atención Médica. Nunca preste, venda o permita que otra persona use su tarjeta. Esto está en contra de la ley, y usted puede perder su elegibilidad de AHCCCS. También puede interponerse una acción legal contra usted.

USTED NECESITARÁ SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AHCCCS PARA:

- Hacer citas médicas
- Ve a su médico
- Obtenga medicamentos y suministros
- Obtener servicios en un hospital u otros proveedores médicos
- Obtenga asistencia e información en el Centro de Atención al Cliente

Si usted no tiene una tarjeta de identificación de AHCCCS o si se le ha perdido la suya, llame a AHCCCS al Tel. 602-417-4000 ó 1-800-654-8713 para obtener una nueva tarjeta.

Centro de Atención al Cliente

El Centro de Atención al Cliente está compuesto de representantes que hablan inglés y español quienes están disponibles para ayudar a que usted obtenga la atención médica que usted necesita. Usted puede llamar al Centro de Atención al Cliente al Tel. 1-800-582-8686, o si usted es un usuario de TTY, comuníquese con Arizona Relay System al Tel. 1-800-367-8939.

ALGUNAS DE LAS MANERAS QUE PODEMOS AYUDARLO SON:

- Responder preguntas sobre los servicios, beneficios y copagos de cobertura
- Proveer información sobre los doctores, enfermeros y asistentes de médicos

CUANDO LLAME A ATENCIÓN AL CLIENTE, TENGA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LISTA:

Su nombre, su número de identificación de AHCCCS, su fecha de nacimiento, y su número de teléfono y dirección que aparecen en el registro. Usted también necesitará un lápiz y un papel para escribir información importante que le proporcionemos.

- Proveer información sobre los programas disponibles a los miembros
- Ayudarlo a seleccionar o cambiar su PCP
- Ayudarlo a comprender el plan de Maricopa Health Plan
- Ayudar a obtener una reservación de transporte a su médico o hacer citas médicas
- Ayudar a hacer, cambiar o cancelar sus citas médicas
- Proveerle con información sobre dentistas o especialistas
- Ayudar si tiene una queja o un problema
- Ayudar con sus derechos como miembro
- Ayudar a obtener un intérprete para sus citas médicas si usted no puede comunicarse con su médico. Este servicio se provee sin costo.
- Ayudar a cambiar su número de teléfono y dirección con AHCCCS.

Si usted está actualmente siendo tratado por condiciones tales como la diabetes, el cáncer, el asma, salud mental, SIDA / VIH, o cualquier incapacidad, llame inmediatamente a Atención al Cliente. Le referiremos a un supervisor de casos para asegurarnos que usted está obteniendo la atención que necesita.

Selección de Inscripción Anual (AEC)

Todos los años, durante la fecha de su aniversario de inscripción de AHCCCS, usted puede cambiar su plan de salud durante su AEC (selección de inscripción anual). AHCCCS le enviará información dos meses antes de su fecha de aniversario. Si usted está pensando dejar MHP, comuníquese con Atención al Cliente para que podamos ayudar a resolver cualquier problema que usted tenga. MHP valora su membresía.

Renovando la Cobertura AHCCCS

Los miembros de AHCCCS están requeridos a renovar su elegibilidad una vez al año. Usted recibirá una

carta cuando sea tiempo para renovar. La carta le informará con quién comunicarse para renovar sus beneficios y cuando termina la cobertura. Tome el tiempo para actualizar su información de elegibilidad y continuar su cobertura de AHCCCS. Asegúrese igualmente de actualizar su número de teléfono y su dirección. Su renovación se procesará por AHCCCS si usted está inscrito en KidsCare. Todos los otros miembros de MHP deben comunicarse primeramente con el Departamento de Seguridad Económica al Tel. 1-800-352-8401 o a su oficina de elegibilidad de Seguro Social al Tel. 1-800-772-1213 para renovar la cobertura. Usted puede llamar a Atención al Cliente de MHP si tiene alguna pregunta o necesita asistencia con el proceso de renovación. Estamos contentos con responder cualquier pregunta que usted tenga.

Su inscripción de MHP puede terminar si usted ya no califica para AHCCCS o KidsCare (Título XXI) o si usted:

- Descontinúa recibiendo TANF
- Descontinúa recibiendo estampillas de alimentos
- Descontinúa recibiendo SOBRA

Si usted no sabe por qué ya no está inscrito, llame a AHCCCS al Tel. 1-800-654-8713.

Cambios del Plan Médico

Existen ciertas razones por las cuales usted puede cambiar su plan de salud fuera del período normal de selección de inscripción anual (AEC).

1. No le proporcionaron una selección de planes de salud.
2. Usted no recibió su carta de AEC.
3. Usted recibió su carta de AEC pero no pudo participar en su AEC debido a razones fuera de su control.

SI SU DIRECCIÓN O NÚMERO DE TELÉFONO CAMBIA, ES MUY IMPORTANTE QUE LO REPORTE.

- Llame a su oficina de elegibilidad de D.E.S. con su nueva dirección y número de teléfono.
- Llame a Atención al Cliente con su nueva dirección y número de teléfono.
- Miembros de KidsCare pueden llamar gratis al Tel. 1-877-764-5437.

4. Otros miembros de su familia están inscritos con otro plan médico (a menos que le hayan dado una opción durante el proceso de AEC y no hubo cambio).
5. Usted es miembro de un grupo especial y necesita ser inscrito en el mismo plan médico del grupo especial.
6. Usted regresó a AHCCCS dentro de noventa (90) días y no lo inscribieron en el plan médico que tenía antes.
7. Usted tiene una razón medica por la cual debe mantenerse con el proveedor actual y él o ella a no están en nuestro plan.

Si usted desea cambiar su plan de salud debido a cualquiera de las razones anteriores, llame a AHCCCS al Tel. 1-800-654-8713. Si existe otra razón por la cual usted debe cambiar su plan de salud, o si tiene preguntas sobre cómo cambiar su plan de salud, llame a Atención al Cliente.

Qué debe hacer cuando cambia el tamaño de su familia

Si hay algún cambio en el tamaño de su familia por causa de nacimiento, matrimonio, adopción o divorcio, usted debe llamar a la oficina de elegibilidad (DES o Seguro Social) para asegurarse que todos

CADA NUEVA PERSONA EN SU FAMILIA TIENE QUE CALIFICAR PARA AHCCCS. USTED TIENE QUE LLAMAR A LA OFICINA QUE LO CALIFICÓ PARA AHCCCS Y AÑADIR A UN NUEVO MIEMBRO O SI CUALQUIER MIEMBRO SE MUDA Y LA FAMILIA SE ACHICA. SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA, LLAME A ATENCIÓN AL CLIENTE DE MHP.

los miembros de la familia están cubiertos por Maricopa Health Plan.

Si usted es miembro de KidsCare, llame gratuitamente a la unidad de KidsCare de AHCCCS al Tel. 1-877-764-5437 para reportar esos cambios.

Acuérdese que es importante reportar inmediatamente el nacimiento de un nuevo bebé para que su bebé califique para los servicios.

Mudanzas

¿QUÉ OCURRE SI USTED SE MUDA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIOS?

Si usted se muda fuera del país, fuera del estado de Arizona o fuera de su condado, su plan actual no será válido si usted se muda fuera de su área de servicio.

Antes de mudarse, comuníquese a:

- Maricopa Health Plan, llamando a Atención al Cliente
- Su PCP
- La oficina de elegibilidad de AHCCCS
- Su oficina de SSI, si usted está recibiendo beneficios de SSI
- DES, si usted recibe TANF, estampillas de alimentos o está inscrito en SOBRA
- Para miembros de KidsCare (Título XXI), llame a AHCCCS al Tel. 602-417-5437 o al número gratis, 1-877-764-5437.

Si usted tiene alguna pregunta sobre su inscripción, llame a Atención al Cliente o a AHCCCS al Tel. 602-417-4000.

Conocimiento Cultural

Nosotros valoramos a las muchas y diferentes personas que viven en el área que servimos. Nosotros entendemos que existen muchos orígenes étnicos y estilos de vida

diferentes entre los residentes del condado de Maricopa.

MHP reconoce que su salud se afecta debido a sus creencias, su cultura y sus valores. Queremos ayudar a que usted mantenga buena salud y una buena relación con los médicos que comprenden sus necesidades. Si usted cree que hay algún problema, comuníquese con nosotros. Le ayudaremos a encontrar a un proveedor que comprenda mejor sus necesidades personales.

MHP provee servicios de traducción e interpretación para sus miembros sin costo a usted. Si usted no puede hablar con su proveedor debido a un problema del idioma, llame a Atención al Cliente. Podemos hacer las gestiones para que un intérprete le ayude en la cita.

Si usted necesita éste o cualquiera de nuestros materiales impresos en otro idioma, comuníquese con Atención al Cliente.

Llámenos y déjenos saber si se nos ha olvidado cualquier cosa que sea importante para usted. Nosotros trataremos de ayudar. Queremos que usted se sienta cómodo con las personas y los servicios que componen Maricopa Health Plan.

ASK ME 3

Maricopa Health Plan ofrece un excelente programa conocido como Ask Me 3. Le ayudará a hablar con su médico.

Use las preguntas Ask Me 3 para comprender mejor su salud:

- 1) ¿Cuál es el problema principal?
- 2) ¿Qué necesito hacer?
- 3) ¿Por qué es importante que yo haga esto?

Si todavía no comprende lo que necesita hacer, comuníquese con su PCP, su enfermero(a), su farmacéuta u otro proveedor.

Como todos nosotros, los médicos tienen un horario muy ocupado. Aun así, su PCP desea que usted sepa:

- Lo más que pueda sobre su condición
- La razón por lo cual esto es importante para su salud
- Pasos que puede tomar para mantener su condición bajo control.

Partnership for Clear Health Communication

Llame a Atención al Cliente si usted desea hablar con alguien sobre Ask Me 3.

¿Cómo puede su médico ayudarlo a mantenerse saludable?

- Asegúrese que los niños entre las edades de 0 – 20 reciban sus exámenes anuales de prevención y sus vacunas.
- Los adultos mayores de 21 años deben visitar a su PCP cuando tienen síntomas o se desarrolla una enfermedad.
- Haga citas para sus exámenes preventivos tales como pruebas Papanicolau, mamografías y detecciones del cáncer una vez al año. Las colonoscopías pueden programarse una vez cada diez años. No se cubren las visitas preventivas para miembros de más de 21 años de edad. Lea los beneficios excluidos en las páginas 16 a 17. Para más información sobre pruebas Papanicolau, mamografías y colonoscopías, comuníquese con Atención al Cliente.
- Mantenga su cita para los exámenes que su médico haya ordenado para usted.
- Sepa por qué es importante que usted se haga ese examen y lo que puede ocurrir si no se lo hace.
- Pídale a su médico que lo ayude a aprender cómo puede cuidarse mejor.

USTED PUEDE PERDER SUS SERVICIOS DE AHCCCS SI NO LE COMUNICA A ESTAS OFICINAS QUE SE ESTÁ MUDANDO.



Servicios Cubiertos (incluyendo los servicios dentales y comportamentales)

Como miembro de Maricopa Health Plan, usted debe recibir los siguientes beneficios de salud. La lista a continuación no incluye todos los servicios. Su PCP puede proveerle estos servicios o él o ella puede hacer planes para que usted reciba estos servicios de parte de otro proveedor (conocido como un especialista).

Usted tiene que ver a su PCP antes de ver a cualquier otro proveedor o intentar de obtener servicios fuera. Usted no tiene que ver a su PCP si está teniendo una emergencia, un problema de salud comportamental o servicios de obstetricia y ginecología. Los niños entre las edades de 0 – 20 pueden visitar al dentista sin referencia del PCP.

Acuérdese que miembros de KidsCare obtienen beneficios hasta los 18 años de edad.

Para nuestros miembros, los servicios listados a continuación serán cubiertos por MHP. Llame o escriba a Atención al Cliente de MHP para más detalles sobre estos servicios:

- Ambulancia para atención de emergencia
- Atención de Salud Comportamental
- Atención médica mientras esté embarazada
- Gestión de Casos
- Exámenes preventivos para niños, mujeres embarazadas y miembros beneficiarios calificados de Medicare (QMB) y con enfermedades mentales graves (SMI)
- Los servicios para niños incluyen atención dental rutinaria
- Los servicios quiroprácticos para niños y miembros QMB
- Servicios de emergencia médica o quirúrgicos relacionados con atención dental (oral) ▲
- Diálisis
- Control y Tratamiento de Enfermedades

- Tratamiento médico de emergencia o atención urgente
- Lentes o lentes de contacto para niños, o para adultos únicamente después que las cataratas se hayan removido
- Planificación Familiar/Control de la Natalidad
- Servicios de atención médica a través de exámenes de detección, diagnosis y tratamiento médicamente necesarios para miembros de mayores de 21 años
- Cuidado de hospicio para miembros EPSDT
- Cuidado de Hospital
- Análisis de laboratorio y placas
- Exámenes médicos
- Cuidado de los pies medicamente necesario no proporcionado por un podiatra
- Medicinas de una lista de medicamentos aprobados, el Formulario de Medicamentos de MHP
- Visitas de oficina para los niños, QMB, SMI, o para un adulto con síntomas o enfermedad
- Servicios ginecológicos preventivos y rutinarios (ginecología) para miembros del sexo femenino (acceso directo, sin necesidad de recomendación de su PCP)
- Transporte a sus visitas clínicas
- Segundas Opiniones: Usted tiene el derecho a una segunda opinión de parte de un profesional de cuidado de salud calificado dentro de la red. Si uno no está disponible en la red, usted tiene el derecho de obtener una segunda opinión fuera de la red sin costo a usted.
- Suministros y equipo, incluyendo equipo y suministros de pruebas diabéticas del Formulario de Medicamentos de MHP ▲
- Exámenes de prevención inclusive dental, audición, vacunas y cuidado de la vista

Es posible que su PCP quiera que usted vea a un especialista u obtenga

servicios especiales. Él o ella se encargará de hacer los arreglos para los servicios especiales listados a continuación. Algunos de estos pueden requerir autorización previa de parte de MHP.

- Enseñanza de dieta y salud
- Atención de salud en el hogar
- Trasplante de órganos ▲
- Cuidados en Centros de Enfermería Especializada
- Servicios de rehabilitación tales como la terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla ▲
- Cuidado especializado
- Servicios sociales

En casos especiales, es posible que usted pueda obtener servicios fuera de su área de servicio. Para más información, comuníquese con Atención al Cliente.

Proceso de Aprobación y Negación:

Algunos de los servicios médicos listados a continuación pueden requerir la aprobación de MHP. Si es así, su proveedor hará los arreglos para obtener autorización para estos servicios. MHP tiene que revisar estas solicitudes de autorización antes que usted pueda obtener el servicio.

La oficina de su PCP se comunicará con usted cuando obtengan la autorización. Usted también puede llamar a Atención al Cliente para informarse sobre el estado de su solicitud.

Si se niega la autorización, MHP le informará por correo. En la carta, usted obtendrá las instrucciones de cómo presentar una apelación. La carta describirá el motivo de la denegación. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con Atención al Cliente. Si usted tiene alguna pregunta sobre la denegación, usted puede llamar al Centro de Atención al Cliente o escribirnos a la dirección listada en la cubierta de

este manual. Refiérase a la página 24 para más información sobre cómo presentar una apelación si su autorización es denegada.

ACUÉRDESE QUE: Algunos de los servicios listados a continuación tienen que ser aprobados por MHP. MHP solamente pagará por aquellos servicios que sean ordenados por su PCP y han sido aprobados por MHP. Para que estos servicios se cubran, tienen que ser necesarios desde un punto de vista médico.

Servicios a Domicilio y a través de su Comunidad (HCBS)

Su PCP puede decidir que usted reciba servicios que generalmente se proporcionan en un hospital o en un centro de convalecencia. En vez de estas localidades, su PCP puede solicitar una centro de convalecencia o servicios a domicilio y comunitarios (HCBS) para usted. Estos arreglos están cubiertos por su plan por un máximo de noventa (90) días al año, y tienen que ser aprobados por MHP.

Cuidado de Hospital

- Sangre y plasma sanguíneo
- Cuidado intensivo
- Laboratorio, radiografías y servicios de imágenes
- Medicamentos
- Atención de enfermería
- Sala de operaciones y cuidado de hospital
- Servicios de médicos, cirujanos, especialistas

Gestión de Casos

La gestión de casos es un beneficio que MHP le ofrece gratuitamente. Nuestra meta es ayudar a que usted se mantenga saludable por medio de educación y su propia planificación de cuidado de salud. Un equipo de enfermeros lo ayudarán a usted y a

los miembros de su familia a obtener el cuidado de salud y a comprender los medicamentos que necesiten, y a trabajar con usted y con su PCP para obtener cualquier otro servicio que usted necesite para mantenerlo saludable. Para más información, comuníquese con Manejo de Casos al Tel. 1-877-874-3933.

Control y Tratamiento de Enfermedades

Otro servicio que ofrecemos a los miembros de MHP gratuitamente es el control de enfermedades. Si usted tiene problemas de salud tales como la diabetes o el asma, o si usted está buscando maneras de mantenerse saludable, nuestros supervisores de enfermedad pueden ayudarlo. Para más información, comuníquese con Manejo de Casos al Tel. 1-877-874-3933.

Educación y Prevención sobre el Uso de Tabaco

El programa de Cese de Uso de Tabaco de Maricopa Health Plan ofrece un número de productos para el reemplazo de nicotina (parches, pastillas disolventes, goma de mascar) y medicamentos para ayudar a que usted cese el uso del tabaco. Cuando usted y su médico deciden el producto que sea mejor para usted, un suministro de doce semanas está disponible con receta cada seis meses según sea necesario. Solamente un producto puede seleccionarse a la misma vez. Los miembros también tienen disponible apoyo telefónico gratuito a través de la línea directa Arizona Smokers Hotline (ASHline) patrocinada por el Departamento de Servicios de Salud y el Programa de Prevención del estado de Arizona (ADHS-TEPP). ASHline puede ayudar sin costo alguno

a planificar una fecha para cesar de fumar y proporcionar apoyo. Si usted desea más información sobre cómo dejar el uso de tabaco, comuníquese a ASHLine al Tel. 1-800-556-6222, en la web visite www.ashline.org, o llame al Centro de Atención al Cliente de Maricopa Health Plan.

Cuidado Dental

- Todos los chequeos y tratamientos dentales están cubierto por el plan de salud para miembros de 20 años y menor.
- Los niños no tienen que ser referidos por un PCP a un dentista.

A los 12 meses de edad, los niños deben comenzar a ver a un dentista para un chequeo cada seis meses. MHP envía recordatorios de chequeos dentales por correo. Los dentistas pueden ayudar a prevenir las caries. Ellos pueden usar selladores (una capa de plástico que se aplica en los dientes traseros) y los tratamientos de fluoruro. Los dentistas también lo enseñan a usted y a su niño a cuidar sus dientes. Es importante que su niño vaya al dentista dos veces al año.

Consulte el Directorio de Proveedores del Plan para seleccionar la clínica dental más cercana o llame a Atención al Cliente para que le ayuden a hacer una cita.

Use las siguientes instrucciones para hacer citas para su niño:

- Las citas de emergencias dentales – citas el mismo día; para situaciones de extremo dolor y emergencias dentales.

AUTORIZACIÓN PREVIA SIGNIFICA QUE SU MÉDICO HA SOLICITADO PERMISO PARA QUE USTED OBTenga UN SERVICIO ESPECIAL. MHP DEBERÁ APROBAR ESTAS SOLICITUDES ANTES DE PROVEER LOS SERVICIOS. AUTORIZACIÓN PREVIA SE APRUEBA BASADO EN LA REVISIÓN DE LA NECESIDAD MÉDICA.

Medicamento necesario significa que un servicio cubierto se provee por un médico o practicante médico certificado dentro del ámbito de práctica de acuerdo con las leyes estatales para la prevención de enfermedades, incapacidad u otra condición de salud o su progreso, o para prolongar la vida.

- Citas de urgencia dentales – dentro de 3 días de la pérdida de un empaste, fractura de un diente.
- Citas de rutina dentales – dentro de 45 días, para chequeos de rutina y limpiezas dentales.

Asegúrese de llevarse su tarjeta de identificación de AHCCCS con usted a la cita dental.

Miembros que estén embarazadas, QMB, SMI, y de trasplantes también pueden visitar un dentista de nuestra red para servicios de emergencia.

Cualquier miembro de más de 21 años de edad solamente puede recibir servicios de emergencia dentales si usted necesita atención inmediatamente como por ej. una infección grave o dolor en los dientes o en la mandíbula. Los miembros en espera de trasplante también pueden recibir servicios de emergencia dentales. Comuníquese con Atención al Cliente para obtener una lista de los servicios aprobados.

Servicios de Farmacia

RECETAS

Si usted necesita medicinas, su médico puede seleccionar uno de los medicamentos cubiertos en la lista de Maricopa Health Plan y escribirle una receta. Pídale a su médico que verifique que su medicamento se encuentra incluido en la lista de medicamentos cubiertos por Maricopa Health Plan.

Si la medicina que su médico cree que usted necesita no se encuentra en la lista y usted no puede tomar ningún otro medicamento excepto el que se ha recetado, su médico puede

solicitar autorización previa de parte de Maricopa Health Plan.

Algunos medicamentos sin receta también están cubiertos cuando su PCP se la receta. Todos los medicamentos deben obtenerse en la farmacia listada en su Directorio de Proveedores. Si usted tiene otros seguros, Maricopa Health Plan solamente pagará por los copagos si el medicamento también se encuentra en la lista de medicamentos de Maricopa Health Plan.

LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE SU RECETA

Su médico o su dentista pueden darle una receta de medicamentos. Asegúrese de comunicarle sobre cualquier medicamento que obtenga de parte de otro médico o de cualquier medicamento que no necesite receta o algún suplemento de hierbas que usted haya adquirido por su cuenta.

Lea la información sobre los medicamentos que la farmacia le provee cuando llena sus recetas. Explica lo que usted debe hacer y lo que no debe hacer y los posibles efectos secundarios.

REPETICIÓN DE RECETAS

La etiqueta en su frasco de medicamentos le indica cuántos surtidos ha ordenado su médico para usted. Si su médico ha ordenado surtidos, usted puede obtener solamente uno a la vez.

Si su médico no ha ordenado surtidos, usted debe llamarlo **POR LO MENOS CINCO (5) DÍAS** antes que su medicamento se acabe. Hable con su médico acerca de obtener un surtido. Es posible que el médico quiera verlo antes de darle el surtido.

Servicios de Salud Comportamental

Los miembros de Maricopa Health Plan califican para los servicios de salud mental (excepto miembros de planificación familiar de SOBRA). Los proveedores de salud comportamental pueden ayudarlo con los problemas personales que le estén afectando a usted y a su familia. Ejemplos de situaciones donde los servicios de salud comportamental puedan ayudar son por Ej. cuando usted se siente ansioso o depresivo la mayor parte del tiempo; cuando usted está pasando por un trauma, tal como un accidente mayor, o usted ha sido víctima de un crimen, o abuso físico, emocional o sexual; cuando usted ha perdido a un ser amado, o cuando está en una situación de violencia doméstica. Si usted cree que usted o un miembro familiar puede tener problemas con alguna enfermedad mental o de drogadicción, los servicios comportamentales pueden ayudarlo. Usted no necesita ser referido por su PCP para recibir servicios comportamentales.

EMERGENCIAS DE SALUD COMPORTAMENTAL

Una emergencia de salud comportamental incluye cualquier situación donde, debido a su estado de ánimo o modo de pensar, usted crea que puede lastimarse o lastimar a otra persona. Usted inmediatamente debe llamar al 911 y pedirles que le ayuden a determinar la mejor manera de actuar en estas

ANTES DE IRSE DE LA OFICINA, HAGA ESTAS PREGUNTAS:

- ¿Por qué estoy tomando este medicamento? ¿Qué se supone que haga por mí?
- ¿Cómo y cuándo tengo que tomar el medicamento? ¿Por cuántos días?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios o reacciones alérgicas del medicamento? ¿Qué debo de hacer si ocurren efectos secundarios?
- ¿Qué ocurriría si no tomo este medicamento?

TODOS LOS MIEMBROS QUE CALIFICAN PARA AHCCCS (EXCEPTO MIEMBROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SOBRA) AUTOMÁTICAMENTE SON INSCRITOS CON UNA AUTORIDAD DE SALUD COMPORTAMENTAL REGIONAL (RBHA). SI USTED NECESITA ASISTENCIA IDENTIFICANDO A CUÁL RBHA HA SIDO ASIGNADO, LLAME A ATENCIÓN AL CLIENTE.

situaciones. Las emergencias de salud comportamental también ocurren cuando la forma de pensar de alguien cambia tan rápidamente hasta el punto que esa persona no puede reconocer la diferencia entre la realidad y la fantasía. Generalmente, la persona en estas situaciones no se da cuenta de lo que está ocurriendo y puede que no quiera ayuda, pero existe ayuda disponible a través de una llamada al 911 o una visita a la sala de emergencia local.

Su oficina de salud comportamental puede hacer recomendaciones y ayudarlo a inscribirse para recibir servicios de salud comportamental. Para servicios de salud comportamental no urgentes, llame a cualquiera de las siguientes personas u organizaciones para informarse a dónde tiene que ir o a quién debe llamar para obtener ayuda con su situación:

- Llame a Atención al Cliente durante horas laborales y pregunte por el coordinador de salud comportamental o el administrador de casos de salud comportamental
- Llame a su PCP

Si usted sufre de una enfermedad mental grave o desea asesoramiento, los beneficios de salud comportamental son proporcionados a través de su autoridad de salud mental regional [Regional Behavioral Health Authority] (RBHA).

Su tarjeta de AHCCCS puede tener el teléfono de su proveedor (Autoridad de Salud Comportamental Regional o RBHA) que le proveerá servicios de salud comportamental o abuso de sustancias. Usted está asignado

a un proveedor (RBHA) basado en su domicilio. El proveedor (RBHA) pagará por la mayoría de los servicios de salud comportamental incluyendo la mayor parte de los medicamentos para tratar condiciones de salud comportamental. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia obteniendo servicios de salud comportamental, comuníquese con el número que aparece en su tarjeta.

LOS SERVICIOS DE SALUD COMPORTAMENTAL PARA LOS CUALES USTED PUEDE CALIFICAR INCLUYEN:

- a. Gestión de Comportamiento (atención personal de salud comportamental, entrenamiento para la atención médica en el hogar y apoyo familiar, ayuda propia y apoyo de sus compañeros)
- b. Servicios de Gestión de Casos de Salud Comportamental (limitado)
- c. Servicios de Enfermería de Salud Comportamental
- d. Atención de Salud Comportamental Urgente
- e. Transporte Urgente y No Urgente
- f. Evaluación y Análisis
- g. Cuidados al Final de la Vida
- h. Asesoramiento y Terapia Familiar, Individual y en Grupo
- i. Servicios de hospitalización
- j. Instituciones para Enfermedades Mentales
- k. Servicios en Instalaciones Psiquiátricas No Hospitalarias para Pacientes Internados (Nivel I de centros de tratamiento residencial e instalaciones subagudas)

- l. Servicios de Laboratorio y Radiología para el Diagnóstico y Control de Medicamentos Psicotrópicos
- m. Cuidados Parciales (programas de supervisión diaria, programas terapéuticos diarios, programas de medicina diarios)
- n. Rehabilitación Psicosocial (entrenamiento de destrezas del diario vivir; promoción de salud; apoyo con servicios de empleo)
- o. Medicamentos Psicotrópicos
- p. Ajuste y Supervisión de Medicamentos Psicotrópicos
- q. Relevo de Descanso al Cuidador (sin límites)
- r. Servicios de Agencia Transitoria de Abuso de Sustancias Rurales
- s. Chequeos Preventivos
- t. Servicios Terapéuticos en el Hogar (anteriormente conocido con Hogar de Acogida con servicios terapéuticos)
- u. Tratamiento con agonistas opiáceos

Su PCP también puede recetarle medicamentos y supervisar sus medicinas si usted sufre de ciertos tipos de depresión, ansiedad, o trastorno de hiperactividad con déficit de atención (ADHD).

El Centro de Atención al Cliente puede ayudarlo a encontrar su oficina de RBHA.

SI USTED SUFRE DE UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE O DESEA ASESORAMIENTO, SE PROVEEN BENEFICIOS DE SALUD COMPORTAMENTAL A TRAVÉS DE SU AUTORIDAD DE SALUD COMPORTAMENTAL REGIONAL [REGIONAL BEHAVIORAL HEALTH AUTHORITY] (RBHA).

- Llame a Magellan of Arizona Health Services al Tel. 1-800-564-5465
- Llame a Magellan of Arizona Crisis Line al Tel. 1-800-631-1314
- Llame a su PCP



TRANSPORTE DE SALUD COMPORAMENTAL

Si usted recibe servicios de salud comportamental a través de una oficina de RBHA, comuníquese con RBHA si necesita ayuda obteniendo una cita.

Interrupciones de Embarazo Médicamente Necesarias

Las interrupciones de embarazo son un servicio que AHCCCS cubre sólo en situaciones especiales. Las interrupciones de embarazo se cubren si la madre está en peligro debido al embarazo o el embarazo es por cause de violación o incesto.

Detecciones para la Salud de la Mujer

Las mujeres deben obtener exámenes de detección preventivos todos los años. Estos exámenes pueden incluir una prueba Papanicolaou y una mamografía. No se cubren las visitas preventivas para miembros de más de 21 años de edad. Lea los beneficios excluidos en las páginas 16 a 17. Para más información sobre pruebas Papanicolau, mamografías y colonoscopías, comuníquese con Atención al Cliente.

Un Papanicolaou es una examen de detección del cáncer cervical.

Una mamografía es un examen de detección del cáncer del seno.

Los miembros de MHP pueden ir directamente a un médico de obstetricia y ginecología de la red para servicios preventivos y rutinarios de salud para la mujer. Usted no necesita una recomendación de su PCP.

Planificación Familiar

Los servicios de planificación familiar están disponibles para ambos miembros, los hombres y las mujeres. La planificación familiar lo ayudará a decidir si desea tener hijos. Nuestros proveedores pueden ayudarle a seleccionar el método anticonceptivo que funciona para usted. Los servicios

de planificación familiar no requieren copago y se le ofrecen gratuitamente a usted. Usted puede obtener servicios de planificación familiar de cualquiera de los PCP o ginecólogos de la red. Usted no necesita una recomendación de su PCP.

Usted no debe salir embarazada si usted:

- No está lista para tener un hijo
- Ya tiene la cantidad de hijos que desea

Los siguientes métodos anticonceptivos son proporcionados gratuitamente:

- Píldoras y vacunas anticonceptivas, condones, diafragmas, espuma
- Planificación familiar natural y recomendación a profesionales de la salud capacitados
- Anticonceptivo de emergencia (también conocido como la píldora del día siguiente)
- Esterilización (para hombres y mujeres) sólo para miembros mayores de 21 años de edad

Los siguientes servicios están cubiertos bajo planificación familiar:

- Exámenes médicos incluyendo ultrasonidos para la planificación familiar
- Exámenes de laboratorio para la planificación familiar
- Tratamiento para complicaciones que surjan por causa del uso de anticonceptivos incluyendo tratamiento de emergencia

Los siguientes servicios no están cubiertos bajo planificación familiar:

- Servicios para la infertilidad incluyendo pruebas, tratamientos, o inversión de ligación de trompas o vasectomía
- Asesoría por interrupción de embarazo
- Interrupción de embarazo – a menos que usted reúna las condiciones descritas en la sección de Interrupción de Embarazo
- Histerectomías, si se hacen solamente para la planificación familiar

Programa de Extensión para la Planificación Familiar

Los miembros que pierdan elegibilidad de AHCCCS / SOBRA pueden recibir servicios de planificación familiar y atención primaria gratuita o a bajo costo a través del programa de extensión de planificación familiar por hasta 24 meses. Los servicios disponibles a través del programa de extensión de planificación familiar incluyen, cuidados de salud, tratamiento para enfermedades transmitidas sexualmente o STD, y anticonceptivos. Los servicios están disponibles en:

CARE Partnership

466 S. Bellview
Mesa, AZ 85204
480-833-8987

**Sin costo de planificación familiar para adolescentes sin ingresos*

Maricopa County Department of Health

1645 E. Roosevelt St.
Phoenix, AZ 85006
602-506-6635

Maricopa County Health Care for the Homeless

220 S. 12th Ave.
Phoenix, AZ 85007
602-372-2100

**Tiene que ser indigente para usar estos servicios*

Adelante Healthcare – Phoenix

7725 N. 43rd Ave., Ste. 510
Phoenix, AZ 85051
877-809-5092

Adelante Healthcare – Buckeye

306 E. Monroe
Buckeye, AZ 85326
877-809-5092

Adelante Healthcare – Buckeye

16560 N. Dysart Rd.
Surprise, AZ 85374
877-809-5092

Adelante Healthcare – Mesa
2204 S. Dobson Road, #101
Mesa, AZ 85202
877-809-5092

**Adelante Healthcare –
Sun City West**
4300 W. Granite Valley Drive
Sun City West, AZ 85375
623-544-3214

Adelante Healthcare – Gila Bend
100 N. Gila Blvd.
Gila Bend, AZ 85337
877-809-5092

Adelante Healthcare – Wickenburg
811 N. Tegner, Ste. 113
Wickenburg, AZ 85390
877-809-5092

East Valley Family Care
2204 Dobson Road, #101
Mesa, AZ 85202
480-491-6235 (*oficina principal*)

Adelante Women's Health Care
4300 W. Granite Valley Drive
Sun City West, AZ 85375
623-544-3214

Cuidados de Maternidad

DEFINICIONES DE CUIDADO DE MATERNIDAD

UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO

es un embarazo en el cual la madre, feto, o recién nacido es, o se anticipa que tendrá un alto riesgo de morbilidad y mortalidad antes y después del nacimiento. El alto riesgo se determina por medio de la herramienta de evaluación médica estandarizada de Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

UNA PARTERA CERTIFICADA es una persona que está certificada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona para proveer cuidado de maternidad de acuerdo con los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.) Título 36, Capítulo 6, Artículo 7 y el Código Administrativo de Arizona Título 9, Capítulo 16.

(Este tipo de proveedor no incluye enfermeras matronas certificadas por la Junta de Enfermeros como enfermeras con práctica médica en partería o asistente médica certificada por la Junta Médica de Arizona.)

CUIDADO DE MATERNIDAD

incluye asesoramiento antes del embarazo médicamente necesario, identificación del embarazo, cuidado prenatal, servicios de parto y nacimiento y servicios para después del nacimiento.

COORDINACIÓN DE CUIDADO DE MATERNIDAD

consiste de las siguientes actividades relacionadas con el cuidado de maternidad: determinar las necesidades médicas o médico sociales del miembro a través de una evaluación de riesgo; desarrollar un plan de cuidado diseñado para tratar esas necesidades; coordinar referidos del miembro a los proveedores de servicios apropiados;



monitorear para garantizar que los servicios se reciban y revisar el plan de cuidado según sea necesario.

PRACTICANTE se refiere a los practicantes enfermeros certificados en partería, asistentes médicos y otros practicantes de enfermería. Las asistentes médicas y enfermeras con práctica médica están definidas en A.R.S. Título 32, Capítulos 25 y 15, respectivamente.

CUIDADO PARA DESPUÉS DEL PARTO es la atención de salud que se provee hasta sesenta (60) días después del parto. Los servicios de planificación familiar, según indicados se pueden incluir si se proveen por un proveedor o un practicante médico.

CONSEJERÍA PARA ANTES DEL NACIMIENTO se enfoca en la detección temprana y manejo de factores de riesgo antes del embarazo, e incluye esfuerzos para influenciar comportamientos que pueden afectar al feto (aun antes de que se confirme la concepción) al igual que cuidado de salud regular. El propósito de la consejería antes de la concepción es para garantizar que la mujer está saludable antes del embarazo.

EL CUIDADO PRENATAL es el cuidado de salud provisto durante el embarazo y está compuesto de tres componentes principales:

- a. Evaluaciones tempranas y continuas de riesgo
- b. Promoción de salud; y
- c. Monitoreo médico, intervención y seguimiento.

Queremos ayudar a que tenga un bebé fuerte y saludable. El primer paso en tener un bebé saludable es cuidarse durante el embarazo. Para que la podamos ayudar, es **MUY IMPORTANTE** que usted vea a un proveedor de servicios de maternidad o a una partera capacitada temprano durante su embarazo. Llame a Atención al Cliente inmediatamente que usted experimente cualquier retraso en obtener servicios de atención prenatal en lo absoluto. Si todavía no tiene un proveedor de cuidado de maternidad, comuníquese con Atención al Cliente para obtener asistencia seleccionando a un proveedor. Usted puede seleccionar cualquier de nuestros proveedores de maternidad. Si usted está bajo el cuidado de un proveedor fuera de la red actualmente, usted puede solicitar un cambio de plan de salud para garantizar continuidad de servicios durante el embarazo.

Las mujeres embarazadas que son miembros de MHP tienen que planificar dar a luz en cualquier hospital que esté contratado y listado en nuestro directorio de la red. Si usted tiene una emergencia durante su embarazo, diríjase al hospital más cercano.

Si su embarazo es de alto riesgo, MHP ofrece gestión de casos de obstetricia a nuestros miembros completamente gratis. Nuestro personal de manejo de casos está especialmente entrenado para ayudar con su embarazo y después del parto. Están aquí para responder a sus preguntas y ayudarla con cualquier cita o recomendaciones que usted necesite. Si usted tiene alguna inquietud o desea hablar con uno de sus administradores de caso, llame al Tel. 1-877-874-3933.

Llame a Atención al Cliente si usted necesita ayuda seleccionando una partera o un médico o si usted necesita transporte a su cita.

Llame a su proveedor para hacer su primera cita.

Su proveedor le ofrecerá los siguientes importantes servicios mientras está embarazada:



- Chequeos (incluyendo chequeo de tensión arterial, monitorear aumento de peso, chequear el movimiento del bebé y el crecimiento y escuchar el latido de corazón del bebé)
- Exámenes que usted pueda necesitar, incluyendo pruebas de laboratorio
- Chequeos de infecciones, incluyendo enfermedades transmitidas sexualmente y SIDA/VIH. AVISO: Asesoramiento confidencial está disponible para aquellos miembros que prueben positivos.
- Vitaminas prenatales
- El nacimiento de su bebé
- Cuidado de seguimiento después del nacimiento del bebé

A usted se le proporcionará información importante sobre:

- Cómo tener un bebé saludable comiendo adecuadamente, hacer ejercicios y descansar
- Cosas que debe y no debe hacer mientras esté embarazada
- Cambios normales que debe de anticipar durante el embarazo
- Preparándose para el nacimiento de su bebé
- Clases de alumbramiento
- Preparándose para el cuidado de su bebé
- Planificación familiar (con la excepción de abortos y asesoramiento para abortos)

¡Permítanos ayudarle a obtener el cuidado de salud que usted necesita para tener a un bebé saludable!

Cuidado Prenatal

Cuando usted está embarazada, es importante que usted obtenga cuidado temprano y frecuente de su médico. Las visitas a su médico mientras está embarazada ayudan a proteger al bebé y la ayudarán a tener un bebé saludable. Si usted necesita ayuda haciendo una cita con un médico, llame al administrador de casos de obstetricia de Atención al Cliente al Tel. 1-800-582-8686, extensión 8355.

Los miembros que tienen alto riesgo o problemas con el embarazo pueden obtener ayuda de gestión de casos por parte de MHP. Comuníquese con Atención al Cliente si usted necesita ayuda con su embarazo.

Si usted cree que está embarazada, llame a su médico (PCP) para hacerse una prueba.

Si usted está embarazada, su médico debe verla dentro de:

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

Si tiene algún problema obteniendo una cita dentro de este tiempo, comuníquese con Atención al Cliente y trabajaremos con nuestro Departamento de Salud Maternal para asistir a que obtenga una cita a tiempo.

DURANTE SU EMBARAZO:

- Vea a su médico para su chequeo todos los meses. Estas visitas pueden ser más frecuentes si es necesario. Los chequeos ayudarán a detectar cualquier problema temprano para usted y su bebé por nacer.
- **No tome alcohol, no use drogas y no fume mientras esté embarazada.**
- Coma alimentos saludables.
- Pruebas prenatales de VIH voluntarias están disponibles. Usted obtendrá asesoramiento si prueba positivo en un examen de VIH. Pregúntele a su PCP sobre este examen.

DESPUÉS DE SU EMBARAZO:

Es muy importante que usted haga y mantenga su visita de posparto. Su médico hará un chequeo para asegurarse que usted se está recuperando adecuadamente, hablará con usted sobre la depresión de posparto y la ayudará a usted con

sus asuntos de planificación familiar. Usted debe ver a su proveedor de servicios de maternidad dentro de 6 semanas de haber tenido el bebé.

Programa WIC para Mujeres, Bebés y Niños

Como miembro de MHP, usted puede ser elegible para el programa WIC. WIC ayuda a las familias que tienen niños pequeños a obtener comida, fórmula y hasta ofrece clases de nutrición. Para más información o para ayuda encontrando la oficina de WIC más cercana, llame a administrador de gestión de casos de maternidad Tel. 1-877-874-3933.

Well-Child Care / Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)

MHP desea ayudar a que sus niños crezcan saludables. Detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT por sus siglas en inglés) es un programa exhaustivo de salud para niños de prevención y tratamiento, corrección, y mejoras (progreso) de problemas de salud mental y física para miembros de AHCCCS menores de 21 años de edad. El propósito de EPSDT es garantizar la disponibilidad y accesibilidad de recursos de salud, al igual que asistir a beneficiarios de Medicaid a utilizar eficazmente de estos recursos. Los servicios de EPSDT proveen servicios de salud exhaustivos a través de la prevención primaria, intervención temprana, diagnóstico, tratamientos médicamente necesarios, y seguimiento de problemas de salud física y comportamental para miembros de AHCCCS menores de 21 años de edad. Los servicios EPSDT incluyen servicios de detección, servicios para la vista, servicios dentales, servicios de audición y todos los otros servicios médicamente necesarios obligatorios u opcionales listados bajo la Ley Federal 42 USC 1396d(a) para corregir o mejorar defectos y enfermedades

físicas y mentales y condiciones identificadas en una prueba de detección EPSDT aunque los servicios no estén cubiertos por el plan estatal de AHCCCS. Las limitaciones y exclusiones, aparte del requisito para necesidades médicas y rentabilidad no aplican a los servicios de EPSDT.

Una visita para el bienestar del niño “well child” es sinónimo de una visita EPSDT e incluye todas las pruebas de detección y servicios descritos en el EPSDT de AHCCCS y los programas de periodicidad dental.

Cantidad, Duración y Propósito:

La Ley de Medicaid define los servicios EPSDT para incluir servicios de detección, servicios para la vista, servicios dentales, servicios de audición y “otros servicios de atención médica, servicios de diagnósticos, tratamiento y otras medidas descritas la Ley Federal subsección 42 USC 1396d(a) para corregir o mejorar defectos y enfermedades físicas y mentales y condiciones identificadas por los servicios de detección, aunque los servicios no estén cubiertos por el plan estatal de AHCCCS.” Eso significa que los servicios cubiertos por EPSDT incluyen servicios que corrigen o mejoran los defectos físicos y mentales, condiciones, y enfermedades identificadas a través del proceso de detección cuando esos servicios están incluidos dentro de una de las 28 categorías opcionales y obligatorias de “asistencia médica” según se define bajo las leyes de Medicaid. Los servicios cubiertos bajo EPSDT incluyen todas las 28 categorías de los servicios en las leyes federales aún cuando no están listados como servicios cubiertos en el plan estatal de AHCCCS, los estatutos de AHCCCS, los reglamentos o las normas siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios y beneficios.

EPSDT incluye, pero no está limitado a, cobertura de: servicios ambulatorios y de hospitalización, servicios de laboratorio y radiografías,

servicios médicos, servicios de enfermeros, medicamentos, servicios dentales, servicios de terapia, servicios de salud mental, suministros médicos, instrumentos ortopédicos, lentes, transporte, y servicios de planificación familiar. EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, detección, prevención y rehabilitación. Sin embargo, los servicios EPSDT no incluyen servicios que son solamente para propósito cosmético, o que no son de costo eficiente cuando se comparan con otras intervenciones.

No tiene que pagar un copago para estos servicios. Cada niño debe recibir cada uno de estos chequeos de bienestar. Estos son exámenes rutinarios, especialmente para mantener los niños saludables. Estos chequeos pueden ayudar a detectar algunos problemas de salud temprano para que puedan ser tratados. Obteniendo tratamiento evitará que se conviertan en algo grave. Todos los servicios necesarios desde un punto de vista clínico para tratar una enfermedad física o mental que se detecte durante un examen Well-Child se cubrirán. Si su niño necesita ayuda con su comportamiento, hable con su PCP.

El programa Well-Child incluye:

- A. Chequeos de salud
 - Un examen físico completo desnudo
 - Detección de desarrollo y comportamiento
 - Medidas de crecimiento
 - Información Nutritiva
 - Examen de salud oral
 - Educación sobre un estilo de vida saludable
 - Vacunas – Se requiere documentación de todas las vacunas
 - Prueba de TB (Tuberculosis)
- B. Exámenes
 - Exámenes de la vista y lentes o lentes de contacto, si son necesarios
 - Exámenes de audición y audioprótesis, si son necesarios

- Pruebas de laboratorio (incluyendo pruebas de detección de plomo)

- C. Servicios (incluyendo, pero no limitados a)
 - Gestión de Casos
 - Cuidado Quiropráctico si su PCP ordena este servicio bajo ciertas condiciones
 - Cuidado por especialistas, si es necesario
- D. Las medicinas listadas en el Formulario de Medicamentos de MHP
- E. Alimentos médicos especiales cuando sean necesarios desde un punto de vista clínico

Los servicios Well-Child también le proveerán con ideas para:

- Mantener a su niño saludable
- Proteger a su niño de lastimarse
- Detectar problemas de salud temprano
- Solicitar servicios tales como WIC, Head Start, Servicios de Rehabilitación de Niños (CRS), y los Programas de Intervención Temprana de Arizona (AZEIP)

Todos los niños deben ver a su médico para sus visitas Well-Child regularmente. Los chequeos Well-Child deben hacerse de acuerdo a las siguientes edades:

- Recién nacido
- 2-4 días de nacido
- 1 mes de nacido
- 2 meses de nacido
- 4 meses de nacido
- 6 meses de nacido
- 9 meses de nacido
- 12 meses de nacido
- 15 meses de nacido
- 18 meses de nacido
- 24 meses de nacido
- Anualmente desde la edad de 3 hasta la edad de 21, excluyendo las edades de 7 a 9 años

MHP envía un recordatorio sobre los chequeos para el bienestar del niño “Well-Child”. Haga una cita con su PCP. Es importante que su niño asista a todos los chequeos del programa Well-Child.

Niños con Necesidades de Servicios de Salud Especiales

A partir del 1 de julio de 2006, MHP comenzó cobertura de calzoncillos de incontinencia (pañales), incluyendo estilo “pull-ups” para miembros de 3 años de edad a 20 años de edad con una necesidad clínica documentada. Cualquier aprobación para calzoncillos de incontinencia es vigente por un año. MHP ayudará a que niños que padecen de necesidades de atención clínica especial reciban ayuda adicional con los servicios que pueden ser provistos por Children’s Rehabilitative Services. Si usted tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame al Programa de Salud Maternal al Tel. 1-877-874-3933, extensión 5.

Servicios de Primera Infancia

Si usted está preocupado porque su niño no se está desarrollando como los otros niños de su misma edad, comuníquese a su pediatra o a su médico familiar. Su médico puede referirlo a especialistas para determinar si su niño está hablando, moviéndose, usando sus dedos y manos, y viendo y escuchando de acuerdo a su edad. Si su niño está retrasado en una o más de estas áreas, existen servicios disponibles para ayudarlo a que usted ayude a su niño en estas áreas. El médico puede referirlo al programa de intervención

temprana, Arizona Early Intervention Program (AzEIP por sus siglas en inglés) si su niño tiene menos de tres años de edad y tiene un retraso. Para informarse sobre otros programas para niños con necesidades especiales en la comunicad, llame al Programa de Salud Maternal al Tel. 1-877-874-3933, extensión 5.

Head Start

El programa de Head Start de Arizona provee programas de alta calidad para niños de edad preescolar que incluyen la educación temprana en la niñez, la nutrición, la salud, la salud mental, las incapacidades y los servicios sociales. Existen más de 500 localidades de centros de servicios Head Start a través del estado de Arizona. Si es necesario, MHP le ayudará a inscribir a su niño(a) en un programa de Head Start cerca de su hogar. Si usted tiene alguna pregunta sobre estos beneficios, llame al Programa de Salud Maternal al Tel. 1-877-874-3933, extensión 5.

Herramienta de Evaluación de los Padres del Nivel de Desarrollo (PEDS)

Si su niño(a) estuvo en la unidad de cuidado intensivo neonatal (NICU) después que nació, su PCP debe usar la herramienta PEDS durante la visita EPSDT de su niño(a). La herramienta PEDS chequea el crecimiento y desarrollo de los niños que hayan nacido prematuros o que hayan estado enfermos cuando nacieron. Si su niño(a) estuvo en NICU, hable con su proveedor sobre la herramienta de PEDS.

Recursos de la Comunidad Adicionales

Visite los siguientes enlaces en el Internet para obtener más información que le ayude a mantenerse más saludable a usted y a su familia:

www.myazhealthandwellness.com

www.MyAHCCCS.com

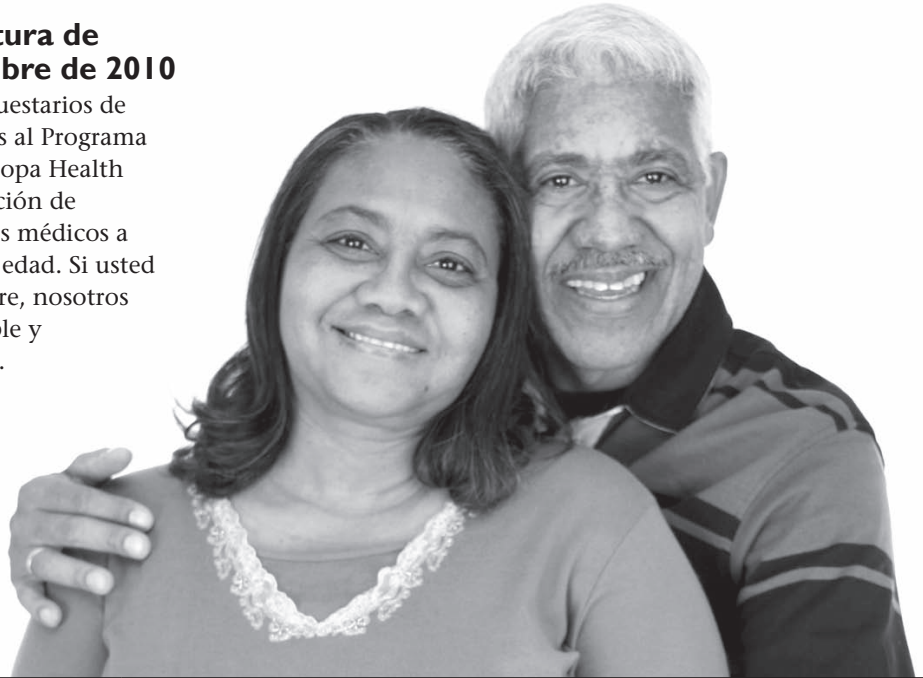


Cambios en beneficios

Tabla de cambios en la cobertura de servicios a partir de 1 de octubre de 2010

Debido a los grandes problemas presupuestarios de Arizona y más personas siendo añadidas al Programa de Medicaid, después de 10/1/10, Maricopa Health Plan, bajo la dirección de la administración de AHCCCS, no pagará por ciertos servicios médicos a cualquier persona mayor de 21 años de edad. Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare, nosotros continuaremos pagando por su deducible y copagos de Medicare por estos servicios.

Los servicios médicos que no estarán cubiertos son:



BENEFICIO/SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	SERVICIO EXCLUIDO DE PAGARSE
Bombas de insulina	Una máquina que se pone para suplir insulina a través del día a una persona según necesario.	AHCCCS no pagará por bombas de insulina. Suministros, mantenimiento de equipo (cuidado de la bomba) y reparaciones para las partes de la bomba se pagarán.
Chaleco de percusión	Este chaleco se coloca en el pecho de la persona y vibra para aflojar la flema.	AHCCCS no pagará por chalecos de percusión. Suministros, mantenimiento de equipo (cuidado del chaleco) y reparaciones para las partes del chaleco se pagarán.
Audioprótesis anclada al hueso	Una audioprótesis que se coloca en el hueso cerca del oído quirúrgicamente. Es para transmitir sonido.	AHCCCS no pagará por audioprótesis ancladas al hueso (BAHA). Suministros, mantenimiento de equipo (cuidado de la audioprótesis) y reparaciones para las partes de la audioprótesis se pagarán.
Implante coclear	Es un pequeño instrumento que se coloca en el oído de la persona quirúrgicamente para ayudar a que escuche mejor.	AHCCCS no pagará por implantes cocleares. Suministros, mantenimiento de equipo (cuidado del implante) y reparaciones a las partes del implante se pagarán.
Coyuntura controlada por microprocesador de extremidad inferior/prótesis	Un instrumento que reemplaza una parte del cuerpo y usa una computadora para ayudar con el movimiento de la coyuntura.	AHCCCS no pagará por prótesis de extremidades inferiores (piernas, rodillas o pies) que incluyen un microprocesador (procesador electrónico) que controla la coyuntura.
Ortopédicos	Un soporte para las coyunturas o músculos débiles. Un ortopédico también puede servir para dar soporte a una parte deformada del cuerpo.	AHCCCS ya no pagará por ortopédicos. Los suministros, el mantenimiento del equipo y la reparación de las partes componentes se pagarán. Los ortopédicos se refiere a artículos tales como soportes para las piernas, muñequeras y collarines ortopédicos. Mantenimiento (servicios a ortopédicos existentes) y reparaciones de partes se seguirán pagando.

BENEFICIO/ SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	SERVICIO EXCLUIDO DE PAGARSE
Servicios Dentales de Emergencia	Los servicios de emergencia son cuando usted necesita atención inmediata-mente tales como una infección en su boca o dolor en sus dientes o en la quijada.	<p>AHCCS no cubrirá servicios dentales (incluyendo servicios dentales de emergencia) a menos que la necesidad de atención es un servicio médico o quirúrgico relacionado con el cuidado dental (oral). Los servicios dentales cubiertos para miembros de 21 años de edad en adelante tienen que relacionarse con el tratamiento de condiciones médicas tales como dolores agudos, infección, o fractura de la quijada. Los servicios dentales cubiertos incluyen exámenes de la boca, radiografías, atención a fracturas de la quijada o la boca, anestesia, y medicamentos para el dolor o antibióticos.</p> <p>Ciertos servicios antes de trasplantes y extracciones profilácticas de dientes en preparación para tratamientos de radiación para el cáncer de la quijada, cuello o cabeza también están cubiertos.</p>
Servicios de podiatra	Cualquier servicio que se provee por un médico que trata los problemas de los tobillos y los pies.	AHCCCS no pagará por los servicios de un podiatra o cirujano podiatra para adultos. Comuníquese con su plan de salud para otros proveedores contratados que pueden llevar a cabo procedimientos médicamente necesarios, incluyendo cirugías reconstructivas.
Exámenes Preventivos	Los exámenes preventivos son cuando una persona visita a su médico para un chequeo cuando no están enfermos.	Los exámenes preventivos no son pagados. Los exámenes preventivos son cuando una persona va a la oficina médica para un chequeo rutinario en vez de ir para un catarro o cualquier otra enfermedad o problema. Sin embargo, las pruebas Papanicolau, las mamografías y las colonoscopias continuarán siendo cubiertas.
Trasplantes	Un trasplante es cuando un órgano o células de la sangre se transfieren de una persona a otra.	<p>Los siguientes trasplantes no experimentales no serán pagados, aun para miembros en una lista de espera, en o después de 10/1/2010 con la excepción que si un miembro está en la fase de “preparación y trasplante” o atención de seguimiento, entonces el trasplante y todo el cuidado subsiguiente está cubierto. Eso significa que usted tendría que estar hospitalizado y siendo preparado para cirugía con su órgano o su médula ósea donados habiéndose recibido al 10/1/2010.</p> <p>Los siguientes tipos de trasplantes no serán pagados si la solicitud nueva se recibe después del 9/30/10 o el trasplante no se ha comenzado al 10/1/10:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Trasplante del páncreas solamente (total, parcial, o células de islotes) ■ Páncreas después de trasplante de riñón ■ Trasplante de pulmón ■ Trasplantes alogénicos no relacionados de células hematopoyéticas (médula ósea) ■ Trasplante de hígado para miembros con diagnóstico de Hepatitis C ■ Trasplante de corazón para cardiomiopatías isquémicas – Las cardiomiopatías no isquémicas se define como una condición en la cual la abnormalidad cardíaca subyacente no ha resultado en daños permanentes irreversibles al músculo del corazón. Miembros con “cardiomiopatía no isquémica” tienen suficiente función cardíaca para circular los volúmenes de sangre y oxígeno adecuados al músculo del corazón y a otros órganos del cuerpo. ■ Cualquier otro trasplante no listado por AHCCCS está cubierto. <p>Usted puede hablar con su plan de salud para obtener una lista de los trasplantes que pueden ser pagados. La aprobación se basa en la necesidad médica y si el trasplante se encuentra en la lista de “cubiertos”. Solamente los trasplantes listados como cubiertos por AHCCCS serán pagados.</p>
Terapia Física	Ejercicios enseñados o proporcionados por un terapeuta físico para que usted se fortalezca o mejore su movimiento.	Las visitas de terapia física ambulatorias están limitadas a 15 visitas por año de contrato (10/1–9/30). El miembro que tiene Medicare debe de hablar con el plan de salud para obtener ayuda determinando cómo se cuentan las visitas.

Copagos

COPAGOS DE AHCCCS PARA MIEMBROS DE ATENCIÓN MED Y AHCCCS COMENZANDO EL 1 DE NOVIEMBRE DE 2010

Los copagos para miembros de AHCCCS cambiarán a partir del 1 de octubre de 2010. Usted puede leer sobre los cambios a los miembros de AHCCCS que NO son elegibles para MED y AHCCCS Care en el manual de miembros.

Debido a que existe una demanda sobre los copagos de los miembros de MED y AHCCCS Care, los copagos para estos miembros pueden ser diferentes, y pueden cambiar durante el próximo año. Usted puede informarse sobre los copagos que usted tiene comunicándose con el Centro de Atención al Cliente al Tel. 1-800-582-8686 o visitando myahcccs.com. Usted también pedirle a su proveedor que revise su elegibilidad para que le comunique los copagos que usted tiene. La sede de Internet del plan de salud www.mhpaz.com también tiene información sobre los copagos.

Esta sección le informa sobre los copagos a miembros en los programas MED y AHCCCS. Si usted se encuentra está en los planes de MED o AHCCCS Care, estos copagos comienzan el 1 de noviembre de 2010.

Los miembros en el Programa MED son personas con altos gastos médicos que no califican para ningún otro programa de AHCCCS debido a sus ingresos.

Los miembros de AHCCCS Care son adultos que:

- No tienen a un niño que vive con ellos que califica como marginal (véase el Código Administrativo de Arizona R9-22-1427),
- no está embarazada,
- no tiene más de 65 años de edad, o
- no está incapacitado.

Se pide que los miembros de MED y AHCCCS Care paguen unos copagos más altos por algunos de los servicios médicos de AHCCCS que reciben. Se requiere que los miembros en MED y AHCCCS Care paguen los copagos. Esto significa que los miembros necesitan pagar estos copagos para poder obtener servicios. Los farmacéuticos y los proveedores médicos pueden rehusar proveerle los servicios si los copagos no se efectúan.

Existen algunos miembros de MED y AHCCCS a quienes nunca se les pide pagar copagos. También existen algunos servicios que nunca tienen copagos.

A LAS SIGUIENTES PERSONAS EN MED Y AHCCCS CARE NUNCA SE LES PIDE QUE PAGUEN COPAGOS:

- Niños menores de 19 años
- Personas que se haya determinado son Enfermos Graves Mentalmente (SMI) por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona

- Individuos hasta la edad de 20 años elegibles a recibir servicios del programa de Servicios para Rehabilitación de Niños
- Personas que se encuentran en asilos de ancianos, instalaciones residenciales tales como Centros de vivienda asistida o que reciben servicios a domicilio o basados en la comunidad o una enfermera que visita
- Personas que reciben cuidados paliativos

ADEMÁS, LOS COPAGOS NUNCA SE CARGAN POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- Hospitalizaciones
- Servicios de emergencia
- Servicios y suministros para la planificación familiar
- Atención médica relacionada con el embarazo incluyendo tratamiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas
- Servicios pagados basados en un costo por servicios

Pídale a su proveedor que revise su elegibilidad para informarle cuáles son los copagos que usted puede tener. Usted también puede informarse llamando al Centro de Atención de Maricopa Health Plan al Tel. 1-800-582-8686 o visitando www.myahcccs.com en la web. Para más información, usted también puede visitar la página de Internet del plan de salud www.mhpaz.com.

COPAGOS ECONÓMICOS (BAJOS) PARA ALGUNOS PROGRAMAS DE AHCCCS

La mayoría de las personas con beneficios de AHCCCS tienen que pagar los siguientes copagos económicos por los servicios médicos.	
Recetas	\$2.30
Servicios ambulatorios para terapia física, ocupacional o del habla	\$2.30
Visitas al médico u otro proveedor ambulatorio para evaluación y manejo de su cuidado	\$3.40

Los proveedores médicos le pedirán que pague estas cantidades pero NO le rehusarán servicios si usted no puede pagarlos. Si usted no puede pagar sus copagos, dígame a su proveedor médico que usted no puede pagar estas cantidades para que no se le rehusen los servicios.

PERSONAS CON COPAGOS OBLIGATORIOS

1. Familias con Niños que ya no Son Elegibles Debido a sus Ingresos – Transitional Medical Assistance (TMA)

Si una familia ya no califica para ningún programa de AHCCCS debido a ingresos más altos que han obtenido laborando, ellos pueden obtener beneficios de AHCCCS por medio del programa Transitional Medical Assistance (TMA). Los adultos que participan en TMA tiene que pagar copagos más altos por algunos servicios médicos y necesitarán pagar los copagos para recibir los servicios. Si usted tiene el

programa TMA actualmente o si usted califica para recibir beneficios de TMA más tarde, el aviso de DES le informará.

Las personas que reciben beneficios de TMA tienen los siguientes copagos:	
Recetas	\$2.30
Visitas al médico u otro proveedor ambulatorio para evaluación y manejo de su cuidado	\$4.00
Terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$3.00
Servicios no emergencia ambulatorios o procedimientos quirúrgicos voluntarios	\$3.00

Las farmacias y los proveedores médicos pueden rehusar proveerle los servicios si los copagos no se efectúan.

Una familia que recibe TMA no está obligada a hacer los copagos si la cantidad total del copago es más del 5% del ingreso familiar en bruto (antes de los impuestos y deducciones) durante un año calendario (de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre, y de octubre a diciembre).

Cuando una familia que recibe beneficios de TMA cree que ha pagado copagos que alcanzan el 5% de los ingresos trimestrales de la familia en su totalidad y AHCCCS y no les ha comunicado que esto ha ocurrido, deberán enviar copias de sus recibos u otra prueba de cuánto han pagado a AHCCCS, 801 E. Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034.

Si usted cree que sus ingresos o sus circunstancias han cambiado, comuníquese con su oficina de elegibilidad lo más pronto posible.

2. Personas con Gastos Médicos Altos que no Califican para ningún Otro Programa de AHCCCS debido a su Programa de ingresos MED Program

Las personas con gastos médicos altos que no califican para ningún otro programa de AHCCCS debido a sus ingresos pueden obtener beneficios de AHCCCS por medio del programa de deducción de gastos médicos (MED). Los adultos que participan en MED tiene que pagar copagos más altos por algunos servicios médicos y necesitarán pagar los copagos para recibir los servicios.

COMENZANDO EL 1 DE NOVIEMBRE DE 2010, LOS MIEMBROS CON MED Y AHCCCS CARE TIENEN LOS SIGUIENTES COPAGOS REQUERIDOS:

CANTIDADES DE COPAGOS PARA PERSONAS EN MED Y AHCCCS CARE

SERVICIO	COPAGO
Recetas genéricas y recetas de marca cuando no hay genéricas	\$4.00
Recetas de marca cuando una genérica puede usarse	\$10.00
Uso de la sala de emergencias cuando no es una emergencia	\$30.00
Visitas a la oficina del médico	\$5.00

Las farmacias y los proveedores médicos PUEDEN REHUSAR proveer los servicios si los copagos no se efectúan.

Si usted no cree que debe de estar en el programa MED o AHCCCS Care o si sus circunstancias han cambiado, Comuníquese con la oficina de elegibilidad para solicitar que revisen su elegibilidad.

IMPORTANTE: *Acuérdese que los copagos para las personas en los programas MED y AHCCCS Care pueden cambiar debido a una demanda. Los copagos que están listados en esta página comienzan el 1 de noviembre de 2010. Si los copagos cambian, le informaremos.*

3. Programa de Atención de AHCCCS para otros adultos

Un adulto puede obtener beneficios de AHCCCS por medio del programa de Atención de AHCCCS. Un adulto recibe AHCCCS Care debido a que el adulto:

- No tiene un niño que califica como marginal con ellos (véase el Código Administrativo de Arizona R9-22-1427),
- No está embarazada,
- No tiene más de 65 años de edad, o
- No está incapacitado.

Las personas con AHCCCS Care no tienen que pagar copagos más altos por algunos servicios médicos y necesitarán pagar los copagos para recibir los servicios.

Puede haber una pequeña cuota por algunos servicios.

EXCEPCIONES: *Padres inscritos en el Plan de Salud Nativo Americanos están exentos de cualquier forma de copago.*

Servicios no cubiertos

- Servicios no urgentes que no han sido aprobados anteriormente por su PCP.
- Cualquier cuidado, tratamiento, o cirugía que no sea necesaria desde un punto de vista clínico.
- Servicios de infertilidad que incluyen exámenes y tratamiento.
- Inversión de esterilización electiva.
- Cambios de sexo.
- Exámenes para establecer la necesidad de audioprótesis, lentes, o lentes de contacto para miembros mayores de 21 años de edad, excepto después de cirugía de catarata.
- Lentes, audioprótesis, o lentes de contacto para miembros de mayores de 21 años de edad, excepto después de cirugía de cataratas.
- Servicios y artículos por razones cosméticas.
- Artículos personales y para la comodidad (sólo cubiertos por EPSDT, si indicados desde un punto de vista clínico).
- Medicamentos no recetados y suministros (excepto insulina y jeringuillas de insulina).
- Enfermeras privadas o de responsabilidades especiales.
- Servicios proporcionados en una institución para el tratamiento de tuberculosis (TB).
- Servicios médicos proporcionados a un prisionero o a una persona bajo custodia en una institución de salud mental estatal.
- Terapia ocupacional o del habla ambulatoria para miembros mayores de 21 años de edad.
- Coyuntura controlada por un microprocesador para extremidades inferiores / prótesis para miembros mayores de 21 años de edad.
- Cualquier servicio determinado como experimental o investigativo o proporcionado principalmente con el propósito de investigación o que no ha sido aprobado por las agencias reglamentarias.
- **Trasplantes incluyendo:**
 - Trasplante del páncreas solamente (total, parcial, o células de islotes)
 - Páncreas después de trasplante de riñones
 - Trasplante de pulmón
 - Trasplantes alogénicos no relacionados de células hematopoyéticas (médula ósea)
 - Trasplante de hígado para miembros con diagnóstico de Hepatitis C
 - Trasplante de corazón para **cardiomiopatías isquémicas**
 - **Las cardiomiopatías no isquémicas** se define como una condición en la cual la irregularidad cardíaca subyacente no ha resultado en daños permanentes irreversibles al músculo del corazón. Miembros con “cardiomiopatía no isquémica” tienen suficiente función cardíaca para circular los volúmenes de sangre y oxígeno adecuados al músculo del corazón y a otros órganos del cuerpo.
 - Cualquier otro trasplante no listado por AHCCCS está cubierto.
- Exámenes físicos para propósitos no clínicos (por ejemplo, exámenes de trabajo o seguro).
- Exámenes preventivos para miembros mayores de 21 años de edad (visitas al médico cuando el miembro no está enfermo).
- Asesoramiento para abortos y abortos (a menos que sea necesario desde un punto de vista clínico según las normativas médicas de AHCCCS).
- Cualquier servicio médico fuera del país.
- Circuncisiones de rutina o de recién nacidos.
- Norplant.
- Cuidado de salud rutinario (fuera del área).

Usted puede recibir una factura por cualquier servicio no cubierto que usted reciba. En casos especiales, es posible que usted pueda obtener servicios fuera de su área de servicio. Si usted desea más información sobre esto, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente.

PAGANDO POR SERVICIOS NO CUBIERTOS

Si usted pregunta sobre un servicio que es un beneficio que no está cubierto, el proveedor le comunicará el costo. Entonces usted puede decidir si desea pagar por el servicio por su propia cuenta. Si usted selecciona hacer esto, usted tendrá que firmar una declaración escrita aceptando pagar el costo por su propia cuenta.

MHP SOLAMENTE PAGARÁ POR LA ATENCIÓN APROBADA POR MHP, A MENOS QUE SEA UN SERVICIO DE EMERGENCIA

- Primero, usted debe ver a su PCP. Entonces puede ser referido a otro médico por su PCP. Algunos servicios pueden requerir aprobación adicional de MHP antes que se proporcionen los mismos.
- Las mujeres no necesitan una recomendación para ir a ver a un especialista de obstetricia y ginecología para obtener servicios preventivos y rutinarios.
- MHP no pagará por servicios o medicamentos a menos que hayan sido ordenados por su PCP o por un médico al que usted haya sido referido por su PCP y quién se encuentre en la lista aprobada del plan. Los medicamentos que no se encuentren en la lista aprobada de MHP no se pagarán a menos que un médico o PCP haya obtenido autorización previa y después que

se haya demostrado que los medicamentos en la lista aprobada no funcionan para usted.

- Los miembros de MHP no necesitan una recomendación para obtener servicios de salud comportamental.

SERVICIOS NO APROBADOS POR MHP

Si MHP no aprueba servicios o medicamentos ordenados por su PCP, usted recibirá un aviso escrito. El aviso de acción deberá enviarse por correo dentro de catorce (14) días de calendario a partir del recibo de la solicitud. El aviso se explicará la razón por la cual le negaron este servicio. Usted recibirá un aviso por escrito por lo menos diez (10) días antes que MHP reduzca, interrumpa o termine el servicio que usted ha estado recibiendo. Si usted no está de acuerdo con la decisión, el aviso que usted recibe le informará cómo apelar la misma. Usted puede presentar una apelación verbalmente o por escrito. Tiene que hacerse a través de MHP dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha del aviso de la decisión. MHP le proveerá con una decisión por escrito dentro de treinta (30) días del recibo de la apelación.

Una solicitud rápida es cuando un artículo o procedimiento medicamentoso necesario se necesita dentro de tres (3) días laborales. Su PCP ha presentado esta solicitud a beneficio suyo y ha determinado que esperar más de tres (3) días laborales puede arriesgar su bienestar. Una solicitud rápida tiene que ser aprobada, negada o pendiente para obtener información adicional dentro de tres (3) días laborales a partir de la fecha que MHP haya recibido la solicitud. Si no es aprobada, MHP deberá informarle a usted y a su PCP en tres (3) días laborales.

MHP puede solicitar una extensión de hasta catorce (14) días para permitir que el PCP envíe información adicional. Si la información adicional no se recibe, la solicitud será denegada.

Si se recibe una solicitud rápida y no cumple los requisitos de una solicitud rápida, la solicitud será tratada como una solicitud regular y el miembro y el proveedor serán notificados. Si usted no está satisfecho con la decisión de MHP, usted tiene el derecho de quejarse con AHCCCS, a la unidad de Manejo Médico de la Div. de Manejo de Servicios de Salud [Division of Health Care Management, Medical Management Unit].

FACTURACIÓN POR SERVICIOS CUBIERTOS

Usted no debe ser facturada o recibir facturación por servicios cubiertos bajo el plan. Llame a Atención al Cliente de MHP para ayudarlo a resolver cualquier problema de facturación.

Otros beneficios

Referidos a los Especialistas

SERVICIOS MÉDICOS:

Algunos servicios médicos necesitan la aprobación de MHP. Si es necesario, su PCP hará los arreglos para obtener una autorización previa de los servicios. MHP tiene que revisar estas solicitudes. Usted recibirá una llamada de parte de su PCP para notificarle si la autorización previa ha sido aprobada. Usted también puede llamar a Atención al Cliente para revisar su solicitud.

Si la solicitud de su PCP se deniega, MHP le informará por correo. Si usted tiene alguna pregunta sobre la negación, usted puede llamar a Atención al Cliente o escribirnos a la dirección listada en la portada de este manual. Refiérase a la página 24 para más información sobre cómo presentar una apelación si su autorización es denegada. La carta que MHP le envíe también le informará cómo solicitar una audiencia directamente con AHCCCS.

AVISO: Una vez al año a través de un proveedor participante, y sin necesidad de un referido, las mujeres mayores de 18 años de edad pueden hacerse un examen Papanicolaou o una mamografía.

No se cubren las visitas preventivas para miembros de más de 21 años de edad. Lea los beneficios excluidos en las páginas 16-17. Para más información sobre pruebas Papanicolaou, mamografías y colonoscopías, comuníquese con Atención al Cliente.

Servicios de Salud Comportamental

Si usted cree que necesita ayuda con un problema emocional, o algún problema con el alcohol o las drogas, usted no necesita recomendación. Para ayuda con situaciones no urgentes, usted puede llamar a los siguientes individuos:

- Su PCP
- Atención al Cliente
- El coordinador de salud comportamental de MHP durante horas laborales
- Su Autoridad de Salud Comportamental Regional o RBHA

Revise la página 9 para una descripción más detallada sobre los servicios disponibles.

Coordinación de beneficios (COB)

Si usted es miembro de "otro seguro" o es "doblemente elegible" (lo cual significa que usted también recibe cobertura de Medicare), tome unos momentos para llamar a Atención al Cliente e informarnos. Cuando nos llame, nos aseguraremos que tenemos el otro seguro listado en nuestro sistema. Usted también puede llamar a la oficina de elegibilidad de AHCCCS para informarles. AHCCCS entonces nos comunicará esa información. Acuérdesse que lo anterior también incluye cobertura de seguro por causa de divorcio o si su niño(a) tuvo un seguro que se paga por un ex cónyuge.

A veces los miembros que tienen otros tipos de seguro tales como Tricare u otros planes comerciales son aprobados por AHCCCS.

Maricopa Health Plan es responsable por hacer cualquier copago, coseguro o deducible, aunque los servicios sean proporcionados fuera de la red del plan Maricopa Health Plan Network.

Si un asegurador tercero (además de Medicare) requiere que el miembro pague algún copago, coseguro o deducible, MHP es responsable por pagar la menor parte de la diferencia entre:

- La cantidad de seguro pagado primaria y la tasa de seguro primaria (por Ej., el copago del miembro requerido por el seguro primario), o
- La cantidad de seguro pagado primaria y la cuota de AHCCCS por tasa de servicios.

Aún si los servicios son proporcionados fuera de la red. MHP no es responsable por pagar coseguros o deducibles que cuestan más de lo que MHP hubiera pagado por el servicio en su totalidad según el contrato con el proveedor que proporciona el servicio, o el equivalente por AHCCCS.

INFORMACIÓN ESPECIAL PARA MIEMBROS QUE TAMBIÉN RECIBEN COBERTURA DE MEDICARE:

Si usted es un miembro “doblemente elegible,” muchas veces significa que usted tiene beneficios adicionales que no pueden ser cubiertos por AHCCCS. Cuando nos informe sobre su otro seguro, nos ayudará a coordinar la atención médica que usted recibe bajo el otro plan.

Si usted recibe cobertura de Medicare y usted está yendo a un médico que no se encuentra en nuestro plan, es posible que no se cubran los cargos. Si usted recibe cobertura de Medicare y usted está yendo a un médico que no se encuentra en nuestro plan, es posible que no se cubran los cargos. Es importante que usted trabaje con su PCP para que se le recomiende a los médicos apropiados. (Esto no incluye los servicios de emergencia.) Maricopa Health Plan no cubrirá

copagos o deducibles por servicios proporcionados fuera de la red sin autorización.

¿Por qué debe llamar a Atención al Cliente e informarnos? ¡Debido a que le ayudaremos a obtener el beneficio máximo de ambos planes de seguro!

AVISO: Si usted tiene un HMO de Medicare y tiene Maricopa Health Plan (MHP), usted DEBERÁ seleccionar un PCP que esté contratado por ambos planes para que los servicios médicos se cubran.

Transporte: Transporte a citas médicas

EMERGENCIAS

Su condición es una emergencia médica cuando su vida, las partes de su cuerpo o las funciones de su cuerpo corren el riesgo de daños o pérdida a menos que reciba atención inmediata.

- En casos de emergencia (en una situación de peligro de vida), llame al 911.

SITUACIONES NO URGENTES

Existen varias maneras a través de las cuáles un miembro puede obtener transporte a sus citas médicas. La más fácil es encontrar transporte con un miembro familiar o una amistad.

BOLETOS DE AUTOBÚS

Usted puede comunicarse con Atención al Cliente para ver si usted califica para obtener boletos para ir a sus visitas médicamente necesarias. Los proveedores tienen que ser parte de nuestra red para usar los boletos de autobús.

TRANSPORTE DE TAXI

Si usted no puede usar el servicio de autobús por razones de salud, es posible que pueda obtener transporte en taxi. Llame a Atención al Cliente por lo menos tres o cuatro días antes de la visita.

Durante los fines de semana y los días feriados, usted puede llamar a Atención al Cliente para obtener transporte en taxi a centros de urgencia y hospitales si usted está

enfermo. Acuérdesse siempre de llamar a 911 si es una emergencia médica verdadera.

ASIENTO PARA EL CARRO, SILLA DE RUEDAS O CAMILLA

Si usted necesita una silla de ruedas o una camilla para ir a su visita médica de rutina, los servicios camionetas de transporte de paciente lo pueden llevar y traer.

Usted debe llamar a Atención al Cliente para hacer los arreglos para este transporte por lo menos tres o cuatro días laborales antes de la cita.

SI USTED LLAMA PARA OBTENER TRANSPORTE A UNA CITA MÉDICA, ESTÉ LISTO PARA PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN AL REPRESENTANTE:

- Su nombre, su número de identificación de AHCCCS, su fecha de nacimiento, su dirección, su número de teléfono (para propósito de verificación).
- La fecha, hora y dirección de su visita médica
- Si usted necesita transporte ida o vuelta.
- Sus necesidades de transporte (silla de ruedas, camilla, otro medio).
- Cualquier necesidad especial (oxígeno, intravenosa, alguien tiene que acompañarlo, una silla de ruedas eléctrica extra ancha, un vehículo con capacidad alta, etc.)
- Niños menores de 5 años de edad requieren un asiento de carro. Infórmele al representante si usted no tiene un asiento de carro.

CANCELACIONES DE TRANSPORTE A SUS CITAS

Si usted cancela su visita a su médico o a su dentista, usted deberá llamar a Atención al Cliente para cancelar el transporte a su visita.

Uso de Atención Urgente y Sala de Emergencias

¿Y SI NECESITA CUIDADO DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO?

Mientras que usted está fuera del condado o el estado, Maricopa Health Plan pagará por atención de emergencia solamente. Si usted necesita atención de emergencia mientras está fuera del condado o fuera del estado, presente su tarjeta de identificación de AHCCCS al médico u hospital para que ellos puedan llamar a su PCP o informarle sobre la situación.

¿Debe usted ir a la Sala de Emergencia o Atención Urgente?

EJEMPLOS DE SÍNTOMAS PARA LA SALA DE EMERGENCIAS

Falta de respiración extrema	Dolores en el pecho
Desmayos	Sangramiento descontrolado
Envenenamientos	Convulsiones

EJEMPLOS DE SÍNTOMAS PARA ATENCIÓN URGENTE

Vómitos por más de 6 horas (si es un niño pequeño, llame a su PCP)
Diarrea por más de 6 horas (si es un niño pequeño, llame a su PCP)
Dislocaciones de tobillo
Quemaduras y salpullidos leves
Reacciones alérgicas leves
Gripe, dolores de garganta con fiebre, dolores de oído

QUÉ DEBE HACER EN CASO DE EMERGENCIA

Las emergencias médicas son condiciones con riesgo o peligro de muerte. Pueden resultar en una incapacidad o muerte si no se tratan lo más pronto posible. **No se requiere autorización previa para obtener servicios de emergencia.**

Si usted cree que sus síntomas son una emergencia, llame al 911. Como miembro de Maricopa Health Plan, usted tiene el derecho de obtener Servicios de Emergencia en cualquier hospital o cualquier sala de emergencia (dentro o fuera de nuestra red de servicios).

La sala de emergencia no es un lugar para tratar dolores de oído, catarros y la gripe. Para estas condiciones, comuníquese primero con la oficina de su PCP. Si usted no puede hacer una cita con su PCP, llame a Atención al Cliente para encontrar un Centro de Atención Urgente en nuestra red.

Acuérdese que es muy importante comunicarle al personal del departamento de emergencia que usted es miembro de Maricopa Health Plan y muéstrele su tarjeta de identificación de AHCCCS. Si usted no puede hacerlo, pídale a un familiar o un amigo que le informe al personal del departamento de emergencia que usted es miembro de Maricopa Health Plan.

SUGERENCIAS SOBRE CUANDO NO SE DEBE USAR LA SALA DE EMERGENCIA:

No vaya a la sala de emergencia para atención médica de rutina. ¡La sala de emergencia es solamente para emergencias!

Si usted necesita atención urgente pero la condición no es con peligro de muerte, comuníquese con la oficina de su PCP. La oficina de su PCP decidirá que nivel de atención necesita. Además, si usted necesita atención después de horas laborales, o durante el fin de semana o días feriados, llame al Centro de Atención al Cliente.

Derechos de Miembros

Preocupaciones o Quejas sobre Maricopa Health Plan

Para más información sobre cualquiera de las siguientes preguntas, o para reportar una queja, comuníquese con el Dpto. de Quejas y Apelaciones.

Maricopa Health Plan
Attn: Grievance & Appeals Department
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Teléfono: 1-800-582-8686, pida hablar con Quejas y Apelaciones
Facsímile: 520-874-3462 ó 1-866-465-8340

¿QUÉ PUEDO HACER SI TENGO PREGUNTAS, PROBLEMAS O QUEJAS SOBRE MARICOPA HEALTH PLAN?

Llame a Atención al Cliente si usted tiene una queja específica o no se siente satisfecho con algún aspecto de nuestros servicios. Los diferentes ejemplos de reclamaciones son: problemas con los servicios, problemas con el transporte, la calidad de los servicios, o problemas con los proveedores. Los servicios de interpretación o traducción están disponibles gratis en cualquier idioma sin ningún costo a usted. Usted puede llamar a Atención al Cliente para presentar una reclamación (queja). Usted también puede presentar una reclamación por escrito y enviarla por correo a la dirección listada a continuación. Su reclamación se revisará y una respuesta se le proporcionará dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de contacto. Usted también puede presentar una queja relacionada con la adecuación de la carta de Aviso de Acción, una denegación de servicios por MHP. Si no podemos resolver su preocupación con la adecuación de la carta de Aviso de Acción, usted también puede llamar a AHCCCS.

Apelaciones y Solicitud de Audiencia Justa

¿Y SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DENEGACIÓN DE UN SERVICIO?

Si usted está descontento con una "acción" o denegación de servicios por MHP, usted puede presentar una "apelación." Una apelación debe presentarse por escrito dentro de sesenta (60) días a partir de la carta de Aviso de Acción de MHP.

¿QUIÉN PUEDEN PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Usted, como el miembro, su representante, o un representante legal testamentario de un miembro fallecido, puede presentar una apelación. Un proveedor, actuando a beneficio de un miembro, y con el consentimiento del miembro

por escrito, puede presentar una apelación.

¿QUÉ PUEDO APELAR?

Las razones por las cuales usted puede apelar son las siguientes:

- Denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo el tipo o nivel de servicio
- Reducción, suspensión, o terminación de un servicio autorizado anteriormente
- Denegación, total o en parte, de pagos por un servicio
- Incumplimiento de proveer servicios de manera oportuna
- Incumplimiento de actuar dentro del margen de tiempo requerido para resoluciones de apelaciones estándares y aceleradas y disposiciones estándares de quejas
- La denegación de la solicitud de un miembro rural de obtener servicios fuera de la red de proveedores bajo 42CFR 438.52 (b)(2)(ii), cuando el proveedor es el único proveedor en el área rural.

¿CÓMO PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Usted puede enviarla por correo o facsímil a Grievance & Appeals Department o usted puede llamar y preguntar por un representante de apelación. Maricopa Health Plan le proveerá con una decisión escrita dentro de treinta (30) días a partir de la presentación de apelación.

¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL?

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación, usted puede solicitar una audiencia estatal imparcial con MHP. Esta solicitud debe hacerse por escrito a MHP dentro de sesenta (30) días a partir de la fecha de recibo de la decisión de apelación. Usted puede enviar la solicitud por correo o facsímil. MHP enviará el expediente de apelación a AHCCCS y la fecha de la audiencia se programará para que usted asista. Además, existen programas de servicios legales en su área que a lo mejor lo pueden ayudar con el proceso de la audiencia. También

puede encontrar información legal general sobre sus derechos en el Internet a través de los siguientes enlaces: www.azlawhelp.org.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN RÁPIDA?

Usted puede solicitar una apelación acelerada, o puede presentarse a beneficio suyo por medio de su proveedor. Se le aprobará si MHP determina que el tiempo para procesar una apelación estándar gravemente pone el peligro su salud, su vida o la habilidad de obtener, mantener o recobrar función máxima. Si la solicitud de apelación acelerada no se aprueba, MHP le notificará dentro de dos (2) días.

¿PUEDO CONTINUAR RECIBIENDO LOS SERVICIOS SOLICITADOS DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN SI LOS ESTOY RECIBIENDO ACTUALMENTE?

Sí. Pero la solicitud debe ser en escrito y debe recibirse a MHP dentro de diez (10) días a partir del recibo de la carta de aviso de acción. Sí. Pero la solicitud debe ser en escrito y debe recibirse a MHP dentro de diez (10) días a partir del recibo de la carta de aviso de acción.

Derechos y Responsabilidades de los Miembros

NUESTRO COMPROMISO A USTED

La meta de Maricopa Health Plan es proveer servicios médicos y tratamientos médicos avanzados de calidad. También prometemos escuchar, tratarlo con respeto, y comprender sus necesidades individuales. Los miembros tienen derechos y responsabilidades. La siguiente es una descripción de sus derechos y responsabilidades.

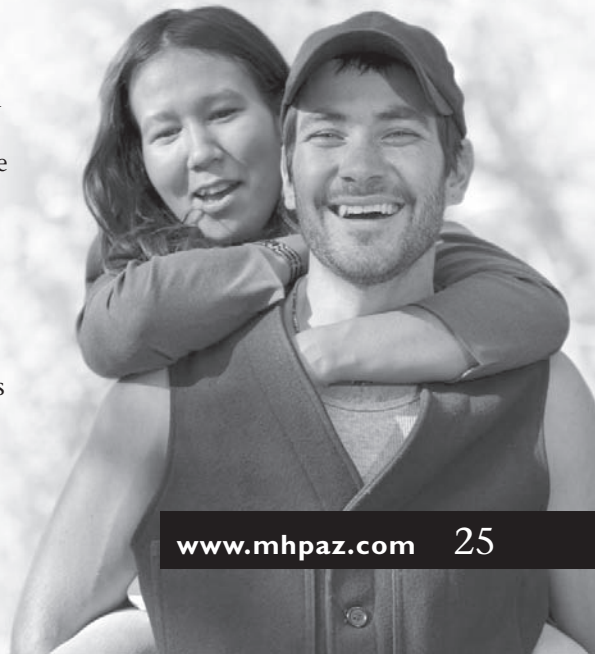
DERECHOS DE MIEMBROS

1. Usted recibirá la atención que usted necesita de una manera que no se fundamente en su raza, su sexo, sus creencias religiosas, sus valores, su idioma, la cantidad de cosas que

- usted puede hacer, su edad, su incapacidad, o su habilidad de poder pagar.
2. Usted será tratado con respeto y dignidad. Comprendemos su necesidad de privacidad y confidencialidad incluyendo protección de cualquier información que lo identifique.
 3. Usted será tratado en un ambiente seguro, de apoyo y sin humo.
 4. Usted tiene el derecho a la información sobre los servicios de Maricopa Health Plan, proveedores de salud, admisión, transferencia, dada de alta, normas de facturación, y derechos y responsabilidades de miembros.
 5. Usted tiene el derecho de escoger su médico de cabecera dentro de los límites de la red de Maricopa Health Plan.
 6. La ley indica que usted tiene el derecho de leer y obtener copias de sus registros médicos gratuitamente. Sin embargo, su derecho de obtener acceso a sus registros médicos puede negarse si la información contiene notas de psicoterapia, o está compuesta para o por anticipación razonable de una acción civil, delictiva o administrativa, información de salud protegida conforme a la Enmienda de Mejoras a Laboratorios Clínicos Federal del 1988 o de acuerdo con 42 CFR 493.3(a)(2).
 - Usted tiene el derecho de pedir que MHP enmiende o corrija su historial médico.
 - Usted tiene el derecho de revisar su historial médico si se le ha negado acceso a inspeccionar u obtener una copia.
- El contratista deberá responder a su solicitud de registros médicos dentro de treinta (30) días. Esta respuesta será una copia de sus registros, o un motivo para denegar su solicitud. Si una solicitud se niega, por completo o en parte, el Contratista

- deberá darle una denegación escrita dentro de sesenta (60) días que incluye el motivo de la denegación, su derecho de no estar de acuerdo con la decisión y su derecho de incluir sus enmiendas con cualquier otra divulgación futura de su información de salud.
7. Usted tiene el derecho de ayudar en las decisiones sobre su cuidado de salud y directrices anticipadas (decisiones sobre el tipo de cuidado médico que usted desea recibir si usted no es capaz de tomar decisiones médicas).
 8. Usted tiene el derecho de quejarse sobre Maricopa Health Plan y / o la atención provista.
 9. Usted tiene el derecho de estar en libre de cualquier forma de restricción o aislamiento que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
 10. Sus deseos son importantes. Usted tiene el derecho a la información necesaria para que pueda tomar decisiones bien informadas. La siguiente es una lista de algunos, pero no todos sus derechos:
 - Usted puede aceptar o rehusar cualquier tratamiento. Usted será informado de cualquiera de las consecuencias de rehusar tratamiento.
 - Usted puede recibir información sobre las opciones de tratamientos disponibles y otras alternativas.
 - Usted puede dejar directrices anticipadas y asignar a alguien a que tome sus decisiones de salud. Usted o su representante puede cambiar sus directrices anticipadas en cualquier momento.
 - Usted o alguien que lo represente a usted puede tomar parte en la resolución de problemas sobre sus decisiones de atención médica.

11. Usted tiene el derecho de lo siguiente:
 - A usted se le puede informar sobre los planes de incentivo médico que afectan sus servicios de referido.
 - Usted tiene el derecho de saber si a Maricopa Health Plan se le ha requerido participar en programas de seguro limitador de pérdidas.
 - Usted puede ser informado acerca de los planes que Maricopa Health Plan utiliza para compensación.
 - Usted puede obtener un resumen de los resultados obtenidos en la encuesta de miembros.
12. Usted tiene el derecho de obtener servicios de interpretación de un proveedor que habla su mismo idioma, si no es inglés.
13. Usted tiene el derecho de tener una lista de los PCP disponibles, incluyendo aquellos que hablan otros idiomas además del inglés.
14. Usted tiene el derecho a una segunda opinión de parte de un profesional de cuidado de salud calificado dentro de la red de MHP. Si una segunda opinión dentro de la red no está disponible, usted tiene el derecho a una segunda opinión que se lleve a cabo fuera de la red de MHP gratuitamente.



15. Usted tiene el derecho de solicitar una copia del Aviso de Normas de Privacidad gratuitamente. Este aviso describe las normas de privacidad de Maricopa Health Plan y cómo se utiliza su información de salud y cuando podemos compartir esa información clínica con otros.

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

1. Es su responsabilidad proveer, a lo mejor de su entendimiento, información que ayude al personal de Maricopa Health Plan a cuidarlo a usted.
2. Es su responsabilidad seguir las instrucciones y normativas dictadas por aquellos proveedores de servicios de salud.
3. Es su responsabilidad saber el nombre de su PCP asignado.
4. Es su responsabilidad y la de sus miembros familiares tener consideración con los derechos y propiedad de los pacientes y el personal. Esto incluye las normas de fumar y visita.
5. Es su responsabilidad pagar sus copagos por servicios que se hayan recibido lo más pronto posible.
6. Es su responsabilidad hacer citas durante las horas de oficina médica cuando le sea posible antes de usar atención urgente.
7. Es su responsabilidad llegar a tiempo e informar con anticipación a la oficina del médico cuando usted no puede mantener una cita.
8. Es su responsabilidad traer los registros de vacunas a cada cita para niños y jóvenes menores de 20 años de edad.
9. Es su responsabilidad vigilar a su(s) niño(s) en todo momento.
10. Es su responsabilidad cancelar su transporte cuando cancela una cita.
11. Es su responsabilidad NO comportarse de una manera que interrumpa y / o no permite que el médico le sirva a usted o a cualquier otro paciente de una manera segura.

El Testamento Vital provee información acerca de si usted desea o no desea que le proporcionen procedimientos para prolongar la vida si usted tiene una condición que no tiene cura o que no puede mejorar.

Una Carta Poder Médica le permita nombrar a una persona en quien usted confía para decidir el tipo de tratamiento que usted recibirá si usted no puede decidir por su propia cuenta.

Directrices por Adelantado

La ley requiere que el médico e instalaciones de servicios de salud le informen, por escrito, sobre su derecho de crear “directrices anticipadas” relacionadas con su atención médica. Las directrices anticipadas se usan para permitirle que tome decisiones médicas pertinentes a usted cuando usted ya no puede hacerlo. Las dos más comunes directrices anticipadas son los testamentos vivientes y las cartas de poder.

Aunque usted haya hecho directrices anticipadas, su PCP puede elegir si desea o no desea cumplir con sus deseos. Usted no puede ser negado de atención sin estos documentos, pero sin instrucciones por escrito, es posible que un juez tenga que tomar una decisión clínica y personal por usted. Comuníquese a su familia y a su PCP dónde usted mantiene sus directrices anticipadas. Pídale a su PCP que haga que sus directrices anticipadas sean parte de su registro médico.

¿Qué es Fraude y Abuso

Cualquier mentira a propósito que resulte en que usted o alguna otra persona reciba beneficios innecesarios. Esto incluye cualquier acto de fraude de acuerdo con la definición bajo las leyes federales y estatales.

Ejemplos de fraude y abuso por miembros incluyen, pero no están limitados a:

- Prestar o vender su tarjeta de identificación de AHCCCS.
- Cambiar medicamentos escritos por cualquier proveedor de Maricopa Health Plan.

- Proporcionar información incorrecta en su solicitud de AHCCCS.

Ejemplos de fraude y abuso de proveedores incluyen, pero no están limitados a:

- Uso del sistema de Medicaid por alguien que sea inadecuado, no calificado o no autorizado o que ha perdido su licencia.
- Proveer servicios médicos innecesarios.
- No cumple con los estándares profesionales de cuidados de salud.

ABUSO POR UN PROVEEDOR:

Acciones que no son buenas prácticas médicas o de negocios y resulten en:

- Costos innecesarios para el programa
- Pagos por servicios que no son necesarios desde un punto de vista clínico
- No cumple con los estándares profesionales de cuidados de salud

ABUSO POR UN MIEMBRO: Costos innecesarios al programa debido a:

- Proveer materiales y documentos falsificados
- Omitir información importante

Cómo Reportar Fraude y Abuso:

Si usted sospecha fraude y abuso de parte de un proveedor o miembro de Maricopa Health Plan, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de MHP al Tel. 1-800-582-8686

o

para reportar a AHCCCS al Tel. 1-800-962-6690.

Penalidades: Una persona a quien se le sospecha de fraude o abuso del sistema de AHCCCS será reportada a AHCCCS. Las penalidades de personas que están involucradas con fraude o abuso pueden ser ambas, civiles y delictivas.