

2022 - 2023

Member
Handbook /
Manual de
Miembro



AHCCCS Complete Care / AHCCCS Cuidado Completo



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**

INTRODUCTION TO BCBSAZ HEALTH CHOICE

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

BCBSAZ Health Choice is an AHCCCS Complete Care health plan.

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

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

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

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

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

Want to learn more about us?

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

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

Covered Services are funded under contract with AHCCCS.

Revised 3/2023

WHAT WILL YOU FIND INSIDE THIS MEMBER HANDBOOK

Content	Page
Getting Services <ul style="list-style-type: none"> • Member Services • Abbreviations • Important Plan Related Phone Numbers • Urgent Care and After-Hours Care • 24/7 Nurse Advice Line • Behavioral Health Crisis Hotlines • How to access Addiction Treatment, Substance Use Disorder services and Opioid Information • Language Services • Seeing an Out of Network Provider • BCBSAZ Health Choice and Your Care • Member ID Cards 	5
Member Responsibilities <ul style="list-style-type: none"> • Changes to Your Personal Information • Can I Change My Health Plan? • Family Members and Treatment Planning Process • What is an Emergency? • Transportation 	15
Covered Services <ul style="list-style-type: none"> • Benefits • Adult Preventive Care • Well Woman's Preventive Care • Covered Services for Member under age 21 • Additional Services with Specific Limitations • Services Not Covered • AHCCCS Excluded Benefits Table (Adults Age 21 and Older) • Prior Authorization • Available RBHA Services • Housing Services • End of Life Care and Advance Directives 	24
Providers <ul style="list-style-type: none"> • Primary Care Provider (PCP) • Appointments • Referral and Self-Referral to Specialists and Other Doctors • Freedom of Choice 	34

<ul style="list-style-type: none"> American Indian Members 	
Services for Children & Young Adults <ul style="list-style-type: none"> EPSDT Program Vision Services for Children and Young Adults Behavioral Health Services for Children Immunizations 	39
Pregnancy/Maternity Care Services <ul style="list-style-type: none"> Prenatal Doctor Visits Postpartum Doctor Visits 	47
Family Planning Services and Supplies <ul style="list-style-type: none"> Family planning Medically Necessary Pregnancy Terminations Sterilizations 	50
Dental <ul style="list-style-type: none"> Adult Dental Care Dental Services for Children (Under the Age of 21) Dental Appointments 	53
Other Services <ul style="list-style-type: none"> Care Manager Services Disease Management Services 	56
Prescription Drugs <ul style="list-style-type: none"> BCBSAZ Health Choice Formulary Tips About Prescription Drugs Trouble Filling Your Prescriptions? Reimbursement for Prescription Drugs 	58
Covered Behavioral Health Services <ul style="list-style-type: none"> Behavioral Health Services Referral Process for Serious Mental Illness Arizona's Vision for Delivery of Behavioral Health Services The Twelve Principles for the Delivery of Services to Children Nine Guiding Principles for Recovery-Oriented Adult Behavioral Health Services and Systems Multi-Specialty Interdisciplinary Clinic (MSIC) Children's Rehabilitative Service (CRS) – What is CRS? Member Advocacy Council 	62
Appeals <ul style="list-style-type: none"> Requesting an Appeal 	72

<ul style="list-style-type: none"> • Expedited Appeal • Notice of Extension • Using a Representative 	
Payment for Services <ul style="list-style-type: none"> • Copayments • People with Optional (Non-Mandatory) Copayments • People with Required (Mandatory) Copayments • Optional (Non-Mandatory) Copayment Amounts for Some Medical Services • Required (Mandatory) Copayment Amounts for Person Receiving TMA Benefits • 5% Limit on All Copayments • Paying for Covered Services by BCBSAZ Health Choice • Paying for Services Not Covered by BCBSAZ Health Choice • Other Insurance • Medicare Beneficiaries • Qualified Medicare Beneficiaries (QMB) • Pharmacy and Medical Services Prior Authorization Timeframes 	76
Grievances (Complaints) <ul style="list-style-type: none"> • Filing a Grievance 	82
State Fair Hearing <ul style="list-style-type: none"> • Member's Right to Request a State Fair Hearing • What to Expect at the State Fair Hearing • Receiving Continued Benefits 	84
Member Rights <ul style="list-style-type: none"> • Member Rights • Your Privacy 	86
Fraud, Waste and Abuse	90
Resources <ul style="list-style-type: none"> • Want to Quit Smoking or Kick the Tobacco Habit? • Community Programs • Community Resources • Advocacy Resources (Special Needs Assistance) • Legal Assistance 	92
Glossary <ul style="list-style-type: none"> • Managed Care Terminology • Maternity Care Definitions 	99

GETTING SERVICES

MEMBER SERVICES

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

We can help you with many questions like these:

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

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

ABBREVIATIONS

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

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

IMPORTANT PLAN RELATED PHONE NUMBERS

BCBSAZ Health Choice Member Services	Call us if you need help finding a PCP in your area, changing your PCP, benefit information, or to request a Member Handbook.	1-800-322-8670 TTY: 711
24/7 Nurse Advice Line	Speak to a nurse to answer health questions and provide advice on next steps. A nurse is available to talk to you 24 hours a day, 7 days a week.	1-888-267-9037 TTY: 711
Behavioral Health Crisis Hotlines	Speak to a specialist who can help you or a family member with a behavioral health crisis.	<p>Statewide: 1-844-534-HOPE (4673)</p> <p>North* (Apache, Coconino, Mohave, Navajo, and Yavapai Counties): 1-877-756-4090 TTY: 711</p> <p>Central* (Gila, Maricopa, and Pinal Counties): 1-800-631-1314</p> <p>South* (Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Santa Cruz, and Yuma): 1-866-495-6735</p> <p>* Regional crisis hotlines will remain operational and available at least through October 1st, 2023.</p>
Transportation	Call us to schedule a ride to a medical appointment.	602-386-3447 TTY: 711
Pharmacy/Prescription Drugs	Call us if you need help filling your medications.	1-800-322-8670 TTY: 711
Medical Management (Such as Inpatient or Outpatient services and Prior Authorization)	Call us if you need help with submitting a request for services or medications.	1-800-322-8670 TTY: 711

URGENT CARE AND AFTER-HOURS CARE

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

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

When to go to an urgent care

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

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

24/7 NURSE ADVICE LINE

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

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

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

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

BEHAVIORAL HEALTH CRISIS HOTLINE

If you are having a mental health crisis or know someone who is at risk of physical harm, or hurting themselves or someone else, call the Behavioral Health Crisis Hotline immediately. Here are some warning signs:

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

For medical emergencies, always call 911.

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

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

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

- Crisis Intervention Phone services, including a toll-free number, are available 24 hours per day, 7 days a week
- Mobile Crisis Intervention services, available 24 hours per day, 7 days a week

- 24-hour Crisis Observation/Stabilization services, including detoxification services; and as funding allows, up to 72 hours of additional crisis stabilization; and substance use-related crisis services, including follow-up services for stabilization

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

AZ STATEWIDE CRISIS LINE *Effective 10/1/2022	PHONE NUMBER
Statewide Crisis Hotline	1-844-534-HOPE (1-844-534-4673)

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

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

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

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

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

Services to help you stop the use of alcohol, drugs or gambling are available to you at no cost. Getting treatment can help you change your thoughts, feelings, and actions. Many different types of treatment are available, including counseling, groups, peer support, case management, and medication assisted treatment. Regardless of your benefits, if you are pregnant, parenting, a person who injects drugs, or uses any type of substance, these services are available to you.

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

You can also find opioid use disorder services in your area by using the AHCCCS locator. Visit opioidservicelocator.azahcccs.gov

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

LANGUAGE SERVICES

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

- Interpreter services (oral interpretation). If you need an interpreter during your provider visit, let your provider know before your visit. If you need an interpreter when speaking with someone at BCBSAZ Health Choice, call BCBSAZ Health Choice Member Services.
- Translation services (written communication). All of BCBSAZ Health Choice member materials are in English and Spanish. If you would like our printed information in another language or a different format, such as large print or audio, let us know. You can contact Member Services. We will send you what you need at no cost to you.
- Sign Language. If you are deaf or hard of hearing, you may ask your provider to offer auxiliary aids or schedule an American Sign Language Interpreter to meet your needs. Your provider offers these services at no cost to you. If you need a sign-language interpreter for your needs when communicating with BCBSAZ Health Choice, please let our Member Services team know about your request. American Sign Language (ASL) interpreters are licensed professionals who provide interpretation, usually in ASL, to the deaf. To find a listing of sign language interpreters and for the laws

regarding the profession of interpreters in the state of Arizona, please visit the Arizona Commission for the Deaf and Hard of Hearing at www.acdhh.org or call 602-542-3323 (V); 602-364-0990 (TTY); 800*352-8161 (V/TTY); 480*559*9441 (Video Phone).

- Auxiliary aids include computer-aided transcriptions, large print materials, written materials, materials written in Braille assistive listening devices, or systems, closed and open captioning, and other effective methods of making delivered materials are available to members with hearing loss. If you need any auxiliary aids for communication with BCBSAZ Health Choice, please contact BCBSAZ Health Choice Member Services. You can contact your provider for this support if needed for communication during your appointment.
- TTY/TDD services are available at no cost to members. Arizona relay services 7-1-1: Telecommunications Relay Service allows persons with hearing or speech disabilities to place and receive telephone calls. If you require the use of telecommunication relay services, dial 7-1-1 to be connected to a specially trained communications assistant.
- Relay Conference Captioning: Relay Conference Captioning (RCC) through Arizona Relay Service (AZRS) administered by Arizona Commission for the Deaf and the Hard of Hearing. Relay Conference Captioning (RCC) is a free service available for Deaf and Hard of Hearing residents of Arizona. The service allows these individuals to participate in meetings (in-person or remote), phone calls, video-conferences and multi-party teleconference calls. For more information you can contact Arizona relay services:
 - For TTY: 1.800.347.1695
 - Voice: 1.866.259.1768
 - Email: info@azrelay.org
 - ACDHH Website: www.acdhh.org; RCC Website: www.arizonarcc.com; AZ Relay Website: www.azrelay.org

Cultural and Diversity Council

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

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

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

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

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

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

Finding a Provider Who Speaks Your Language and Accommodates Physical Disabilities

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

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

Members with High Acuity illnesses Seeking Care

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

Seeing an Out of Network Provider

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

BCBSAZ HEALTH CHOICE AND YOUR CARE

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

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

Central Arizona	Northern Arizona	
<ul style="list-style-type: none">• Gila• Maricopa• Pinal	<ul style="list-style-type: none">• Coconino• Apache• Navajo	<ul style="list-style-type: none">• Mohave• Yavapai

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

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

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

Your PCP and integrated health home will:

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

Being a BCBSAZ Health Choice member means you:

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

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

- Our compassionate Member Services team
- Working with providers who help you get the care you need
- Cultural awareness, language and special services

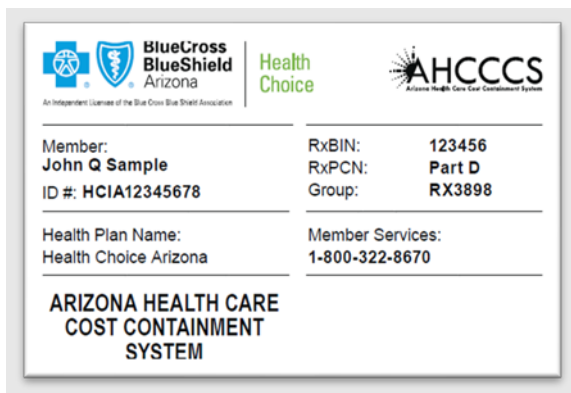
- Programs to help you and your family stay healthy

If you have any questions, please call us.

MEMBER ID CARDS

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

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



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

Protect your Member ID card:

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

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

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

MEMBER RESPONSIBILITIES

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

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

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

CHANGES TO YOUR PERSONAL INFORMATION

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

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

What If I Move?

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

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

How to Tell AHCCCS about your Changes

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

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

CAN I CHANGE MY HEALTH PLAN?

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

Changing Your Health Plan Outside of the Annual Enrollment Choice Period

You can change your plan if:

- You did not get a choice of health plans
- You did not get your AEC letter from AHCCCS

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

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

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

Transition to a New Health Plan

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

Examples of health plan transition can include:

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

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

FAMILY MEMBERS AND TREATMENT PLANNING PROCESS

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

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

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

WHAT IS AN EMERGENCY?

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

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

Emergencies can include:

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

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

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

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

Tips about Emergencies

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

What to do in an Emergency

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

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

TRANSPORTATION

Emergency Transportation

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

Non-Emergency Transportation (NEMT)

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

For members living in Maricopa and Pima Counties:

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

The 15 miles is calculated from the pick-up location to the drop-off location, for one direction.

Trips to compounding or specialty pharmacies over 15 miles may be covered if your health plan gives prior authorization for the transportation.

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

The 15 mile distance does not apply to members who do not live in Maricopa or Pima County.

Non-emergency transportation of a family member or caregiver, without the member in the vehicle, is a covered service when it is for the purpose of carrying out medically necessary services listed in the member's service or treatment plan.

Here is how to get a ride:

- Call: 602-386-3447

Have the following information ready when you call:

- Your appointment time and date (if you have more than one provider visit in a week,

please try to schedule them for the same day).

- Your pick-up address and correct phone number
- The name, address, and phone number of the office where you need to go
- Tell us if you have special needs such as help with a wheelchair, stretcher or oxygen tank.

Please be ready for your ride:

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

More Transportation Tips

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

COVERED SERVICES

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

BENEFITS

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

- Behavioral health services, including inpatient, outpatient, counseling and detoxification. (For more covered behavioral health services see page 56).
- Breast reconstruction after mastectomy
- Chemotherapy and radiation
- Emergency dental services (see page 47)
- Diabetes testing and testing supplies
- Dialysis
- Providers office visits and services (your PCP and specialists)
- Durable Medical Equipment (DME) and supplies , including augmentative communication devices
- Emergency services for life-threatening medical problems
- End of Life Care (including Advance Directives)
- Family planning services (birth control, contraceptives and family planning counseling)
- Hearing loss evaluation
- HIV/AIDS testing, counseling services, and treatment
- Home health services
- Hospice services
- Hospital services (inpatient, outpatient and observation)
- Immunizations (shots)
- Incontinence briefs can be provided to members over the age of 21
- Inpatient speech therapy, occupational therapy and physical therapy
- Outpatient physical therapy and occupational therapy (when medically necessary)
- Insulin pumps
- Laboratory and Radiology services
- Podiatry
- Pregnancy care
- Transportation to medically necessary services
- Nutritional assessments, medical foods

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

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

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

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

ADULT PREVENTIVE CARE

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

Screenings for women include:

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

Screenings for men include:

- Prostate cancer screening
- Colonoscopy

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

Well Woman Preventive Care Services include:

- a. A physical exam (Well Exam) that assesses overall health,
- b. Clinical Breast Exam,
- c. Pelvic exam (as necessary, according to current recommendations and best standards of practice),
- d. Review and administration of immunizations, screenings, and testing as

appropriate for age and risk factors,

e. Screening and counseling focused on maintaining a healthy lifestyle and minimizing health risks and addresses at a minimum the following:

- i. Proper nutrition,
- ii. Physical activity,
- iii. Elevated BMI indicative of obesity,
- iv. Tobacco/substance use, abuse, and/or dependency,
- v. Depression screening,
- vi. Interpersonal and domestic violence screening, that includes counseling involving elicitation of information from women and adolescents about current/past violence and abuse, in a culturally sensitive and supportive manner to address current health concerns about safety and other current or future health problems,
- vii. Sexually transmitted infections,
- viii. Human Immunodeficiency Virus (HIV),
- ix. Family Planning Services and Supplies,
- x. Preconception Counseling that includes discussion regarding a healthy lifestyle before and between pregnancies that includes:
 - (a) Reproductive history and sexual practices,
 - (b) Healthy weight, including diet and nutrition, as well as the use of nutritional supplements and folic acid intake,
 - (c) Physical activity or exercise,
 - (d) Oral health care,
 - (e) Chronic disease management,
 - (f) Emotional wellness,
 - (g) Tobacco and substance use (caffeine, alcohol, marijuana, and other drugs), including prescription drug use, and
 - (h) Recommended intervals between pregnancies, and
- f. Initiation of necessary referrals when the need for further evaluation, diagnosis, and/or treatment is identified.

Health Tips

- Please talk to your provider about the COVID-19 vaccine
- Referrals to other providers are also given when there is a need for further evaluation and treatment
- Transportation is at no cost to you for your well visits. If you need a ride to your appointment, call 602-386-2447 at least three (3) days before your appointment.
- EPSDT visits for members under 21 years of age are considered the same as a well visit.

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

COVERED SERVICES FOR MEMBERS UNDER AGE 21**Members under age 21 may receive the following benefits:**

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

ADDITIONAL SERVICES WITH SPECIFIC LIMITATIONS

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

Orthotic Devices	<p>BCBSAZ Health Choice Arizona covers orthotic devices for members who are 21 year of age and older when:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The orthotic is medically necessary as the preferred treatment based on Medicare Guidelines AND • The orthotic costs less than all other treatments and surgery procedures to treat the same condition AND • The orthotic is ordered by a Provider (doctor) or Primary Care Practitioner (nurse practitioner or physician assistant).
------------------	--

SERVICES NOT COVERED

BCBSAZ Health Choice does not cover the following medical services:

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

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

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

AHCCCS EXCLUDED BENEFITS TABLE (ADULTS AGE 21 AND OLDER)

BENEFIT/ SERVICE	SERVICE DESCRIPTION	SERVICE EXCLUSIONS OR LIMITATIONS
Bone-Anchored Hearing Aid	A hearing aid put on a person's bone near the ear by surgery to carry sound	AHCCCS will not pay for Bone-Anchored Hearing Aid (BAHA). AHCCCS will pay for supplies, care of the hearing aid, and repair of any parts.
Cochlear Implant	A small device put in a person's ear by surgery to help them hear better	AHCCCS will not pay for cochlear implants. AHCCCS will pay for supplies, care of the implant and repair of any parts.
Lower Limb Microprocessor controlled joint/ Prosthetic	A device that replaces a missing part of the body and uses a computer to help move the joint	AHCCCS will not pay for a lower limb (leg, knee, or foot) prosthetic that includes a microprocessor (computer chip) that controls the joint.
BENEFIT/ SERVICE	SERVICE DESCRIPTION	SERVICE EXCLUSIONS OR LIMITATIONS
Respite Care	Short-term or continuous services as a temporary break for caregivers	The number of respite hours available to adults and children under ALTCS benefits or behavioral health services is 600 within a 12-month period. The 12 months will run from October 1 to September 30 of the next year.

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

PRIOR AUTHORIZATION

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

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

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

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

Before you get any of these services, your provider must get approval from BCBSAZ Health Choice. You can call your provider to find out if they have received prior approval. Most of the time, we can make a decision within 14 calendar days after we receive the request. If you have a serious, life threatening health issue, your provider may ask for a faster decision. In this case, your provider can send us a request for approval within 72 hours. For prescriptions, we make the decision within 72 hours.

We will tell your provider about our decision as soon as it is made. If we do not approve the request, you will get a letter. The letter is called a Notice of Adverse Benefit Determination. The letter will explain why we did not approve the request. The letter will explain how you can file an appeal. If you do not agree with the decision, you can file an appeal. Please see page 66

for information about filing an appeal. If you want to know how we made a decision, you can contact us. We can also give you information about the criteria for a prior approval decision. Call us, we are always here for you.

AVAILABLE RBHA SERVICES

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

- Room and board
- Traditional healing
- Auricular acupuncture
- Child care
- Supported housing
- Crisis services for Non-Title XIX
- Counseling
- Case management
- Support services

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

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

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

Grant Funded Support Services

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

- Pregnant women/teenagers who use drugs by injection

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

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

HOUSING SERVICES

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

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

- AHCCCS Housing Program (AHP): <https://azabc.org/ahp>
- U.S. Housing and Urban Development (HUD) – Phoenix: <https://www.hud.gov/states/arizona/offices>
- Arizona Department of Housing: <https://housing.az.gov/>
- Family Housing Hub (FHH) (602) 595-8700 located at 3307 E. Van Buren Street, #108 Phoenix, AZ 85008. For families and children experiencing homelessness in Maricopa County.
- Housing Solutions of Northern Arizona: <https://www.housingnaz.org/>. Offering various programs such as: transitional living, credit counseling, and affordable rentals.
- Maricopa County Continuum of Care: <http://azmag.gov/Programs/Homelessness>
- Housing Authority of Flagstaff Arizona (<http://www.flagstaff.az.gov/2342/Housing-Authority>). Offering assistance for low-income families with safe, decent, and affordable housing opportunities. Including:
 - The Section 8 Housing Choice Voucher Program
 - The Public Housing Program
 - The Housing Authority also manages Clark Homes, an affordable rental housing development

- Mohave County Housing Authority:
https://www.publichousing.com/details/mohave_county. Provides housing assistance and Housing Choice Voucher (formerly Section 8) housing in Mohave County.
- Catholic Charities Community Services (Coconino and Mohave County):
<https://www.catholiccharitiesaz.org/>. Offers assistance with food, clothing, and shelter services
- Northern Arizona Council of Governments (NACOG): <https://nacog.org/>. Offering emergency rental assistance.
- Navajo Nation in Flagstaff: <http://www.navajo-nsn.gov/>. Offering general housing assistance.
- Western Arizona Council of Governments (WACOG): <https://www.wacog.com/>. Homeless prevention and Utility Assistance in La Paz, Mohave and Yuma counties.
- Continuum of Care Coordinated Entry:

County	Contact
Apache	Allison Hephner ah@cpmsaz.com
Coconino	Camie Rasband - CCCS crasband@cc-az.org
Maricopa	Human Services Campus https://hsc-az.org/find-help/
Mohave	Chania Covington chanania.covington@mohavecounty.us
Navajo	Marilyn Johnson - OCCAC mjj@frontiernet.net
Pinal	Heather Patel heather.patel@pinal.gov
Yavapai	Anthony Cruz -CCCS ancruz@cc-az.org

Contact your clinical team or our Member Services for more information about assistance and services to supported housing. You can also contact our housing specialist by calling our Member Services team for further assistance.

END OF LIFE CARE AND ADVANCE DIRECTIVES

Planning for what kind of care you might want if you are currently or are expected to experience declining health due to age or to a chronic, complex or terminal illness is important. This kind of planning is called Advance Care Planning. You can work with your provider or family

members to develop a written plan called an “advance directive.” You have the right to make an advance directive.

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

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

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

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

The term Advance Directives refers to legal papers that protect your right to refuse health care you do not want. It may also tell people about health care you do want. You can ask someone to help you make these decisions. This person is your agent. You or your agent have the right to make decisions to give or withhold life-sustaining care. You also have the right not to have life-sustaining care within the requirements of Federal and State law.

There are four types of Advance Directives:

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

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

Below is a detailed description of each type:

- **A Living Will** tells providers what types of services you do or do not want if you become very sick and near death, and cannot make decisions yourself. For example, it might tell doctors you do not want machines or feeding tubes.
- **A Medical Power of Attorney** lets you choose a person to make decisions about your health care if you cannot do it yourself.

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

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

Making Your Advance Directives Legal

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

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

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

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

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

After you complete your Advance Directives:

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

Changing Your Advance Directives

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

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

PROVIDERS

REFERRAL AND SELF-REFERRAL TO SPECIALISTS AND OTHER DOCTORS

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

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

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

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

What is a Specialist?

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

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

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

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

AMERICAN INDIAN MEMBERS

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

BCBSAZ Health Choice 1-800-322-8670, TTY: 711, Monday – Friday 8 AM – 5 PM (except holidays)
24/7 Nurse Advice Line: 1-888-267-9037
HealthChoiceAZ.com

PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)

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

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

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

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

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

How to Change Your PCP

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

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

Seeking Second Opinions

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

to find a specialist or hospital by using our Find a Doctor tool.

APPOINTMENTS

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

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

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

Tips about appointments:

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

Cancelling or Changing Appointments

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

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

Waiting at the Provider's Office

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

Appointment Availability Standards

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

For Primary Care Provider Appointments:

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

For Specialty Provider Appointments, including Dental Specialty:

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

For Dental Provider Appointments:

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

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

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

For Behavioral Health Provider Appointments:

- Urgent – as fast as your condition requires, but no later than 24 hours from identification of need
- Routine –
 - Initial assessment within seven (7) calendar days of the referral or request for service.
 - The first behavioral health service following the initial assessment as soon as your condition requires but:
 - For members age 18 years or older, no later than 23 calendar days for services to begin after the initial assessment
 - For members under the age of 18 years old, no later than 21 days after the initial assessment
 - All the following behavioral health services should be no later than 45 calendar days from identification of need.

- For psychotropic medications –
 - You should receive an assessment of the urgency of the need immediately; and
 - You should have an appointment (if clinically indicated) with a Behavioral Health Medical Professional within a time frame that ensures you.
 - Do not run out of needed medications; or
 - Do not decline in any behavioral health conditions prior to starting.
 - Contact your provider before you run out of medications or have a decline in functioning. The appointment should be in less than 30 days.

SERVICES FOR CHILDREN & YOUNG ADULTS

EPSDT PROGRAM

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

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

Women's preventative care services are also covered for members. An Annual well-woman preventative care visit is important to your health. Your visit may include:

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

- (d) Oral health care,
 - (e) Chronic disease management,
 - (f) Emotional wellness,
 - (g) Tobacco and substance use (caffeine, alcohol, marijuana, and other drugs), including prescription drug use, and
 - (h) Recommended intervals between pregnancies, and
- f. Initiation of necessary referrals when the need for further evaluation, diagnosis, and/or treatment is identified.

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

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

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

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

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

EPSDT includes, but is not limited to, coverage of: inpatient and outpatient hospital services, laboratory and x-ray services, physician services, naturopathic services, nurse practitioner services, medications, dental services, therapy services, behavioral health services, medical equipment, medical appliances and medical supplies, orthotics, prosthetic devices, eyeglasses,

transportation, and family planning services and supplies, women's preventative care services and maternity services when applicable. EPSDT also includes diagnostic, screening, preventive, and rehabilitative services. However, EPSDT services do not include services that are experimental, solely for cosmetic purposes, or that are not cost effective when compared to other interventions or treatments.

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

EPSDT/Well Child Visits

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

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

- 3-5 days old
- 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, and 30 months old
- Yearly between the ages 3 through 20 years

What to Expect at an EPSDT/Well Child Visit:

- Measure your child's weight and height
- Listen to your child's heart and lungs
- Look at your child's eyes, ears, nose, mouth and teeth
- Give your child needed immunizations
- Talk to you about preventing injuries and keeping your child healthy
- Talk to you about your concerns and your child's health needs
- Routine oral and dental health exam (for)
- A complete unclothed physical exam
- Developmental screening
- Lab tests
- Evaluation for rehabilitation services
- Any treatment for a physical or mental illness found during your child's visit will be covered, if medically necessary

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

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

Your child may receive fluoride varnish by their PCP during the well child visit starting 6 months of age with at least one tooth and may be repeated every 3 months until age 2.

There is no charge for these visits, and they will help your child's PCP find and treat health problems before they become serious.

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

Provider Visits: Birth to 2 Years

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

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

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

Provider Visits for Children and Youth through 20 Years

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

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

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

Recommended well child visits for children 3 to 20 Years:

- Provider Visits: Schedule a well-visit once a year or twice if turning a new age (i.e. 3 year exam done when child was 3 ½ years of age and is now turning 4 years of age).
- Dental Visits: Schedule dental visits twice a year

Tips about appointments:

- Make the appointment for the next well child visit while you are in the office for the current visit.
- Take your child's Member ID card to all appointments.
- Keep your child's provider appointments.
- Make sure your child gets all immunizations
- Bring your child's immunization record with you to his or her well visit appointment.
- Be on time for your appointment.
- Call the provider's office at least one day before your appointment if you need to reschedule.
- If we set up a ride for you to your provider and you cannot make the appointment, call us to cancel the ride.
- There are no co-payments for well visits.

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

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

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

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

VISION SERVICES FOR CHILDREN AND YOUNG ADULTS

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

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

This service has some limits. Coverage depends on your status with BCBSAZ Health Choice.

BCBSAZ Health Choice 1-800-322-8670, TTY: 711, Monday – Friday 8 AM – 5 PM (except holidays)
24/7 Nurse Advice Line: 1-888-267-9037
HealthChoiceAZ.com

These providers can help with vision services:

- Licensed Ophthalmologists
- Optometrists
- Opticians
- Optical clinic

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

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

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

BEHAVIORAL HEALTH SERVICES FOR CHILDREN

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

IMMUNIZATIONS (Shots)

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

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

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

FAQS about Immunizations

Is my child behind on immunizations?

- Check with your provider to find out which immunizations your child needs
- It is not too late to catch up
- Remember, teenagers need them too!

What if my child is sick?

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

Are immunizations safe for my child?

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

Does my child really need immunizations?

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

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

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

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

Tips for Keeping Children Healthy

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

1. Eat at least five servings a day of fruits and vegetables
 - Choose fresh fruit instead of juice
 - Try a new fruit or vegetable each week and/or eat them for snacks
2. Spend less than 2 hours a day in front of a screen
 - Keep TVs, video games and computers out of the bedroom
 - Plan your TV time (stick to it)
 - Don't eat in front of the TV

3. Spend at least 1 hour every day doing something active
 - Involve the family – take a walk, go to the park, walk the dog, etc.
 - Ride a bike, take a hike, or try a new sport
4. Limit sweetened drinks (zero if possible)
 - Drink more water and low-fat milk
 - Did you know that sports drinks and energy drinks are loaded with sugar?
5. Get enough sleep.

PREGNANCY/MATERNITY CARE SERVICES

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

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

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

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

If you are pregnant:

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

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

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

Maternity services include:

- Freedom to choose your PCP who provides OB care or an OB provider within your county and our network of providers
- Counseling before you become pregnant

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

Tips for Pregnant Moms

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

Making Your First Appointment

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

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

PRENATAL PROVIDER VISITS

Pregnant less than three months (first trimester):

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

Pregnant three to six months (second trimester):

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

Pregnant six to 10 months (third trimester):

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

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

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

POSTPARTUM PROVIDER VISIT**Six to twelve weeks after your delivery:**

After you have your baby, call your provider's office as soon as you are discharged to make a postpartum appointment. Postpartum services are covered within 84 days of your delivery.

Why should you go to a postpartum visit?

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

FAMILY PLANNING SERVICES AND SUPPLIES

FAMILY PLANNING

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

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

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

Family planning services include, but are not limited to:

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

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

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

Member Services.

MEDICALLY NECESSARY PREGNANCY TERMINATIONS

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

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

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

STERILIZATIONS

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

The following criteria must be met for sterilization to occur:

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

Any member requesting sterilization must sign an appropriate consent form. Prior to signing

you must be presented with the following:

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

Medicaid does not pay for reversing sterilization.

DENTAL

ADULT DENTAL CARE

Emergency Dental Services Coverage for Members Ages 21 Years and Older

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

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

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

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

- Cast crowns limited to the restoration of root canal treated teeth only

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

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

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

DENTAL SERVICES FOR CHILDREN (AGES 0-21)

BCBSAZ Health Choice covers routine and preventive dental and oral health care for ages 0-21. We will assign a dentist to your child right away, so they can give your child the routine cleanings and other treatments they need. The first examination is encouraged by age 1. After that, take your child to the dentist every six (6) months. Dental visits may include x-rays, fluoride varnish, fillings, cleanings and sealants.

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

DENTAL APPOINTMENTS

Making Dental Appointments

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

Cancelling or Changing Appointments

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

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

Tips about Dental Appointments

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

OTHER SERVICES

CARE MANAGER SERVICES

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

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

- Have a health condition like: asthma, coronary artery disease, congestive heart failure, COPD, diabetes, hepatitis C, HIV, high blood pressure, or COVID-19
- Have a high risk pregnancy
- Are getting a transplant
- Use the emergency department or hospital frequently
- Were readmitted to a hospital less than 30 days after a discharge
- Use a high dosage of pain medicines or anxiety medicines for more than 90 days
- Have warning signs of a potential medication overdose. Information on opioid overdose prevention from the CDC can be found at:
<https://www.cdc.gov/opioids/overdoseprevention/index.html>
- Have an opioid use disorder
- Are transferring between different care settings. This can include discharges from the Arizona State Hospital or release from jail or prison.
- Made multiple grievances or complaints and need help getting the right care
- Have been referred to us by someone on your care team

How to use these Services: Your care manager can work closely with your provider and clinical team.

The care manager may help you:

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

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

How to Opt In or Opt Out of these services: Please contact Member Services if you have questions. Our representatives can help you:

- Request a Care Manager
- Opt Out of Care Management. You have the right to opt out at any time.

DISEASE MANAGEMENT SERVICES

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

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

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

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

How to Opt In or Opt Out of these services: If you want to learn more about disease management, call Member Services. Our representatives can help you:

- Request a Care Manager
- Opt Out of Care Management. You have the right to opt out at any time.

PRESCRIPTION DRUGS

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

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

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

BCBSAZ HEALTH CHOICE FORMULARY

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

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

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

TIPS ABOUT PRESCRIPTION DRUGS

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

- Do not let your prescriptions expire before you get a refill.
- AHCCCS covers drugs that are medically needed, cost effective and allowed by federal and state law.
- AHCCCS does not pay for any drugs paid by Medicare. AHCCCS also does not pay for the cost sharing (co-insurance, deductibles and copays) for these drugs. This is because these drugs are covered by Medicare Part D.

TROUBLE FILLING YOUR PRESCRIPTIONS?

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

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

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

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

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

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

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

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

REIMBURSEMENT FOR PRESCRIPTION DRUGS

We may reimburse you for the cost of drugs if you purchased your medications during “Prior Period Coverage” before joining BCBSAZ Health Choice. Prior Period Coverage is the time between when you became eligible for AHCCCS and when you joined BCBSAZ Health Choice.

We can only reimburse you for the cost of the drugs through BCBSAZ Health Choice, which may be less than what you paid at the drug store.

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

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

COVERED BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

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

BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

Behavioral health services include, but are not limited to:

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

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

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

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

If you need behavioral health services, we will develop a “team” to help you with identifying your behavioral health needs and obtaining behavioral health services. These teams are referred to as Clinical Teams, or more specifically, Child and Family Teams or Adult Recovery Teams. The team will then work with you on your goals, ongoing assessment and service planning. The members of the team will depend on the behavioral health professionals working with you and who you want as part of your team. Teams can include members, guardians, friends, clergy, and other supportive people from the community. Many times the assessment and your individual service plan will not be completed at the first appointment, so you will be working with members of your team to continue the assessment process and develop the services that best meet your needs and preferences. This allows you and your team to continuously review progress and needs so that you get the best care.

Child and Family Team

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

Adult Recovery Team

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

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

REFERRAL PROCESS FOR SERIOUS MENTAL ILLNESS

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

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

Your behavioral health provider will complete an evaluation and an SMI Assessment Packet within seven (7) days of the request. Solari Crisis and Human Services (Solari) is responsible for reviewing all applications and making SMI determinations for the state of Arizona. Solari has three (3) days to make the determination. After the decision has been made, a notice will be sent to you with the results of the determination, how to start receiving services, and how to appeal the SMI eligibility decision. An SMI designation will result in a change of health plan to the RBHA in your region.

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

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

ARIZONA'S VISION FOR DELIVERY OF BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

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

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

THE TWELVE PRINCIPLES FOR THE DELIVERY OF SERVICES TO CHILDREN

1. Collaboration with the child and family:

- a. Respect for and active collaboration with the child and parents is the cornerstone to achieving positive behavioral health outcomes, and
- b. Parents and children are treated as partners in the assessment process, and the planning, delivery, and evaluation of behavioral health services, and their preferences are taken seriously.

2. Functional outcomes:

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

3. Collaboration with others:

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

4. Accessible services:

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

5. Best practices:

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

6. Most appropriate setting:

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

7. Timeliness:

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

8. Services tailored to the child and family:

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

9. Stability:

- a. Behavioral health service plans strive to minimize multiple placements,
- b. Service plans identify whether a member is at risk of experiencing a placement disruption and, if so, identify the steps to be taken to minimize or eliminate the risk,
- c. Behavioral health service plans anticipate crises that might develop and include specific strategies and services that will be employed if a crisis develops,

- d. In responding to crises, the behavioral health system uses all appropriate behavioral health services to help the child remain at home, minimize placement disruptions, and avoid the inappropriate use of the police and the criminal justice system, and
- e. Behavioral health service plans anticipate and appropriately plan for transitions in children's lives, including transitions to new schools and new placements, and transitions to adult services.

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

- a. Behavioral health services are provided in a manner that respects the cultural tradition and heritage of the child and family, and
- b. Services are provided in Spanish to children and parents whose primary language is Spanish.

11. Independence:

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

12. Connection to natural supports:

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

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

1. Respect - Respect is the cornerstone. Meet the person where they are without judgment, with great patience and compassion.
2. Persons in recovery choose services and are included in program decisions and program development efforts - A person in recovery has choice and a voice. Their self-determination in driving services, program decisions and program development is made possible, in part, by the ongoing dynamics of education, discussion, and evaluation, thus creating the "informed consumer" and the broadest possible palette from which choice is made.

Persons in recovery should be involved at every level of the system, from administration to service delivery.

3. Focus on the individual as a whole person, while including and/or developing natural supports - A person in recovery is held as nothing less than a whole being: capable, competent, and respected for their opinions and choices. As such, focus is given to empowering the greatest possible autonomy and the most natural and well-rounded lifestyle. This includes access to and involvement in the natural supports and social systems customary to an individual's social community.
4. Empower individuals taking steps towards independence and allowing risk taking without fear of failure - A person in recovery finds independence through exploration, experimentation, evaluation, contemplation, and action. An atmosphere is maintained whereby steps toward independence are encouraged and reinforced in a setting where both security and risk are valued as ingredients promoting growth.
5. Integration, collaboration, and participation with the community of one's choice - A person in recovery is a valued, contributing member of society and, as such, is deserving of and beneficial to the community. Such integration and participation underscores one's role as a vital part of the community, the community dynamic being inextricable from the human experience. Community service and volunteerism is valued.
6. Partnership between individuals, staff and family members/natural supports for shared decision making with a foundation of trust - A person in recovery, as with any member of a society, finds strength and support through partnerships. Compassion-based alliances with a focus on recovery optimization bolster self-confidence, expand understanding in all participants and lead to the creation of optimum protocols and outcomes.
7. Persons in recovery define their own success - A person in recovery -- by their own declaration -- discovers success, in part, by quality of life outcomes, which may include an improved sense of well-being, advanced integration into the community, and greater self-determination. Persons in recovery are the experts on themselves, defining their own goals and desired outcomes.
8. Strengths-based, flexible, responsive services reflective of an individual's cultural preferences - A person in recovery can expect and deserves flexible, timely, and responsive services that are accessible, available, reliable, accountable, and sensitive to cultural values and mores. A person in recovery is the source of his/her own strength and resiliency. Those who serve as supports and facilitators identify, explore, and serve to optimize demonstrated strengths in the individual as tools for generating greater

autonomy and effectiveness in life.

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

MULTI-SPECIALTY INTERDISCIPLINARY CLINIC (MSIC)

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

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

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

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

Making an Appointment

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

Cancelling or Changing Appointments

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

CHILDREN'S REHABILITATIVE SERVICE (CRS) – What is CRS?

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

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

Who is Eligible for a CRS Designation?

AHCCCS members may be eligible for a CRS designation when they are:

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

The medical condition must:

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

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

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

BCBSAZ Health Choice will provide medically necessary care for physical and behavioral health services and care for the CRS condition. BCBSAZ Health Choice Care Managers can assist with the CRS application process, making appointments at the MSIC or with other providers, and provide education and support

MEMBER ADVOCACY COUNCIL

BCBSAZ Health Choice has developed a Member Advocacy Council (MAC) that is open to all members, designated caregivers, guardians, peer support specialist, recovery centers, health homes, contracted providers, community stakeholders, Independent Oversight Committee members, NAMI, tribal members, veterans and their families, and veteran affiliated organizations. The Member Advocacy Council is a community-based effort focused on member voice facilitated by BCBSAZ Health Choice's Member Advocate/Veterans' Liaison within the Office of Individual and Family Affairs (OIFA) department. Feedback from attendees at the council meetings will impact system changes focused on member voice. The council meetings will provide a platform for members, tribal members, veterans, families of members, and community partners to share a voice in their overall experience and understanding of services provided by BCBSAZ Health Choice. The MAC meetings are held bi-monthly and information about the meetings can be found at HealthChoiceAZ.com. If you would like to participate or learn more about the Member Advocacy Council, please contact Member Services.

APPEALS

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

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

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

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

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

REQUESTING AN APPEAL

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

To file an appeal by phone:

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

To file an appeal in writing:

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

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

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

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

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

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

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

REQUESTING AN APPEAL FOR CRISIS SERVICES PROVIDED BY THE RBHA

RBHA's process all grievances/appeals/requests for fair hearing regarding crisis services.

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

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

FREEDOM OF CHOICE

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

EXPEDITED APPEAL

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

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

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

NOTICE OF EXTENSION

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

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

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

USING A REPRESENTATIVE

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

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

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

can let us know by writing us a letter.

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

BCBSAZ Health Choice

Attn: Member Appeals

410 N. 44th St., Suite 900

Phoenix, AZ 85008

PAYMENT FOR SERVICES

COPAYMENTS

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

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

The following persons are not asked to pay copayments:

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

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

entitled to Medicare, and who are not pregnant, and who have income at or below 133% of the Federal Poverty Level (FPL) and who are not AHCCCS eligible under any other category. Copays for persons in the Adult Group with income over 106% FPL are planned for the future. Members will be told about any changes in copays before they happen.

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

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

PEOPLE WITH OPTIONAL (NON-MANDATORY) COPAYMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PEOPLE WITH REQUIRED (MANDATORY) COPAYMENTS

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

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

REQUIRED (MANDATORY) COPAYMENT AMOUNTS FOR PERSONS RECEIVING TMA BENEFITS

SERVICE	COPAYMENT
Prescriptions	\$2.30
Doctor or other provider outpatient office visits for evaluation and management of your care	\$4.00
Physical, Occupational and Speech Therapies	\$3.00
Outpatient Non-emergency or voluntary surgical procedures	\$3.00

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

5% LIMIT ON ALL COPAYMENTS

The amount of total copays cannot be more than 5% of the family's total income during a calendar quarter (January-March, April-June, July-September, and October-December). If this 5% limit is reached, no more copays will be charged for the rest of that quarter.

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

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

PAYING FOR COVERED SERVICES BY BCBSAZ HEALTH CHOICE

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

Providers who are not in our network will need to call us for prior approval. If we do not approve the care or service, we may not be able to pay the out-of-network providers. You will only have to pay your mandatory copay for all covered services. For more information about copays, see page 70.

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

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

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

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

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

provider to bill us and get your money back to you.

PAYING FOR SERVICES NOT COVERED BY BCBSAZ HEALTH CHOICE

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

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

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

OTHER INSURANCE

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

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

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

MEDICARE BENEFICIARIES (DUAL ELIGIBILITY)

People who have both AHCCCS and Medicare are called "dual eligible." If you have Medicare, BCBSAZ Health Choice may help pay your Medicare coinsurance and deductibles (also called "cost sharing"). However, Medicaid does not cover medications that are eligible for coverage under Medicare Part D plans. Medicaid does not pay for Medicare copayments, deductibles or cost sharing for Medicare Part D medications, except for persons who have been designated to have an SMI designation. AHCCCS covers medications that are excluded from coverage under

80

BCBSAZ Health Choice 1-800-322-8670, TTY: 711, Monday – Friday 8 AM – 5 PM (except holidays)
24/7 Nurse Advice Line: 1-888-267-9037
HealthChoiceAZ.com

Medicare Part D when those covered medications are deemed medically necessary. An excluded drug is a medication that is not eligible for coverage under Medicare Part D. AHCCCS may cover some medications that are Over-the-Counter (OTC), refer to the BCBSAZ Health Choice Pathway HMO SNP OTC Drug List for a list of products available on our website at <https://www.healthchoicepathway.com/members/supplemental-benefits/or> call Member Services to request a printed copy.

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

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

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

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARIES (QMB)

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

PHARMACY AND MEDICAL SERVICES PRIOR AUTHORIZATION TIMEFRAMES

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

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

GRIEVANCES (COMPLAINTS)

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

FILING A GRIEVANCE

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

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

- Issues with health care providers
- The inability to receive health care services
- Concerns about the Quality of Care (QOC) received
- Timely access to services
- Staff attitude
- Rudeness
- Adequacy of Notice of Adverse Benefit Determination Letters
- Crisis services provided by the RBHA
- Any other kind of problem you may have had with your health care service
- Any other kind of problem you may have with your health plan

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

To file a grievance by phone:

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

To file a grievance in writing, send a letter to:

BCBSAZ Health Choice
Attn: Member Grievances
410 N. 44th St., Suite 500
Phoenix, AZ 85008

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

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

STATE FAIR HEARING

MEMBER'S RIGHT TO REQUEST A STATE FAIR HEARING

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

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

The State Fair Hearing process offers a chance to have your request heard by an Administrative Law Judge. You must ask for the State Fair Hearing in writing. You have 30 days from the date you receive the Notice of Appeal Resolution (or Notice of Expedited Appeal Resolution) letter to ask for a State Fair Hearing.

To ask for a State Fair Hearing in writing, send a letter to:

BCBSAZ Health Choice
Attention: Member Appeals
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008

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

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

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

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

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

WHAT TO EXPECT AT THE STATE FAIR HEARING

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

After the hearing, the judge will send a Recommended Decision to AHCCCS. AHCCCS will read

the Recommended Decision and agree with it, change it or reject it. AHCCCS will then send you a letter telling you the decision. This letter is called a “Director’s Decision”.

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

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

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

RECEIVING CONTINUED BENEFITS

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

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

You will continue to get the care until:

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

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

MEMBER RIGHTS

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

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

- How to get covered services that are not offered or available through the health plan
- The right to family planning services from an appropriate registered provider
- A description of how the organization evaluates the appropriate use of new developments in medical technology and new applications of existing technologies for inclusion as a covered benefit. New medical devices and procedures are evaluated by BCBSAZ Health Choice medical management team to:
 - Keep abreast of ongoing changes in medical technology.
 - Ensuring our members have safe, effective and evidence-based care.
 - Review information from the appropriate governmental regulatory bodies such as U.S. Food and Drug Administration (FDA).
 - Obtain input from specialists and professionals with unique knowledge about the specific technology reviewed.
 - To maintain compliance with all Federal and State regulatory bodies and Accrediting agencies applicable to BCBSAZ Health Choice plans.
- Information about grievances, appeals and requests for a hearing
- Inspect your medical records at any time. You have the right to ask for a copy of your medical records at least annually. There is no cost to you.
 - You have the right to a written reply from BCBSAZ Health Choice within 30 days of your request.
 - If denied, you have the right to information about why your request was denied.
 - You have the right to seek review of a denial in accordance with 45 CFR Part 164.
 - You have the right to change or correct your medical records.
- Request restrictions
- Private communications
- Accounting of disclosures
- A paper copy of the Notice of Privacy Practices. See the “Your Privacy” section of this handbook for more information.
- You have the right to make recommendations regarding the organization’s member rights and responsibilities policy.
- Ask for information about BCBSAZ Health Choice such as:
 - It’s services
 - It’s practitioners and providers
 - The plan’s provider incentive program: This means you can ask about ways that the health plan pays our providers. Providers or other health care professionals are not financially rewarded based on denial of care or for limiting services.
 - It’s quality improvement program including member survey results for the health plan
- Get health care services in accordance with access to care and quality standards
- Be sure BCBSAZ Health Choice Arizona will not hold it against you if you choose to use any of your rights.
- Be free from any form of control or isolation used as a means of force, authority, convenience, or retaliation. You cannot be held against your will. You cannot be forced

to do something you do not want to do. This also means you have the right to be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience or retaliation.

- Receive information on beneficiary and plan information.
- Privacy and to be treated with respect and dignity
- Understand your health problems and participate in developing mutually agreed-upon treatment goals, to the degree possible.
- Make decisions about your health care. This includes agreeing to treatment. It can also include the right to refuse treatment.
- Have services and materials provided in a way that helps you understand. This may include help with:
 - **Language Needs:** This includes having materials translated into your own language. We can help you find providers who speak your language. If your provider does not speak your language, they will arrange an interpreter for your medical appointments. This is provided at no cost to you. Talk to your provider about language services.
 - **Visual Needs:** This may include recorded materials, such as a CD, or materials in Braille. You can also ask for larger print. This is provided at no cost to you. Call Member Services for more information.
 - **Hearing Needs:** If you are deaf or hard of hearing, you can call Arizona Relay Services at 711. This telephone relay, or TTY/TDD, is a free public service. There is no cost to you. We can also get you a sign language interpreter for your medical appointments. This is provided at no cost to you. Call Member Services for more information.
- Use any hospital or other setting for emergency care.

YOUR PRIVACY

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

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

Help us know with whom we can talk about your care. Please call Member Services with this information about a family member or friend. Or, send us copies of any court orders or other legal papers showing who is authorized. We will update our records to include the people you identify. You can get more information about how to get documents showing someone can act for you. Please review the “Advance Directives” section on page 29.

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

Is My Behavioral Health Information Private?

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

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

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

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

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

COMPLIANCE WITH FEDERAL AND STATE LAWS

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

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

FRAUD, WASTE AND ABUSE (FWA)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESOURCES

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

WANT TO QUIT SMOKING OR KICK THE TOBACCO HABIT?

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

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

Take that First Step:

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

In addition to the ASHLine, there are other resources available for you. For more information on quitting tobacco, go to Tobacco Free Arizona at:

www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php.

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

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

COMMUNITY PROGRAMS

Head Start Program

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

Children who are 3 to 5 years old are eligible for Head Start services. Pregnant women

BCBSAZ Health Choice 1-800-322-8670, TTY: 711, Monday – Friday 8 AM – 5 PM (except holidays)
24/7 Nurse Advice Line: 1-888-267-9037
HealthChoiceAZ.com

and children from birth to 3 years of age are eligible for Early Head Start services. These programs provide:

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

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

Arizona Early Intervention Program (AZEIP)

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

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

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

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

Women, Infants and Children (WIC) Program

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

Area Agency on Aging

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

AZLinks.gov

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

COMMUNITY RESOURCES

AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
Arizona Adult Protective Services (Adult Abuse Hotline)	1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385)	https://des.az.gov/services/basic-needs/adult-protective-services
Alzheimer's Association	24/7 HELPLINE (800) 272-3900	alz.org
Arizona Early Intervention Program (AzEIP)	Central Office 602-532-9960 Central Referral Line 888-592-0140 (toll-free)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant
Arizona 2-1-1 Community	2-1-1 or 877-211-8661 (toll-free)	211arizona.org
AZLinks.gov	N/A	azlinks.gov
Arizona Job Connection	602-542-2460	azjobconnection.gov
Arizona Head Start	602-338-0449	azheadstart.org
AZ Suicide Prevention Coalition	602-248-8337 (Nikki Kontz, Board President)	azspc.org
AZ Dept. of Health Services Bureau of Women's and Children's Health	602-542-1025	https://www.azdhs.gov/prevention/womens-childrens-health/index.php
Arizona Department of Health Services (ADHS)	602-542-1025	azdhs.gov
Arizona ASHLine Tobacco Quit Line	800-556-6222 (toll-free)	www.ashline.org/about-ASHLine
AZ Department of Economic Security	602-542-4791	des.az.gov
AZ@WORK	N/A	arizonaatwork.com/

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

National Suicide Prevention Lifeline	988	www.suicidepreventionlifeline.org
Opioid Assistance and Referral (OAR) Line	1-888-688-4222	www.azdhs.gov/oarline
AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
Postpartum Support International	Helpline: 1-800-944-4773	www.postpartum.net
Power Me A2Z (Free vitamins for women program through ADHS)	N/A	www.powermea2z.org
Poison and Drug Information Center	800-222-1222 (toll-free)	www.azpoison.com
Prevent Child Abuse Arizona	928-445-5038 or 602-255-5540	www.pcaaz.org
Raising Special Kids	800-237-3007	www.raisingpecialkids.org
Strong Families (AZ website for home visitation programs)	N/A	www.strongfamiliesaz.com
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)	855-777-8590 (toll-free)	https://des.az.gov/services/basic-needs/food/nutrition-assistance-formerly-food-stamp-program
Teen Life Line	602-248-8336 (TEEN) or 800-248-8336 (TEEN)	www.teenlifeline.org
Unemployment Insurance Benefits	Phoenix: 602-364-2722 Tucson: 520-791-2722 877-600-2722 (toll-free) TDD/TTY: 711	https://des.az.gov/services/employment/unemployment-individual

WIC (Women, Infants and Children)	1-800-252-5942	www.azdhs.gov/azwic/
-----------------------------------	----------------	--

ACCESS TO LOW OR NO COST SERVICES

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

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

ADVOCACY RESOURCES

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

AGENCY	PHONE NUMBER	WEBSITE
Division of Aging and Adult Services – Aging and Disability Services	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services
Division of Aging and Adult Services – Long Term Care	602-542-6454	https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman
Area Agency on Aging	24-hour senior help line: 602-264-help (4357) 888-783-7500 (toll - free)	aaaphx.org
Ability360	602-256-2245 800-280-2245 (toll-free)	ability360.org

National Alliance on Mental Illness (NAMI), Arizona	480-994-4407	namiarizona.org
Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence	602-279-2900 800-782-6400 (toll-free)	acesdv.org

LEGAL ASSISTANCE

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

GLOSSARY

MANAGED CARE TERMINOLOGY

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

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

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

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

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

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

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

Emergency Services: Services to treat an emergency condition.

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

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

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

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

Health Insurance: Coverage of costs for health care services.

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

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

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

Hospitalization: Being admitted to or staying in a hospital.

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

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

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

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

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

Plan: See SERVICE PLAN

Preauthorization: See PRIOR AUTHORIZATION

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

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

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

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

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

- Person licensed as an allopathic or osteopathic physician

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MATERNITY CARE DEFINITIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Free Standing Birthing Centers: Out-of-hospital, outpatient obstetrical facilities, licensed by the Arizona Department of Health Services (ADHS) and certified by the Commission for the Accreditation of Free Standing Birthing Centers. These facilities are staffed by registered nurses and maternity care providers to assist with labor and delivery services and are equipped to

manage uncomplicated, low-risk labor and delivery. These facilities shall be affiliated with, and in close proximity to, an acute care hospital for the management of complications, should they arise.

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

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

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN A BCBSAZ HEALTH CHOICE

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

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

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

Este Manual para miembros lo ayudará a comprender su plan de salud de BCBSAZ Health Choice. Obtendrá información sobre nuestros servicios, cómo recibir atención y con quién hablar en caso de que tenga preguntas.

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

Puede comunicarse con nosotros llamando a la línea gratuita al **1-800-322-8670 (TTY: 711)**. Nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros siempre estará encantado de ayudar. El número de teléfono está al pie de cada página de este manual para que pueda ubicarlo con facilidad.

¿Necesita este manual en español? Consulte el reverso de este manual para obtener la información en español. Si necesita ayuda con respecto a traducciones y servicios de interpretación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-322-8670.

¿Quiere obtener más información sobre nosotros?

Visite **HealthChoiceAZ.com** para conocer más y consultar los recursos disponibles para usted.

BCBSAZ Health Choice es una filial de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Los servicios cubiertos están financiados bajo contrato con AHCCCS.

Fecha de revisión: 3/2023

INFORMACIÓN QUE ENCONTRARÁ DENTRO DE ESTE MANUAL PARA MIEMBROS

Contenido	Página
Acceso a servicios <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para Miembros • Abreviaturas • Números de teléfono importantes relacionados con el plan • Atención de urgencia y después del horario de atención • Línea de consejos de enfermería (disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana) • Líneas directas para casos de crisis de salud conductual • Acceso a tratamientos para adicciones, servicios para trastornos por consumo de sustancias e información sobre opioides • Servicios lingüísticos • Consultas a un proveedor fuera de la red • BCBSAZ Health Choice y su atención • Tarjetas de identificación del miembro 	5
Responsabilidades de los miembros <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en su información personal • ¿Puedo cambiar de plan de salud? • Los familiares y el proceso de planificación del tratamiento • ¿Qué es una emergencia? • Transporte 	Error! Book mark not defined.
Servicios cubiertos <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios • Atención preventiva para adultos • Atención preventiva para la mujer • Servicios cubiertos para miembros menores de 21 años • Servicios adicionales con limitaciones específicas • Servicios no cubiertos • Tabla de beneficios excluidos del AHCCCS (adultos mayores de 21 años) • Autorización previa • Servicios de RBHA disponibles • Servicios de vivienda • Atención para el final de la vida e instrucciones anticipadas 	27

Proveedores <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria (PCP) • Citas • Remisiones y remisiones por iniciativa propia a especialistas y otros médicos • Libertad de elección • Miembros indígenas estadounidenses 	37
Servicios para niños y adultos jóvenes <ul style="list-style-type: none"> • Programa de EPSDT • Servicios para la visión para niños y adultos jóvenes • Servicios de salud conductual para niños • Vacunas 	42
Servicios de atención del embarazo y de maternidad <ul style="list-style-type: none"> • Consultas prenatales • Consultas posparto 	50
Servicios y suministros de planificación familiar <ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar • Interrupción del embarazo médicamente necesaria • Esterilización 	54
Odontología <ul style="list-style-type: none"> • Atención odontológica para adultos • Servicios odontológicos para niños (menores de 21 años) • Citas de odontología 	57
Otros servicios <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de administración de la atención • Servicios de control de enfermedades 	60
Medicamentos recetados <ul style="list-style-type: none"> • Formulario de BCBSAZ Health Choice • Consejos sobre medicamentos recetados • ¿Tiene problemas para surtir sus recetas médicas? • Reembolso por medicamentos recetados 	62
Servicios de salud conductual cubiertos <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud conductual • Proceso de remisión para enfermedades mentales graves • Visión de Arizona con respecto a la prestación de servicios de salud conductual • Los doce principios para la prestación de servicios a niños • Nueve principios rectores para los sistemas y servicios de salud conductual de adultos orientados a la recuperación • Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC) • Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS): ¿qué son? • Consejo de Defensoría para Miembros 	66

Apelaciones	77
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de una apelación • Apelación acelerada • Aviso de prórroga • Designación de un representante 	
Pago de servicios	81
<ul style="list-style-type: none"> • Copagos • Personas con copagos opcionales (no obligatorios) • Personas con copagos requeridos (obligatorios) • Montos de copagos opcionales (no obligatorios) para algunos servicios médicos • Montos de copagos requeridos (obligatorios) para personas que reciben beneficios de TMA • Límite del 5 % en todos los copagos • Pago de servicios cubiertos por Health Choice Arizona • Pago de servicios no cubiertos por Health Choice Arizona • Otro seguro • Beneficiarios de Medicare • Beneficiarios de Medicare calificados (QMB) • Plazos de autorización previa para servicios médicos y de farmacia 	
Quejas formales (reclamos)	88
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de una queja formal 	
Audiencia estatal justa	90
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho de los miembros a solicitar una audiencia estatal justa • Qué esperar de la audiencia estatal justa • Recepción de beneficios continuos 	
Derechos de los miembros	92
<ul style="list-style-type: none"> • Derechos de los miembros • Su privacidad 	
Fraude, desperdicio y abuso	97
Recursos	99
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiere dejar de fumar o de consumir productos de tabaco? • Programas comunitarios • Recursos comunitarios • Recursos de defensoría (asistencia con las necesidades especiales) • Ayuda legal 	
Glosario	106
<ul style="list-style-type: none"> • Terminología relacionada con la atención administrada • Definiciones relacionadas con la atención de maternidad 	

ACCESO A SERVICIOS

SERVICIOS PARA MIEMBROS

Estamos siempre a su disposición. Nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros puede responder todo tipo de preguntas. Abrimos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto los días festivos). Encuentre nuestra información de contacto en la parte inferior de cada página de este manual.

Nosotros podemos ayudarlo a resolver muchas preguntas, como estas:

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

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

ABREVIATURAS

A continuación, se incluye una lista de abreviaturas que verá en este manual junto con el significado de cada una:

AHCCCS.....	Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona
ACC.....	AHCCCS Complete Care
ALTCS.....	Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona
AzEIP.....	Programa de Intervención Temprana de Arizona
CRS.....	Servicios de Rehabilitación para Niños
DDD.....	División de Discapacidades del Desarrollo
DES.....	Departamento de Seguridad Económica
EPSDT.....	Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos
HIPAA.....	Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud
PCP.....	Proveedor de atención primaria
PPC.....	Cobertura del período anterior (lo que significa que el miembro estuvo o está en un período de transición en cuanto a la cobertura mientras el AHCCCS termina el proceso de inscripción)
QMB.....	Beneficiario de Medicare calificado
RBHA.....	Autoridad Regional de Salud Conductual
SOBRA.....	Sexta Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria
RBHA.....	Autoridad Regional de Salud Conductual
TRBHA.....	Autoridad Regional de Salud Conductual Tribal
WIC.....	Programa para Mujeres, Bebés y Niños (programa de nutrición)

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES RELACIONADOS CON EL PLAN

Departamento de Servicios para Miembros de BCBSAZ Health Choice	Llámenos si necesita ayuda para encontrar a un PCP en su área, cambiar de PCP, obtener información sobre los beneficios o solicitar un Manual para miembros.	1-800-322-8670 (TTY: 711)
Línea de consejos de enfermería (disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana)	Hable con un enfermero, quien responderá sus preguntas relacionadas con la salud y le ofrecerá orientación sobre los próximos pasos. Puede hablar con un enfermero las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	1-888-267-9037 (TTY: 711)
Líneas directas para casos de crisis de salud conductual	Hable con un especialista que pueda ayudarlos a usted o a un familiar en caso de tener una crisis de salud conductual.	<p>En todo el estado: 1-844-534-HOPE (4673)</p> <p>Región norte* (condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai): 1-877-756-4090 (TTY: 711)</p> <p>Región central* (condados de Gila, Maricopa y Pinal): 1-800-631-1314</p> <p>Región sur* (Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Santa Cruz y Yuma): 1-866-495-6735</p> <p>* Las líneas directas regionales para casos de crisis se mantendrán en funcionamiento y estarán disponibles, al menos, hasta el 1 de octubre de 2023.</p>
Transporte	Llámenos si necesita coordinar un viaje para una cita médica.	602-386-3447 (TTY: 711)

Farmacia/medicamentos recetados	Llámenos si necesita ayuda para surtir sus medicamentos.	1-800-322-8670 (TTY: 711)
Administración médica (como servicios para pacientes internados o ambulatorios, y autorizaciones previas)	Llámenos si necesita ayuda para presentar una solicitud de servicios o medicamentos.	1-800-322-8670 (TTY: 711)

ATENCIÓN DE URGENCIA Y DESPUÉS DEL HORARIO DE ATENCIÓN

Si tiene alguna pregunta sobre su salud, llame primero a su proveedor, quien podrá responderle muchas de las preguntas que tenga. Puede llamar incluso si el consultorio del proveedor está cerrado. Un servicio de contestadora se asegurará de que su proveedor reciba el mensaje. Esto incluye también los fines de semana y días festivos.

Es posible que a su proveedor le tome un poco de tiempo ponerse en contacto con usted, pero le devolverá la llamada. El proveedor hablará con usted sobre los pasos siguientes, lo que podría incluir la indicación de ir a un centro de atención de urgencia. Nos puede llamar para encontrar el centro de atención de urgencia o el centro de atención de guardia más cercano. También puede encontrar un centro de atención en el Directorio de proveedores. Los Directorios de proveedores están disponibles para usted sin costo. Llámenos para que le enviemos uno por correo, o bien visite nuestro sitio web para usar la herramienta de búsqueda de médicos y farmacias.

Cuándo debe ir a un centro de atención de urgencia

Las razones comunes para ir a un centro de atención de urgencia o después del horario de atención incluyen las siguientes:

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

LÍNEA DE CONSEJOS DE ENFERMERÍA (DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA)

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

Cuando llame, un enfermero registrado responderá a sus preguntas de salud, le proporcionará información médica o le aconsejará acerca de dónde obtener servicios de salud. Los enfermeros también pueden explicarle cómo cuidarse en casa si no se siente bien, pero no necesita ver a un PCP.

Puede llamar a nuestra Línea de consejos de enfermería en cualquier momento, incluidos los fines de semana y días festivos. Llame a la Línea de consejos de enfermería al **888-267-9037**. El número de teléfono está al pie de cada página de este Manual para miembros, para que pueda ubicarlo con facilidad.

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

LÍNEA DIRECTA PARA CASOS DE CRISIS DE SALUD CONDUCTUAL

Si está teniendo una crisis de salud mental o conoce a alguien que corre el riesgo de sufrir daños físicos o de lastimarse a sí mismo o a alguien más, llame a la Línea directa para casos de crisis de salud conductual de inmediato. Estos son algunos signos de advertencia:

- Desesperanza o sentimiento de que no hay solución.
- Ansiedad, agitación, insomnio y cambios de humor.
- Sentimiento de que no hay motivos para vivir.
- Ira o enojo.
- Participación en actividades riesgosas de manera inconsciente.
- Aumento del consumo de alcohol o de drogas.
- Alejamiento de familiares y amigos.

En caso de emergencias médicas, llame siempre al 911.

Cuando llame a la Línea directa para casos de crisis, los especialistas pueden ayudarlo de muchas maneras, incluidas las siguientes:

- Pueden hablar con usted para ayudarlo a sentirse cómodo.

- Pueden hablar de las preocupaciones que tiene respecto de su ser querido.
- Pueden ayudarlo a afrontar relaciones difíciles.
- Pueden hablar sobre pensamientos suicidas.
- Pueden ayudarlo a mantenerse seguro.
- Pueden ayudarlo a coordinar una sesión de terapia.
- Pueden conectarlo con un recurso comunitario que esté cerca.
- Pueden conversar sobre cómo superar situaciones agresivas.
- Pueden recomendarle opciones para enfrentar situaciones urgentes.
- Pueden ayudarlo a identificar recursos para su atención.

Puede obtener servicios para casos de crisis, incluso si no califica en virtud del título 19/21 (es decir, no es elegible para el AHCCCS) o si se determina que tiene una enfermedad mental grave. La Línea directa para casos de crisis conecta a las personas en crisis, así como a sus familiares y amigos, con información y profesionales de atención médica calificados y amables. La Línea directa para casos de crisis es completamente confidencial y está disponible para cualquier persona que necesite ayuda, independientemente de su seguro. Los servicios para situaciones de crisis incluyen los siguientes:

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

LÍNEA NACIONAL PARA CASOS DE CRISIS	NÚMERO DE TELÉFONO
Línea de prevención del suicidio y crisis 988	988 (llamadas o mensajes de texto)

LÍNEA ESTATAL DE ARIZONA PARA CASOS DE CRISIS	NÚMERO DE TELÉFONO
* Fecha de entrada en vigencia: 10/1/2022	
Línea directa estatal para casos de crisis	1-844-534-HOPE (1-844-534-4673)

INFORMACIÓN SOBRE LÍNEAS REGIONALES Y TRIBALES PARA CASOS DE CRISIS * Las líneas directas regionales para casos de crisis se mantendrán en funcionamiento y estarán disponibles hasta el 1 de octubre de 2023.	NÚMEROS DE TELÉFONO
Región central (condados de Gila, Maricopa y Pinal)	1-800-631-1314 o 602-222-9444
Región sur (condados de Pima, Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Santa Cruz y Yuma)	1-866-495-6735
Región norte (condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai)	1-877-756-4090
Comunidad indígena estadounidense AK-Chin	1-800-259-3449
Comunidad indígena estadounidense de Gila River	1-800-259-3449
Comunidad indígena estadounidense de Salt River	1-855-331-6432
Nación Tohono O'odham	1-844-423-8759

WARMLINE (GRUPO DE APOYO DE PARES)	NÚMERO DE TELÉFONO
NAZCARE	(888) 404-5530; disponible de 4:30 p. m. a 10:30 p. m.

LÍNEA PARA CASOS DE CRISIS PARA VETERANOS	NÚMERO DE TELÉFONO
Línea para casos de crisis para veteranos	Llamadas al 1-800-273-8255 (presionar 1) o mensajes de texto al 838255

LÍNEA PARA CASOS DE CRISIS PARA ADOLESCENTES	NÚMERO DE TELÉFONO
Teen Lifeline	Llamadas al 800-248-8336 (TEEN) o mensajes de texto al 602-248-8336 (TEEN); disponible de 3:00 p. m. a 9:00 p. m.

ACCESO A TRATAMIENTOS PARA ADICCIONES, SERVICIOS PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS E INFORMACIÓN SOBRE OPIOIDES

Hay servicios disponibles sin costo para usted que pueden ayudarlo a dejar de consumir alcohol o drogas, o a abandonar el hábito del juego. Recibir tratamiento puede ayudarlo a cambiar sus pensamientos, sentimientos y acciones. Tiene numerosos tipos de tratamientos diferentes a su disposición, como servicios de orientación, grupos de apoyo de pares, servicios de administración de casos y tratamientos con medicamentos. Independientemente de sus beneficios, si usted está embarazada o criando a un hijo, o es una persona que consume drogas o cualquier tipo de sustancia, estos servicios están disponibles para usted.

Además, tenemos servicios disponibles para las personas que tienen problemas con el consumo de opioides. Hay tratamientos disponibles a través de diversas formas, como centros de inducción de medicación, centros para pacientes ambulatorios, y centros de tratamiento residencial y con hospitalización. Puede disponer de un tratamiento para el consumo de opioides sin costo. BCBSAZ Health Choice se ha asociado con axialHealthcare para proporcionarle servicios de apoyo de pares y asistencia con la administración de la atención para ayudarlo a mantenerse sano.

También puede obtener información sobre los servicios para trastornos por consumo de opioides en su área usando el buscador del AHCCCS. Visite opioidservicelocator.azahcccs.gov.

Si necesita ayuda, un especialista en salud conductual de BCBSAZ Health Choice puede ayudarlo a través de remisiones y citas. Llame al equipo del Departamento de Servicios para Miembros y pregunte por un administrador de atención de salud conductual.

SERVICIOS LINGÜÍSTICOS

Puede ser difícil comprender en qué consiste su atención cuando el inglés no es su lengua materna o tiene dificultades auditivas. Puede disponer de los siguientes servicios de asistencia sin costo:

- Servicios de intérpretes (interpretación oral). Si necesita un intérprete durante una consulta médica, infórmeselo a su proveedor antes de la visita. Si necesita un intérprete cuando esté hablando con alguien de Health Choice, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Health Choice.
- Servicios de traducción (comunicación escrita). Todos los materiales para miembros de BCBSAZ Health Choice están disponibles en inglés y en español. Si necesita nuestra información impresa en otro idioma o en un formato diferente, como en letra grande o audio, infórmenoslo. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros. Le enviaremos lo que necesita sin costo.

- Lenguaje de señas. Si es sordo o tiene dificultades auditivas, puede solicitarle al proveedor que le proporcione servicios auxiliares o que contrate a un intérprete de lenguaje de señas para abordar sus necesidades. Su proveedor ofrece estos servicios sin costo alguno para usted. Si necesita un intérprete de lenguaje de señas al comunicarse con BCBSAZ Health Choice, infórmese al equipo del Departamento de Servicios para Miembros. Los intérpretes de lenguaje de señas estadounidense (ASL) son profesionales calificados con certificación para proporcionar servicios de interpretación, generalmente en ASL, a las personas con sordera. Para obtener una lista de intérpretes de lenguaje de señas y conocer las leyes que regulan la profesión de los intérpretes en el estado de Arizona, visite el sitio web de la Comisión de Arizona para Personas Sordas y con Dificultades Auditivas, disponible en www.acdhh.org; o bien llame a los siguientes números: 602-542-3323 (V); 602-364-0990 (TTY); 800*352-8161 (V/TTY); 480*559*9441 (teléfono de video).
- Los servicios auxiliares incluyen transcripciones asistidas por computadora, materiales en letra grande, materiales escritos, materiales escritos en Braille, dispositivos o sistemas de ayuda en la audición, subtítulos y otros métodos eficaces para hacer que los materiales entregados estén a disposición de las personas con problemas auditivos. Si necesita algún servicio auxiliar para comunicarse con Health Choice, infórmese al Departamento de Servicios para Miembros de Health Choice. Puede comunicarse con su proveedor para recibir este tipo de ayuda si es necesaria para la comunicación durante su consulta.
- Los miembros pueden disponer de los servicios de TTY/TDD sin costo. Servicios de retransmisiones de Arizona 7-1-1: El servicio de retransmisión de telecomunicaciones permite que las personas con discapacidades auditivas o del habla puedan hacer y recibir llamadas telefónicas. Si necesita usar servicios de retransmisión de telecomunicaciones, marque 7-1-1 para conectarse con un asistente de comunicaciones con formación especial.
- Subtitulado para conferencias con retransmisión: Se ofrecen servicios de subtitulado para conferencias con retransmisión (RCC) a través del Servicio de Retransmisión de Arizona (AZRS), administrado por la Comisión de Arizona para Personas Sordas y con Dificultades Auditivas. El subtitulado para conferencias con retransmisión (RCC) es un servicio gratuito disponible para los residentes de Arizona con sordera o dificultades auditivas. Este servicio permite que las personas participen en reuniones (personales o remotas), llamadas telefónicas, videoconferencias y llamadas por teleconferencia multilaterales. Para obtener más información, puede comunicarse con los servicios de retransmisión de Arizona:
 - TTY: 1.800.347.1695
 - Llamada de voz: 1.866.259.1768
 - Correo electrónico: info@azrelay.org
 - Sitio web de la ACDHH: www.acdhh.org; sitio web de RCC: www.arizonarcc.com; sitio web de AZ Relay: www.azrelay.org

Consejo de Cultura y Diversidad

BCBSAZ Health Choice cumple con el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según su implementación a través de los reglamentos en la parte 80 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR); la Ley de Discriminación por Edad de 1975, según su implementación a través de los reglamentos de la parte 91 del título 45 del CFR; la Ley de Rehabilitación de 1973; el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (con respecto a los programas y actividades educativas); los títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades; y la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente. También enfatizamos la importancia del derecho de los miembros a recibir tratamiento independientemente de su raza, etnia, nacionalidad, religión, género, edad, afección de salud conductual (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética o capacidad de pago.

Sabemos que nuestros miembros representan numerosas culturas, razas y etnias. La cultura moldea la forma en que actuamos, pensamos y nos comunicamos. También tiene un impacto en cómo se satisfacen nuestras necesidades médicas.

Necesitamos de sus comentarios para asegurarnos de que se satisfagan sus necesidades culturales y de diversidad. Una forma de lograr esto es participando de nuestro **Consejo de Cultura y Diversidad**, donde puede compartir más información acerca de usted y su comunidad. De esta manera, podemos mejorar la forma en que se prestan los servicios de atención médica a usted y a otras personas.

Si participa en este Consejo, nos ayudará a encontrar maneras de abordar lo siguiente:

- Nuestros proyectos de competencia cultural y nuestra forma de comunicarnos.
- La atención centrada en los miembros y las familias, incluidas las experiencias de los miembros.
- La manera en que trabajamos con nuestros proveedores, agencias y comunidades para satisfacer las necesidades de los miembros.

¿Le gustaría participar o tiene alguna pregunta? Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

Nuestro Directorio de proveedores muestra los idiomas que hablan los proveedores. Cuenta con un índice de proveedores por idioma. El Directorio de proveedores se encuentra en nuestro sitio web y permite buscar por idioma en línea. Si desea una copia impresa del Directorio, llámenos y le enviaremos una sin costo alguno.

Si necesita un proveedor que se especialice en atender personas con discapacidades físicas, puede comunicarse con nosotros y lo ayudaremos a encontrar uno que satisfaga sus necesidades.

Miembros con enfermedades muy agudas que buscan atención médica

Las necesidades de atención médica individuales varían según la persona, y BCBSAZ Health Choice trabajará con usted para ayudarlo a elegir un nivel de atención apropiado y un tipo de proveedor que pueda abordar sus necesidades e inquietudes. Si tiene preguntas sobre el tipo de proveedor o atención que necesita, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y lo ayudaremos a explorar la red de proveedores. En caso de necesitar una atención más especializada, se lo remitirá a nuestros administradores de atención.

Consultas a un proveedor fuera de la red

BCBSAZ Health Choice posee una gran red de proveedores que pueden satisfacer sus necesidades. Estos proveedores se pueden identificar llamando al Departamento de Servicios para Miembros o buscando proveedores en nuestro sitio web. En caso de que necesite atención médica de un proveedor no contratado, llámenos directamente o hable con su PCP para encontrar una alternativa bajo contrato. En una emergencia, busque atención médica de inmediato sin importar si el proveedor forma parte de la red contratada o no.

BCBSAZ HEALTH CHOICE Y SU ATENCIÓN

BCBSAZ Health Choice provee atención médica a las personas registradas en el Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS), que es el programa Medicaid de Arizona. Esto quiere decir que tenemos un contrato con el estado de Arizona para proporcionar servicios cubiertos por Medicaid.

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

Región central de Arizona	Región norte de Arizona	
<ul style="list-style-type: none">• Gila• Maricopa• Pinal	<ul style="list-style-type: none">• Coconino• Apache• Navajo	<ul style="list-style-type: none">• Mohave• Yavapai

BCBSAZ Health Choice es un plan de atención médica administrada. Esto significa que proporcionamos atención médica a nuestros miembros a través de un selecto grupo de proveedores, hospitales y farmacias. Tanto usted como su proveedor desempeñan un papel importante en el plan de atención médica administrada. Su PCP será el “guardián” de su atención médica. Esto significa que usted trabajará junto con su PCP para abordar sus necesidades de atención médica. El PCP conversará con usted acerca de sus necesidades de atención médica, y lo ayudará a determinar si es necesario que consulte a un especialista o que reciba cuidados adicionales. El PCP y el centro de salud conductual trabajarán con BCBSAZ Health Choice a fin de encontrar el mejor proveedor para usted.

A los miembros de BCBSAZ Health Choice se los puede asignar a un “centro de salud conductual” para que reciban servicios de salud conductual.

Algunos centros de salud conductual también cuentan con proveedores de atención primaria, de modo que podrá recibir servicios de atención de salud física y conductual en un solo lugar. Puede cambiarse a un nuevo centro de salud conductual en cualquier momento.

El PCP y el hogar de salud integral se encargarán de lo siguiente:

- Serán los primeros a los que podrá acudir en busca de atención médica.
- Autorizarán servicios de salud conductual y física en casos que no sean emergencias, si es necesario.
- Lo remitirán a un especialista cuando sea necesario.

Ser miembro de BCBSAZ Health Choice significa que cumple los siguientes requisitos:

1. Es elegible para los servicios de Medicaid (y reúne los requisitos para elegir BCBSAZ Health Choice como su plan de salud de Medicaid).
2. Vive en nuestra área de servicio (uno de los condados en los que prestamos servicios).

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

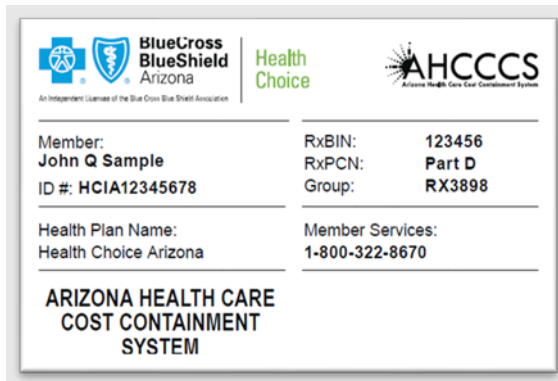
- Nuestro compasivo equipo del Departamento de Servicios para Miembros.
- La colaboración con proveedores que lo ayudarán a obtener la atención médica que necesita.
- Conciencia cultural, y servicios especiales y de idiomas.
- Programas que los ayudarán a usted y a su familia a mantenerse sanos.

Si tiene preguntas, llámenos.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

Le enviaremos su tarjeta de identificación de miembro por correo. Cada familiar inscrito en Health Choice Arizona recibirá una tarjeta. Las tarjetas que recibirá son exclusivas para usted y tendrán su número de identificación de miembro. Revise su tarjeta de identificación. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Si algún dato no es correcto, llámenos.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro para recibir servicios de salud conductual y física, así como para obtener medicamentos recetados. Lleve la tarjeta cuando visite a su proveedor o farmacia.



Esta es una ilustración de ejemplo de la parte frontal de la tarjeta de identificación de BCBSAZ Health Choice.

Proteja su tarjeta de identificación de miembro:

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

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

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

RESPONSIBILIDADES DE LOS MIEMBROS

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

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

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

CAMBIOS EN SU INFORMACIÓN PERSONAL

¿Hubo cambios en su vida recientemente? Si es así, infórmenos a nosotros y al AHCCCS para que tengamos su información correcta. Llame a nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros para informar cualquiera de estos cambios:

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

¿Qué pasa si me mudo?

Si se muda a otro condado en Arizona, a otro estado o a otro país, debe llamar al AHCCCS para notificar este cambio.

Si necesita actualizar su dirección postal o de residencia, puede hacer este cambio en línea. Visite www.healthearizonaplus.gov, y luego inicie sesión en su cuenta (o cree una si aún no lo hizo) para cambiar la dirección.

Cómo informar los cambios al AHCCCS

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

- DES: llame al 602-542-9935 o al 800-352-8401 (fuera del condado de Maricopa) o visite www.azlinks.gov.
- KidsCare: llame al 602-417-5437 o al 877-764-5437 (fuera del condado de Maricopa).
- Programa de Asistencia Médica de la Seguridad de Ingreso Suplementario Únicamente (SSI MAO): llame al 602-417-5010 o al 800-528-0142 (fuera del condado de Maricopa).
- Administración del Seguro Social: llame al 800-772-1213.

¿PUEDO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?

Sí, pero desearíamos que nos llamara si tiene cualquier problema con sus servicios. Puede cambiar de plan de salud una vez al año. Este proceso se conoce como “elección de inscripción anual” (AEC). Usted recibirá información de la AEC dos meses antes de la fecha de vencimiento anual de su inscripción.

Cambio de plan de salud fuera del período de elección de inscripción anual

Usted puede cambiar de plan en los siguientes casos:

- No recibió opciones de planes de salud.
- No recibió su carta sobre la AEC por parte del AHCCCS.
- Recibió la carta sobre la AEC, pero no pudo participar.
- Otros miembros de su familia están inscritos en otro plan de salud.
- Usted es miembro de un grupo especial que califica para un plan de salud diferente, como un plan de atención a largo plazo.
- Perdió el estado del AHCCCS y lo recuperó dentro de los 90 días, pero no regresó al plan de salud que tenía antes.
- Tiene razones médicas por las cuales debe permanecer con su proveedor actual, quien no forma parte de la red de Health Choice. Esto también se conoce como “continuidad de la atención”.
- Está embarazada y recibe atención prenatal por parte de un proveedor que está afiliado con otro contratista.

Si necesita cambiar su plan de salud para obtener la continuidad de la atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si necesita cambiar de plan de salud, llame al AHCCCS al 800-962-6690 o al 602-417-4000 (en el condado de Maricopa). Si tiene alguna pregunta, llámenos. Estamos siempre a su disposición.

Transición a un nuevo plan de salud

Si cambia de plan de salud, nos aseguraremos de que su nuevo plan de salud cuente con información acerca de los servicios que necesita y sus tratamientos anteriores. También ayudaremos al nuevo plan de salud a que le preste los servicios que necesita para que no sufra una brecha en la atención o en los medicamentos. Un coordinador de transición de BCBSAZ Health Choice se encargará de coordinar las actividades de transición para garantizar la continuidad de la atención, el acceso a los servicios y la respuesta a todas sus necesidades con el nuevo plan de salud.

Estos pueden ser algunos ejemplos de la transición del plan de salud:

- Cambiar de otro plan de salud del AHCCCS a Health Choice Arizona.
- Cambiar de BCBSAZ Health Choice a otro plan de salud del AHCCCS.
- Cambiar de un estado de pago por servicio (FFS) a BCBSAZ Health Choice.

Si tiene preguntas sobre cuál es el plan de salud al que lo asignaron, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

LOS FAMILIARES Y EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

BCBSAZ Health Choice reconoce y respeta el concepto de que las familias son importantes. Queremos brindarle una atención centrada en la familia, lo que significa que puede incluir a su familia en las decisiones que toma. Esto puede incluir lo siguiente:

- Ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención de salud física y conductual.
- Brindarles servicios de apoyo para usted y su familia.
- Participar de su equipo clínico.
- Involucrar a su familia durante las etapas finales de una enfermedad.

Solo hablaremos de la atención que recibe con su familia si usted nos da permiso. Esto se puede realizar contactando al Departamento de Servicios para Miembros.

¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA?

Una emergencia es cuando tiene un problema médico grave, y corre el riesgo de sufrir un daño permanente o de perder su vida si no obtiene ayuda de inmediato.

Si tiene una emergencia, llame al 911 de inmediato.

Las emergencias pueden incluir lo siguiente:

- Intoxicación.
- Sobredosis.
- Lesiones que ponen en riesgo la vida.
- Quemaduras graves.
- Dolores agudos en el pecho.
- Sangrado o dolor durante el embarazo.
- Sangrado muy intenso.
- Pérdida del conocimiento.
- Pérdida repentina del movimiento o del habla.
- Dificultad para respirar.

La mayoría de las enfermedades no son emergencias y pueden tratarse en el consultorio del proveedor. También puede recibir tratamiento en un centro de atención de urgencia.

Debe acudir un centro de atención de urgencia si presenta los siguientes síntomas:

- Síntomas de resfrío común o gripe, o dolor de garganta.
- Dolor de oído o de dientes.
- Tirón en la espalda.
- Migrañas.
- Resurtidos o solicitud de recetas médicas.
- Dolor de estómago.
- Cortes o rasguños.

Consejos sobre las emergencias

- Vaya a la sala de emergencias solo cuando tenga una emergencia.
- Si está enfermo, pero no se trata de una emergencia, llame a su proveedor.
- Si no está seguro acerca de si su problema es una verdadera emergencia, llame a su proveedor para que lo oriente.
- También puede llamar a la Línea de consejos de enfermería de BCBSAZ Health Choice al 888-267-9037, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Qué hacer en caso de emergencia

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

No necesita una remisión ni una aprobación previa. El hospital o el proveedor que le brinde atención de emergencia no necesariamente tiene que ser parte de nuestra red. Usted recibirá servicios de emergencia hasta que se estabilice y le den el alta de la sala de emergencias, o bien sea admitido en un hospital.

TRANSPORTE

Transporte para casos de emergencia

Si tiene una verdadera emergencia, llame al 911 de inmediato. Cubriremos el transporte para casos de emergencia.

Transporte para casos que no son de emergencia (NEMT)

Si necesita ayuda para trasladarse a una consulta, podemos ayudarlo a llegar a sus citas de atención médica cubiertas. Antes de llamar para solicitar ayuda, compruebe si un familiar, amigo o vecino puede llevarlo. De lo contrario, llámenos tan pronto como programe su cita para que podamos organizar el traslado. Cubrimos los traslados a las citas que sean médicamente necesarias y estén cubiertas por nosotros. Asegúrese de llamarnos para comprobar si su cita cumple con los requisitos. Debe llamar tres (3) días antes de su cita programada. **Si llama el mismo día, no podremos organizar un viaje para usted a tiempo, a menos que sea urgente. Es posible que deba reprogramar la cita.**

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

Los servicios de NEMT desde y hacia una farmacia están cubiertos solamente para los traslados de menos de 15 millas respecto de la ubicación para buscar el producto, a excepción de los viajes a (1) farmacias encargadas de fabricar compuestos o farmacias de especialidades; y (2) farmacias en MSIC o centros de IHS en virtud de la Ley Pública 93-638.

Las 15 millas se calculan desde la ubicación para buscar el producto hasta la ubicación de entrega del producto, en un solo sentido.

Los viajes a farmacias encargadas de fabricar compuestos o a farmacias de especialidades de más de 15 millas podrían cubrirse si su plan de salud otorga una autorización previa para el transporte.

Los viajes a una farmacia en una MSIC o un centro de IHS en virtud de la Ley Pública 93-638 pueden superar las 15 millas sin obtener una autorización previa de su plan de salud.

La distancia de 15 millas no aplica a los miembros que no viven en los condados de Maricopa o Pima.

El transporte de un familiar o cuidador para recibir servicios que no son de emergencia, sin la presencia del miembro en el vehículo, es un servicio cubierto cuando tiene el fin de trasladar servicios médicamente necesarios que están incluidos en el servicio o plan de tratamiento del miembro.

Así es cómo podrá obtener el transporte:

- Llame al 602-386-3447.

Tenga lista la siguiente información cuando llame:

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

Es importante que esté listo para su viaje:

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

Más consejos sobre el transporte

- Solo puede obtener transporte para los servicios médicamente necesarios. Los servicios deben estar cubiertos por su plan de salud, incluidos los servicios de salud conductual.
- No se puede solicitar transporte para asuntos personales, como ir de compras, ir a la peluquería o salir a comer.

- El transporte debe ser para un proveedor de Health Choice Arizona, como su proveedor, una farmacia o un laboratorio.
- Podemos ofrecer transporte a grupos de apoyo comunitarios locales, como Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI).
- Si desea transporte para visitar a un proveedor que no pertenezca a nuestra red, deberá obtener aprobación previa. Esto también se denomina “autorización previa”. Llámenos si necesita una aprobación previa.
- Si un amigo o familiar que no vive con usted lo lleva en su automóvil a una cita, podríamos reembolsar los gastos correspondientes. La cita debe ser para recibir un servicio cubierto. Llámenos para obtener más información.
- Los miembros o pasajeros menores de 5 años deben tener su correspondiente asiento de seguridad. Los miembros o pasajeros deben cumplir con las leyes de asiento de seguridad y traer su propio asiento de seguridad.
- Los miembros menores de 16 años deben estar acompañados por un adulto en todos los medios de transporte.
- En ocasiones, es posible que vaya con otros miembros a su cita. Solo un pasajero más o el cuidador pueden ir con el miembro a la cita.
- En el caso de los medicamentos de rutina no narcóticos, el conductor puede buscarlos y entregarlos a la dirección del miembro que figura registrada.
- Solo puede conseguir transporte para servicios que no son de emergencia para acudir a la sala de emergencias si su médico nos llama para solicitarlo.

SERVICIOS CUBIERTOS

Queremos ayudarle a obtener la atención que necesita. BCBSAZ Health Choice proporciona todos los servicios cubiertos del AHCCCS. Solo pagaremos por los servicios cubiertos. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. Los servicios cubiertos, si están disponibles, deben ser prestados por un proveedor que forme parte de la red de BCBSAZ Health Choice. Su PCP y su hogar de salud integral pueden ayudarlo a recibir los servicios cubiertos que necesita en su área. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios cubiertos, consulte a su PCP o a su hogar de salud integral, o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si no puede encontrar un proveedor de BCBSAZ Health Choice que preste un servicio cubierto en su área, el Departamento de Servicios para Miembros lo ayudará a encontrar uno. A continuación, encontrará una lista de los servicios cubiertos:

BENEFICIOS

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

- Servicios de salud conductual, incluidos servicios para pacientes internados, pacientes ambulatorios y desintoxicación. (Para conocer más servicios de salud conductual cubiertos, consulte la página 66).
- Reconstrucción mamaria después de una mastectomía.
- Quimioterapia y radiación.
- Servicios de emergencia odontológica (consulte la página 57).
- Exámenes para la diabetes y suministros para los exámenes.
- Diálisis.
- Consultas y servicios en el consultorio del proveedor (PCP y especialistas).
- Equipo médico duradero (DME) y suministros, incluyendo dispositivos de comunicación aumentativa.
- Servicios de emergencia para problemas médicos de riesgo vital.
- Atención para el final de la vida (incluidas las instrucciones anticipadas).
- Servicios de planificación familiar (anticonceptivos y orientación de planificación familiar).
- Evaluación de pérdida de la audición.
- Pruebas de VIH/sida, servicios de orientación y tratamiento.
- Servicios de atención médica a domicilio.
- Servicios de cuidados paliativos.
- Servicios hospitalarios (de hospitalización, ambulatorios y de observación).
- Vacunas.
- Ropa interior para incontinencia (para miembros mayores de 21 años).
- Terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia para pacientes hospitalizados.
- Fisioterapia y terapia ocupacional ambulatorias (cuando sean médicamente necesarias).
- Bombas de insulina.
- Servicios de laboratorio y de radiología.
- Podología.
- Atención durante el embarazo.
- Transporte para servicios médicamente necesarios.
- Evaluación nutricional y alimentos médicos.

- Servicios de cirugía ambulatoria.
- Medicamentos recetados (no cubiertos si tiene Medicare).
- Evaluaciones y exámenes preventivos (pruebas de Papanicolaou, mamografías, colonoscopías).
- Servicios de atención respiratoria.
- Programa para dejar de fumar.
- Trasplantes (de órganos y tejidos) aprobados por el AHCCCS.
- Servicios de atención de urgencia.
- Servicios preventivos para la mujer.

Esta lista no incluye todos los servicios posibles. Para consultar la lista completa, visite <https://www.azahcccs.gov/Members/ProgramsAndCoveredServices/>.

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

Si tiene preguntas, llámenos. Estamos siempre a su disposición.

ATENCIÓN PREVENTIVA PARA ADULTOS

Además de las visitas de atención preventiva, BCBSAZ Health Choice ofrece evaluaciones médicas de rutina para hombres y mujeres.

Las evaluaciones para mujeres incluyen lo siguiente:

- Mamografía anual.
- Prueba de Papanicolaou.
- Colonoscopia.
- Examen de detección de clamidia.
- Examen de densidad ósea.
- Evaluación interpersonal y de violencia doméstica.

Las evaluaciones para hombres incluyen lo siguiente:

- Examen de detección de cáncer de próstata.
- Colonoscopia.

Queremos ayudarlo a hacerse la evaluación que necesita. Para mayor información, consulte a su proveedor o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Los servicios de atención preventiva para la mujer incluyen lo siguiente:

- a. Un examen físico (preventivo) para evaluar su salud en general.
- b. Examen clínico de las mamas.
- c. Tacto vaginal (según sea necesario, de acuerdo con las recomendaciones y estándares de buenas prácticas vigentes).

- d. Revisión y administración de vacunas, evaluaciones y pruebas conforme a la edad y los factores de riesgo.
- e. Evaluaciones y orientación centradas en mantener un estilo de vida saludable, minimizar los riesgos para la salud y abordar, como mínimo, lo siguiente:
 - i. nutrición adecuada;
 - ii. actividad física;
 - iii. índice de masa corporal (IMC) elevado que indique obesidad;
 - iv. consumo, abuso o dependencia de tabaco/sustancias;
 - v. evaluación para detectar depresión;
 - vi. evaluación interpersonal y de violencia doméstica, incluidos servicios de orientación que impliquen la obtención de información de mujeres y adolescentes sobre situaciones presentes o pasadas de violencia o abuso, de una manera culturalmente sensible y comprensiva, a fin de abordar las inquietudes de salud actuales sobre la seguridad y otros problemas de salud presentes o futuros;
 - vii. infecciones de transmisión sexual;
 - viii. virus de inmunodeficiencia humana (VIH);
 - ix. servicios y suministros de planificación familiar;
 - x. orientación previa a la concepción, y provisión de información sobre un estilo de vida saludable antes y durante el embarazo que incluye lo siguiente:
 - (a) antecedentes reproductivos y prácticas sexuales
 - (b) peso saludable, lo que incluye una dieta y nutrición adecuada, así como el uso de suplementos nutricionales y la toma de ácido fólico
 - (c) actividad física o ejercicio
 - (d) cuidado de los dientes
 - (e) control de enfermedades crónicas
 - (f) bienestar emocional
 - (g) consumo de tabaco y sustancias (cafeína, alcohol, marihuana y otras sustancias), incluido el consumo de medicamentos con receta
 - (h) intervalos recomendados entre embarazos
- f. remisiones necesarias cuando se identifique la necesidad de evaluaciones, diagnósticos o tratamientos con mayor profundidad.

Consejos de salud

- Hable con su proveedor acerca de la vacuna contra la COVID-19.
- Las remisiones a otros proveedores también se realizan cuando se necesitan otras evaluaciones y otros tratamientos.
- El transporte para las visitas de prevención no tendrá ningún costo. Si necesita transporte para acudir a una cita, debe llamar al 602-386-2447 al menos tres (3) días antes de su cita.
- Las visitas de EPSDT para los miembros menores de 21 años se consideran visitas de prevención.

Queremos ayudarlo a hacerse la evaluación que necesita. Para mayor información, consulte a su proveedor o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

SERVICIOS CUBIERTOS PARA MIEMBROS MENORES DE 21 AÑOS

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

- Atención odontológica (preventiva, de rutina y de emergencia).
- Visitas de EPSDT, o consultas y evaluaciones de atención preventiva pediátrica.
- Vacunas para menores de 21 años.
- Exámenes de audición y audífonos.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Dispositivos ortopédicos cuando hayan sido recetados por el proveedor de atención primaria del miembro, el proveedor tratante u otro profesional.
- Exámenes de la vista y anteojos.
- Remisiones a un nutricionista/dietista cuando sean indicadas por un proveedor.
- Servicios de Rehabilitación para Niños que tengan una afección que califique.

SERVICIOS ADICIONALES CON LIMITACIONES ESPECÍFICAS

Servicios en el hogar y la comunidad	En lugar de un hogar para ancianos y convalecientes
Hogar para ancianos y convalecientes	Hasta 90 días por año de contrato (del 1 de octubre al 30 de septiembre)
Artículos de cuidado personal	Para tratar una afección
Atención de la vista	Afecciones oculares Exámenes de la vista y anteojos para hijos menores de 21 años de edad Anteojos para adultos después de una cirugía de cataratas
Aparatos ortopédicos	Health Choice Arizona cubre los aparatos ortopédicos para los miembros mayores de 21 años en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> • La prótesis es médicamente necesaria y corresponde al tratamiento recomendado según los lineamientos de Medicare. • La prótesis cuesta menos que todos los demás tratamientos y procedimientos quirúrgicos para tratar la misma afección.

	<ul style="list-style-type: none"> • Al dispositivo ortopédico lo receta un proveedor (médico) o un profesional de atención primaria (enfermero profesional o asistente médico).
--	---

SERVICIOS NO CUBIERTOS

BCBSAZ Health Choice no cubre los siguientes servicios médicos:

- Interrupción del embarazo y orientación (a menos que el proveedor nos indique que la vida de la madre está en peligro o el embarazo se deba a un caso de violación o incesto, o si la interrupción es médicamente necesaria).
- Cirugía estética (como aumento o reducción de senos).
- Procedimientos o tratamientos experimentales con fines de investigación.
- Servicios de infertilidad (para ayudar a alguien a tener hijos).
- Reversión de cualquier método anticonceptivo permanente.
- Circuncisiones de rutina.
- Servicios que necesitan autorización previa que no fueron autorizados, incluidos ciertos medicamentos.
- Operaciones de reasignación de género (cambio de sexo).
- Trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ), excepto cuando se deben a un traumatismo reciente.
- Tratamiento para enderezar los dientes (ortodoncia).
- Inmunoterapia para adultos.
- Marihuana médica.
- Terapia del habla ambulatoria para mayores de 21 años.
- Implantes de pene y dispositivos de vacío.
- Servicios que no sean médicamente necesarios.
- Servicios que aceptó pagar usted mismo.
- Servicios de un proveedor que no está en la red de BCBSAZ Health Choice, a menos que sean aprobados por nosotros.
- Servicios proporcionados por un centro para el tratamiento de la tuberculosis.

Además, el AHCCCS no paga por algunos servicios de atención médica para miembros de 21 años o más.

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

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

BENEFICIO O SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	EXCLUSIONES O LIMITACIONES DEL SERVICIO
Audífono de implante óseo	Audífono que se coloca en el hueso de una persona, cerca del oído, por medio de una cirugía para transmitir el sonido	El AHCCCS no pagará el audífono de implante óseo (BAHA). El AHCCCS pagará los suministros, el mantenimiento del audífono y la reparación de cualquier pieza.
Implante coclear	Pequeño dispositivo que se coloca en el oído de una persona por medio de una cirugía para ayudarlo a que escuche mejor	El AHCCCS no pagará los implantes cocleares. El AHCCCS pagará los suministros, el mantenimiento del implante y la reparación de cualquier pieza.
Prótesis o articulación controlada por microprocesador de las extremidades inferiores	Dispositivo que reemplaza una parte que falta del cuerpo y usa una computadora para ayudar a mover la articulación	El AHCCCS no pagará la prótesis para una extremidad inferior (pierna, rodilla o pie) que incluya un microprocesador (chip de computadora) para controlar la articulación.
Cuidado de relevo	Servicios de corto plazo o continuos, como un receso temporal para los cuidadores	La cantidad de horas de relevo disponibles para adultos y niños bajo los beneficios del ALTCS o los servicios de salud conductual es de 600 horas dentro de un período de 12 meses. Los 12 meses abarcan del 1 de octubre al 30 de septiembre del año siguiente.
Fisioterapia y terapia ocupacional	Ejercicios enseñados o proporcionados por un fisioterapeuta para fortalecer el cuerpo o ayudar a mejorar los movimientos.	Las consultas de fisioterapia y terapia ocupacional ambulatoria se limitan a 15 visitas de rehabilitación y 15 visitas de habilitación por año de contrato (desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre). Si usted tiene Medicare, llámenos para averiguar cómo se contabilizarán las consultas.

AUTORIZACIÓN PREVIA

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

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

- Servicios hospitalarios de hospitalización y ambulatorios (que no sean de emergencia).
- Cirugía.
- Algunos procedimientos en el consultorio.
- Algunas radiografías y exámenes de laboratorio.
- Atención médica a domicilio.
- Equipos y suministros médicos.
- Atención a largo plazo (como los hogares para ancianos y convalecientes u hospitales de rehabilitación).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Ciertos medicamentos recetados.
- Interrupción del embarazo en casos en que la vida de la madre está en peligro o el embarazo se deba a un caso de violación o incesto, o si la interrupción es médicamente necesaria (no se requiere autorización previa si se determina que los servicios son de emergencia).
- Servicios en virtud del AzEIP, cuando se cumplen los criterios.

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

Antes de recibir cualquiera de estos servicios, su proveedor debe conseguir la aprobación de BCBSAZ Health Choice. Puede llamar a su proveedor para averiguar si recibió la autorización previa. La mayor parte del tiempo, podemos tomar una decisión dentro de los 14 días calendario después de que recibimos la solicitud. Si tiene un problema de salud grave y que pone en riesgo la vida, su proveedor puede solicitar una decisión más rápida. En este caso, el proveedor puede enviarnos una solicitud para su aprobación dentro de las 72 horas. En el caso de medicamentos con receta, tomamos la decisión dentro de las 72 horas.

Le informaremos nuestra decisión a su proveedor tan pronto como la tomemos. Si no aprobamos la solicitud, usted recibirá una carta llamada “Aviso sobre la determinación de beneficios adversa”. En la carta, se le explicará por qué no aprobamos la solicitud y cómo puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión que tomamos. Consulte la página 77 para obtener información sobre cómo presentar una apelación. Si usted quiere saber cómo tomamos la decisión, puede ponerse en contacto con nosotros. También le podemos dar información acerca de los criterios que usamos para tomar una decisión de aprobación previa. Comuníquese con nosotros, estamos a su disposición.

SERVICIOS DE RBHA DISPONIBLES

La Autoridad Regional de Salud Conductual (RBHA) de cada región continuará encargándose de los miembros que se determine que padecen enfermedades mentales graves (SMI) y administrando los servicios que no forman parte de los títulos XIX/XXI. Los servicios que no forman parte del título XIX incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación y alimentación.
- Curación tradicional.
- Acupuntura auricular.
- Cuidado de niños.
- Apoyo para la vivienda.
- Servicios para situaciones de crisis que no forman parte del título XIX.
- Asesoramiento.
- Administración de casos.
- Servicios de apoyo.

Esta es una lista de información de contacto de las RBHA. Busque la que tiene sede en el condado en el que reside.

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

Si necesita ayuda para encontrar la RBHA más cercana o para acceder a los servicios, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios de apoyo financiados por subsidios

Las poblaciones especiales incluyen a grupos de personas que son elegibles para recibir servicios financiados por subsidios federales en bloque. Estos subsidios federales en bloque incluyen el Subsidio en Bloque para el Abuso de Sustancias (SABG) y el Subsidio en Bloque para la Salud Mental (MHBG). Los fondos del subsidio en bloque SABG se utilizan para el tratamiento y los servicios de apoyo de recuperación a largo plazo para las siguientes personas, en orden de prioridad:

- Mujeres embarazadas/adolescentes que utilizan drogas inyectadas.
- Mujeres embarazadas/adolescentes que consumen sustancias.
- Otras personas que utilizan drogas inyectadas.
- Mujeres y adolescentes con hijos dependientes que consumen sustancias y sus familias, incluidas las mujeres que intentan recuperar la custodia de sus hijos.
- *En la medida en que se disponga de fondos*, todas las demás personas con un trastorno de consumo de sustancias, independientemente del género o la vía de uso.

El Subsidio en Bloque para la Salud Mental (MHBG) proporciona fondos para establecer o ampliar los servicios basados en la comunidad para los servicios de salud mental reembolsables que no califican bajo el título 19/21 destinados a niños con trastornos emocionales graves (SED) y adultos con enfermedades mentales graves (SMI).

SERVICIOS DE VIVIENDA

A través de nuestra red de centros de salud integral y otros proveedores, BCBSAZ Health Choice proporciona acceso a servicios de vivienda y recursos para que pueda acceder a opciones de vivienda seguras, estables y asequibles. Estos servicios pueden incluir la financiación para la mudanza o prevención del desalojo, servicios de búsqueda de viviendas y remisiones a programas de vivienda deseados. También hay disponibles opciones de subsidio para viviendas.

A continuación, incluimos algunos enlaces a esas agencias que pueden hablar con usted acerca de los programas u otras opciones para la vivienda:

- Programa de Vivienda del AHCCCS (AHP): <https://azabc.org/ahp>.
- Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD), Phoenix: <https://www.hud.gov/states/arizona/offices>.
- Departamento de Vivienda de Arizona: <https://housing.az.gov/>.
- Family Housing Hub (FHH): (602) 595-8700; 3307 E. Van Buren Street, #108 Phoenix, AZ 85008. Está disponible para familias e hijos que no poseen vivienda en el condado de Maricopa.
- Housing Solutions of Northern Arizona: <https://www.housingnaz.org/>. Ofrece diversos programas, como alojamiento transitorio, asesoramiento de créditos y alquileres asequibles.
- Programa de Continuidad de la Atención del Condado de Maricopa: <http://azmag.gov/Programs/Homelessness>.
- Autoridad de Vivienda Pública en Flagstaff, Arizona: <http://www.flagstaff.az.gov/2342/Housing-Authority>. Ofrece asistencia para familias de

bajos ingresos con oportunidades de vivienda segura, decente y asequible. Incluye lo siguiente:

- el Programa de Vales de Elección de Vivienda del Artículo 8;
- el Programa de Vivienda Pública;
- los Hogares Clark, un desarrollo de alquiler de vivienda asequible.
- Autoridad de Vivienda del Condado de Mohave:
https://www.publichousing.com/details/mohave_county. Proporciona asistencia para vivienda y vales de elección de vivienda (anteriormente, Artículo 8) en el condado de Mohave.
- Catholic Charities Community Services (CCCS) en los condados de Coconino y Mohave:
<https://www.catholiccharitiesaz.org/>). Ofrecen asistencia para comida, vestimenta y servicios de refugios.
- Consejo de Gobiernos del Norte de Arizona (NACOG): <https://nacog.org/>. Ofrece asistencia para alquiler de emergencia.
- Nación de Navajo en Flagstaff: <http://www.navajo-nsn.gov/>. Ofrece asistencia para la vivienda general.
- Consejo de Gobiernos del Oeste de Arizona (WACOG): <https://www.wacog.com/>. Brinda servicios de prevención para la falta de vivienda y asistencia para los servicios públicos en los condados de La Paz, Mohave y Yuma.
- Sistema de Entrada Coordinada de Continuidad de la Atención:

Condado	Contacto
Apache	Allison Hephner ah@cpmsaz.com
Coconino	Camie Rasband, CCCS crasband@cc-az.org
Maricopa	Human Services Campus https://hsc-az.org/find-help/
Mohave	Chanania Covington chanania.covington@mohavecounty.us
Navajo	Marilyn Johnson, Centro de Asistencia Comunitaria de Old Concho (OCCAC) mjj@frontiernet.net
Pinal	Heather Patel heather.patel@pinal.gov
Yavapai	Anthony Cruz, CCCS ancruz@cc-az.org

Póngase en contacto con su equipo clínico o con nuestro Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre los tipos de asistencia y los servicios de apoyo para la vivienda. También puede comunicarse con nuestro especialista en vivienda llamando al equipo del Departamento de Servicios para Miembros para recibir más asistencia.

ATENCIÓN PARA EL FINAL DE LA VIDA E INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

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

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

Un documento de instrucciones anticipadas informa los deseos de una persona sobre qué clase de atención desea o no recibir en caso de no poder tomar decisiones debido a su enfermedad.

- Un documento de instrucciones anticipadas para atención médica informa al médico acerca de los deseos de una persona en caso de que esta no pueda expresarlos debido a un problema médico.
- Un documento de instrucciones anticipadas para atención de la salud mental informa al proveedor de salud conductual los deseos de una persona si esta no puede expresarlos debido a una enfermedad mental.

Sus proveedores pueden ayudarlo a elaborar un documento de instrucciones anticipadas. Los formularios de instrucciones anticipadas están disponibles en el sitio web del Fiscal General de Arizona (<https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning>), en la sección “Life Care Planning” (Planificación de la atención para el final de la vida).

El término “instrucciones anticipadas” se refiere al documento legal que protege su derecho a rechazar cualquier atención médica que no quiera. También puede especificar el tipo de atención que sí quiere recibir. Puede pedirle a alguien que lo ayude a tomar estas decisiones. Esta persona es su representante. Usted o su agente tienen derecho a tomar decisiones para aceptar o no atención para prolongar la vida. También tiene derecho a no recibir atención para prolongar la vida dentro de los requerimientos de la ley federal y estatal.

Existen cuatro tipos de instrucciones anticipadas:

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

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

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

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

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

¿Cómo hacer que sus instrucciones anticipadas sean legales?

Tanto para un testamento vital como para un poder notarial de atención médica, debe elegir

a alguien que tome las decisiones sobre su atención médica si no lo puede hacer usted. Debe ser una persona que conozca y en la que confíe. Esta persona puede ser un familiar o un amigo cercano.

La persona que escoja será su representante y actuará en su nombre si usted no puede hacerlo. Para que un documento de instrucciones anticipadas tenga validez legal, usted debe hacer lo siguiente:

1. Firmarlo y fecharlo frente a otra persona, que también lo deberá firmar. Esta persona no puede:
 - ser un pariente consanguíneo, por matrimonio o adopción;
 - tener derecho a recibir cualquiera de sus propiedades personales y privadas si usted muere;
 - ser su representante;
 - ser su proveedor de atención médica.

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

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

Después de completar sus instrucciones anticipadas, haga lo siguiente:

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

Cómo cambiar sus instrucciones anticipadas

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

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

PROVEEDORES

REMISIONES Y REMISIONES POR INICIATIVA PROPIA A ESPECIALISTAS Y OTROS MÉDICOS

Su PCP puede remitirlo a otros proveedores para obtener servicios especializados. Una remisión es el acto mediante el cual el PCP o el hogar de salud integral lo envía a un especialista por un problema específico. Una remisión también puede realizarse a un laboratorio u hospital, etc. Es posible que BCBSAZ Health Choice deba revisar y aprobar determinadas remisiones y servicios especiales para que usted pueda obtener los servicios. El PCP y el centro de salud conductual sabrán cuándo obtener la aprobación de BCBSAZ Health Choice. Si es necesario que su remisión sea aprobada por nosotros, su PCP le informará qué está sucediendo.

No necesita una remisión de su PCP para obtener los siguientes servicios:

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

Las miembros mujeres y asignadas como mujeres al nacer tienen acceso directo a servicios de atención preventiva de un ginecólogo dentro de la red de BCBSAZ Health Choice sin necesidad de una remisión de un proveedor de atención primaria.

¿Qué es un especialista?

Un especialista es un proveedor que tiene capacitación avanzada en cierto tipo de atención médica. Los especialistas son capaces de proporcionar atención avanzada si una afección necesita algo más que tratamiento general de su PCP. Si necesita ver a un especialista, su PCP puede ayudarlo a encontrar uno. El consultorio de su proveedor llamará al especialista y le ayudará a conseguir una cita. Algunos ejemplos de especialistas incluyen neumólogos (pulmones), ortopedistas (huesos) y nefrólogos (riñones).

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

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

BCBSAZ Health Choice no tiene proveedores dentro de la red que se rehúsen a prestar servicios por objeciones morales o religiosas. Si tiene preguntas sobre los servicios que sean beneficios cubiertos, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

MIEMBROS INDÍGENAS ESTADOUNIDENSES

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

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Su PCP lo ayudará a obtener atención médica. Esto puede incluir encontrar a un especialista. Su PCP le puede ayudar a obtener aprobación previa para los servicios. También puede remitirlo a otros proveedores necesarios. Puede elegir a su PCP de nuestra lista de proveedores de atención primaria contratados. Podemos ayudarle a encontrar un PCP. Esta son algunas razones para elegir a un PCP:

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

Tener un PCP es importante para personas con necesidades de atención médica especiales. Entre otros beneficios de contar con un PCP, se incluyen los siguientes:

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

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

Cómo cambiar de PCP

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

Si cambia de PCP, es importante para usted que el nuevo PCP reciba su historia clínica. De esta

manera, su nuevo proveedor le puede dar la mejor atención posible. Puede solicitar una copia de su historia clínica a cada uno de sus proveedores. Llame al consultorio de su proveedor para averiguar cómo enviar sus historias clínicas al nuevo proveedor. Estos registros son gratuitos. Llámenos si necesita ayuda.

Cómo obtener segundas opiniones

Como miembro, usted tiene el derecho de recibir una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de nuestra red, sin costo alguno para usted. Si no hay un proveedor en nuestra red, entonces puede obtener una segunda opinión de un proveedor externo a la red. Llámenos si tiene preguntas. Si necesita ayuda para encontrar un especialista u hospital, pregúntele a su PCP. También puede visitar nuestro sitio web para buscar un especialista u hospital a través de la herramienta de búsqueda de médicos.

CITAS

Programe todas las citas antes de ir al consultorio del proveedor. Incluso si siente que debe consultar de inmediato, llame al proveedor primero. Todas las citas deben programarse durante el horario de atención de su proveedor. Informe a su proveedor que es miembro de BCBSAZ Health Choice y dé su número de identificación de miembro, que se encuentra en la tarjeta de identificación de BCBSAZ Health Choice. Informe a su proveedor sobre cualquier problema que tenga.

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

- **Cita para el mismo día:** usted o un familiar necesita ver a un proveedor hoy por un problema médico, como dolor de oído o fiebre alta.
- **Cita urgente:** usted o un familiar tiene un problema como tos, malestar estomacal leve o sarpullido. Necesita ver a un proveedor en uno o dos días.
- **Cita de rutina:** usted o un familiar necesita ver a un proveedor dentro de tres (3) semanas para una consulta de atención preventiva de un bebé o un niño, o una visita de vacunación.

Consejos para las citas:

- Si es la primera vez que visita el consultorio del proveedor, llegue 15 minutos antes de la hora.
- Lleve su tarjeta de identificación de miembro con usted a cada cita.
- Si necesita transporte, llámenos al menos tres (3) días antes de su cita. Vamos a ayudarle a conseguir un transporte para su cita.

Cómo cancelar o cambiar citas

Es importante que asista a sus citas, pero sabemos que a veces suceden cosas. Informe a su proveedor si no puede asistir a su cita. Trate de informarle al menos un día antes de la cita. Tenga en cuenta que podría no conseguir otra cita de inmediato. Si le pidió a Health Choice Arizona transporte o un intérprete, llámenos inmediatamente para cancelar este servicio.

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

Espera en el consultorio del proveedor

A veces, hay que esperar en el consultorio mientras el proveedor ve a otros pacientes. Usted nunca debería tener que esperar más de 45 minutos (a menos que su proveedor tenga una emergencia). Si siente que ha tenido que esperar demasiado, llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos la situación.

Estándares de disponibilidad de citas

Es importante coordinar la cita con el proveedor de forma anticipada. Asegúrese de informarle por qué está coordinando una cita, ya que podría atenderlo antes. A continuación, le brindamos una lista de estándares de disponibilidad de las citas:

Para citas con proveedores de atención primaria:

- Atención de urgencia: tan pronto como lo requiera su afección médica, pero no más de dos (2) días hábiles a partir de la solicitud.
- Atención de rutina: dentro de los 21 días calendario de la solicitud.

Para citas con proveedores especialistas, incluidos los especialistas de odontología:

- Atención de urgencia: tan pronto como lo requiera su afección médica, pero no más de dos (2) días hábiles a partir de la solicitud para citas con proveedores especialistas.
- Atención de rutina: dentro de los 45 días calendario de la remisión.

Para citas con proveedores odontológicos:

- Atención de urgencia: tan pronto como lo requiera su afección médica, pero no más de tres (3) días hábiles a partir de la solicitud.
- Atención de rutina: dentro de los 45 días calendario de la solicitud.

Para citas con proveedores de atención de maternidad, las citas iniciales de atención prenatal para miembros inscritos que cursan un embarazo deben proporcionarse de la siguiente manera:

- Atención de urgencia: los embarazos de alto riesgo se atienden tan pronto como lo requiera su afección médica, y no más de tres (3) días hábiles a partir de la identificación del riesgo alto por parte del proveedor.
- Primer trimestre: dentro de los 14 días calendario de la solicitud.
- Segundo trimestre: dentro de los siete (7) días calendario de la solicitud.
- Tercer trimestre: dentro de los tres (3) días hábiles de la solicitud.

- Embarazos de alto riesgo: tan pronto como lo requiera la afección médica de la miembro, y no más de tres (3) días hábiles a partir de la identificación del riesgo alto por parte de Health Choice Arizona o del proveedor de atención de maternidad; o bien de inmediato si hay una emergencia.

Para citas con proveedores de salud conductual:

- Atención de urgencia: tan pronto como lo requiera su afección, pero no más de 24 horas a partir de la identificación de la necesidad.
- De rutina:
 - Evaluación inicial dentro de los siete (7) días calendario de la remisión o solicitud del servicio.
 - El primer servicio de salud conductual que siga a la evaluación inicial será tan pronto como lo requiera su afección, pero:
 - Para miembros mayores de 18 años, a no más de 23 días calendario para los servicios que comienzan después de la evaluación inicial
 - Para miembros menores de 18 años, a no más de 21 días de la evaluación inicial
 - Los siguientes servicios de salud conductual no deben tardar más de 45 días calendario a partir de la identificación de la necesidad.
- Para medicamentos psicotrópicos:
 - Debe recibir una evaluación de la urgencia de la necesidad inmediatamente.
 - Debe tener una cita (si está clínicamente indicado) con un profesional médico de salud conductual dentro de un plazo que asegure que usted:
 - no se quede sin los medicamentos necesarios;
 - no tenga un deterioro en ninguna afección de salud conductual antes de comenzar;
 - pueda comunicarse con su proveedor antes de que se le acaben los medicamentos o tenga un deterioro en su funcionamiento. La cita debe realizarse en menos de 30 días.

SERVICIOS PARA NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES

PROGRAMA DE EPSDT

El programa de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT) es un programa de salud integral para niños, destinado a la prevención, el tratamiento, la corrección y la mejora de afecciones de salud física y conductual para miembros del AHCCCS menores de 21 años.

Las visitas preventivas (exámenes preventivos) están cubiertas para los miembros. La mayoría de los exámenes físicos de rutina (también llamados “chequeos” o “exploraciones físicas”) incluyen la elaboración de una historia clínica, un examen físico, exámenes de salud, orientación en materia de salud y las vacunas médicamente necesarias. Las visitas de EPSDT para miembros menores de 21 años se consideran igual que una visita de prevención.

Los servicios de atención preventiva para mujeres también están cubiertos para las miembros. Una visita de atención preventiva anual para mujeres es importante para su salud. Su visita puede incluir lo siguiente:

- a. Un examen físico (preventivo) para evaluar su salud en general.
- b. Examen clínico de las mamas.
- c. Tacto vaginal (según sea necesario, de acuerdo con las recomendaciones y estándares de buenas prácticas vigentes).
- d. Revisión y administración de vacunas, evaluaciones y pruebas conforme a la edad y los factores de riesgo.
- e. Evaluaciones y orientación centradas en mantener un estilo de vida saludable, minimizar los riesgos para la salud y abordar, como mínimo, lo siguiente:
 - i. nutrición adecuada;
 - ii. actividad física;
 - iii. índice de masa corporal (IMC) elevado que indique obesidad;
 - iv. consumo, abuso o dependencia de tabaco/sustancias;
 - v. evaluación para detectar depresión;
 - vi. evaluación interpersonal y de violencia doméstica, incluidos servicios de orientación que impliquen la obtención de información de mujeres y adolescentes sobre situaciones presentes o pasadas de violencia o abuso, de una manera culturalmente sensible y comprensiva, a fin de abordar las inquietudes de salud actuales sobre la seguridad y otros problemas de salud presentes o futuros;
 - vii. infecciones de transmisión sexual;
 - viii. virus de inmunodeficiencia humana (VIH);
 - ix. servicios y suministros de planificación familiar;

- x. orientación previa a la concepción, y provisión de información sobre un estilo de vida saludable antes y durante el embarazo que incluye lo siguiente:
 - (a) antecedentes reproductivos y prácticas sexuales
 - (b) peso saludable, lo que incluye una dieta y nutrición adecuada, así como el uso de suplementos nutricionales y la toma de ácido fólico
 - (c) actividad física o ejercicio
 - (d) cuidado de los dientes
 - (e) control de enfermedades crónicas
 - (f) bienestar emocional
 - (g) consumo de tabaco y sustancias (cafeína, alcohol, marihuana y otras sustancias), incluido el consumo de medicamentos con receta
 - (h) intervalos recomendados entre embarazos
- f. remisiones necesarias cuando se identifique la necesidad de evaluaciones, diagnósticos o tratamientos con mayor profundidad.

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

Los servicios del programa de EPSDT proporcionan atención de salud integral, a través de prevención primaria, intervención temprana, diagnóstico, tratamiento necesario desde el punto de vista médico y atención de control de problemas de salud física y conductual para afiliados de AHCCCS menores de 21 años.

Cantidad, duración y alcance: la Ley de Medicaid define que los servicios del programa de EPSDT abarcan servicios de evaluación, de la vista, de reemplazo y reparación de anteojos, odontológicos, de la audición y otra atención médica, servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios además de otras medidas descritas en la subsección de la ley federal (sección 1396d[a] del título 42 del Código de los Estados Unidos [USC]) para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales que no estén cubiertos por los servicios de evaluación, ya sea que dichos servicios estén cubiertos o no bajo el plan estatal del AHCCCS. Las limitaciones y exclusiones, que no sean los requisitos de necesidad médica y de rentabilidad, no corresponden a los servicios del programa de EPSDT.

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

Esto significa que, entre los servicios cubiertos por el programa de EPSDT, hay servicios que corrigen o mejoran afecciones de salud física y conductual, y enfermedades que no están cubiertas por el proceso de evaluación cuando estos servicios están dentro de una de las categorías obligatorias y opcionales de “asistencia médica” según lo define la Ley de Medicaid. Los servicios cubiertos por el programa de EPSDT abarcan las 30 categorías de servicios de la ley federal, incluso si no están mencionados dentro de los servicios cubiertos por el plan estatal del AHCCCS, los estatutos, las normas o las políticas del AHCCCS, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios y asequibles.

El programa de EPSDT incluye, entre otros, la cobertura de servicios de hospitalización y ambulatorios, laboratorio y radiografías, servicios médicos, servicios naturistas, enfermeros practicantes, medicamentos, servicios odontológicos, servicios terapéuticos, servicios de salud conductual, equipos médicos, dispositivos y suministros médicos, dispositivos ortopédicos, prótesis, anteojos, transporte, servicios y suministros de planificación familiar, servicios de atención preventiva para mujeres y servicios de maternidad cuando correspondan. El programa de EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, evaluación, prevención y rehabilitación. Sin embargo, entre los servicios del programa de EPSDT no se incluyen aquellos que sean experimentales, que sean solamente para propósitos estéticos, o que no sean asequibles cuando se comparen con otras intervenciones o tratamientos.

Los servicios de EPSDT están cubiertos hasta que el miembro cumple los 21 años.

Visitas del programa de EPSDT/visitas de prevención para niños

Llevar a su hijo al proveedor para visitas de atención preventiva y para que se vacune es una de las acciones más importantes que puede realizar para mantener la salud de su hijo y encontrar problemas antes de que se enferme.

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

- Entre los 3 y 5 días de vida.
- A los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de vida.
- Anualmente, desde los 3 hasta los 20 años.

Lo que puede esperar en una visita de EPSDT o preventiva para niños:

- Medirán el peso y la estatura de su hijo.
- Escucharán el corazón y los pulmones de su hijo.
- Examinarán ojos, oídos, nariz, boca y dientes de su hijo.
- Le aplicarán a su hijo las vacunas que necesite.
- Conversarán con usted sobre cómo prevenir lesiones y mantener a su hijo sano.
- Conversarán con usted acerca de sus inquietudes y de las necesidades médicas de su hijo.
- Le harán exámenes de salud odontológica y oral de rutina a su hijo.
- Le harán un examen físico completo sin ropa a su hijo.
- Le harán una evaluación del desarrollo a su hijo.
- Le harán pruebas de laboratorio a su hijo.
- Le harán una evaluación para servicios de rehabilitación a su hijo.
- Cualquier tratamiento para una enfermedad física o mental detectada durante la consulta de su hijo será cubierto, si se considera médicamente necesario.

En la visita de atención preventiva, el proveedor puede evaluar a su hijo para que reciba servicios de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Esto también incluye remisiones al programa de Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS), que es un programa especial para niños que tienen ciertas enfermedades o necesidades de atención médica especiales.

Para comprobar que su hijo no tiene una intoxicación por plomo, el proveedor analizará el nivel de plomo de la sangre de su hijo durante la visita preventiva. El análisis de plomo en sangre es obligatorio para todos los niños de 1 y 2 años.

El PCP podría administrar un barniz de flúor a su hijo durante la visita de prevención para niños a partir de los 6 meses de vida con al menos un diente, y esto podría repetirse cada 3 meses hasta que tengan 2 años.

Estas visitas son sin cargo, y ayudarán al PCP de su hijo a detectar y tratar cualquier problema de salud antes de que se convierta en algo grave.

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

Visitas al proveedor: desde el nacimiento hasta los 2 años

Su bebé debe asistir a controles regulares con el proveedor. Además, los bebés necesitan recibir sus vacunas en el momento correcto.

Visitas de atención preventiva recomendadas para niños desde el nacimiento hasta los 2 años:

- Entre los 3 y 5 días de vida.
- Al mes de vida.
- A los 2 meses de vida.
- A los 4 meses de vida.
- A los 6 meses de vida.
- A los 9 meses de vida.
- A los 12 meses de vida.
- A los 15 meses de vida.
- A los 18 meses de vida.
- A los 24 meses de vida.
- A los 30 meses de vida.

Visitas al proveedor para niños y jóvenes hasta los 20 años

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

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

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

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

- Visitas al proveedor: coordine una visita de atención preventiva una o dos veces al año si está cambiando de edad (es decir, un examen de los 3 años cuando el niño tenía 3 años y medio y ahora está cumpliendo los 4 años).
- Visitas odontológicas: programe las consultas odontológicas dos veces al año.

Consejos para las citas:

- Programe la cita para la siguiente visita de atención preventiva para su hijo mientras se encuentre en el consultorio en su cita actual.
- Lleve la tarjeta de identificación de miembro de su hijo a todas las citas.
- Asista a las citas con el proveedor de su hijo.
- Asegúrese de que su hijo reciba todas las vacunas.
- Lleve el registro de vacunación de su hijo a su visita de atención preventiva.
- Llegue a su cita con puntualidad.
- Llame al consultorio del proveedor al menos un día antes de su cita si necesita volver a programarla.

- Si coordinamos transporte para la cita con el proveedor y no puede asistir, llámenos para cancelar el transporte.
- No hay copagos para las visitas de atención preventiva.

Llame al proveedor de su hijo si necesita una remisión para revisar el desarrollo del niño. Las herramientas de evaluación del desarrollo se componen de un cuestionario de preguntas que el proveedor hará para verificar cómo está creciendo y desarrollándose su bebé. Estas herramientas se utilizan a los 9, 18, 24 y 30 meses de vida. Si se encuentra un problema, se realizarán pruebas y se harán remisiones de seguimiento para garantizar que su hijo reciba servicios de evaluación y tratamiento completos, si son necesarios.

Qué puede hacer para asegurarse de que todas las necesidades de atención médica de su hijo estén cubiertas:

- Lleve a su hijo a todas las visitas de atención preventiva.
- Informe a su proveedor si tiene alguna preocupación acerca de su hijo.
- Pida ayuda para la administración de la atención si es necesario.
- Pida ayuda con el transporte a las citas de su hijo si es necesario.

SERVICIOS PARA LA VISIÓN PARA NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES

Los servicios para la visión de rutina y de emergencia están cubiertos para miembros desde el nacimiento hasta los 21 años. No necesita remisión para obtener servicios para la visión. Los servicios para la visión incluyen lo siguiente:

- Exámenes oculares.
- Pruebas oculares.
- Anteojos recetados.
- Reparación o reemplazo de anteojos rotos o perdidos.

Este servicio tiene algunas limitaciones. La cobertura depende de su estado en BCBSAZ Health Choice. Los siguientes proveedores pueden ayudarle con los servicios para la visión:

- Oftalmólogos autorizados.
- Optometristas.
- Ópticos.
- Clínica óptica.

No necesita esperar hasta el próximo examen oftalmológico regular programado para reemplazar o reparar los anteojos.

Debe atenderse con un proveedor que pertenezca a la red de BCBSAZ Health Choice. Consulte una lista de proveedores de servicios para la visión en su directorio de proveedores. Llámenos si tiene preguntas o necesita ayuda.

Nota: Los dispositivos para la visión están cubiertos para miembros desde el nacimiento hasta los 21 años. Esto incluye armazones y anteojos.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL PARA NIÑOS

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

VACUNAS

La mejor forma de proteger a su hijo de las enfermedades es asegurarse de que reciba sus vacunas. Los niños que reciben estas vacunas están protegidos contra 16 enfermedades graves:

- **Hepatitis A.**
- **Hepatitis B.**
- **Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP).**
- **Haemophilus influenzae tipo B (Hib).**
- **Sarampión, paperas y rubéola (MMR).**
- **Neumococo (neumonía).**
- **Meningococo (meningitis).**
- **Virus del papiloma humano (HPV).**
- **Rotavirus (RV).**
- **Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap).**
- **Poliovirus inactivado (IPV).**
- **Varicela.**
- **Influenza (gripe).**

Si tiene preguntas, consulte a su proveedor acerca de las vacunas en la próxima cita de su hijo.

Preguntas frecuentes sobre las vacunas

¿Mi hijo está atrasado con las vacunas?

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

¿Qué sucede si mi hijo está enfermo?

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

¿Son seguras las vacunas para mi hijo?

- Es muy difícil que un niño tenga una reacción grave a una vacuna.
- Algunos niños pueden presentar fiebre o un dolor leve donde se administra la vacuna. Usualmente, estos síntomas desaparecen pronto.
- La seguridad de las vacunas ha sido probada rigurosamente. De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), no existe una relación científica entre las vacunas y el autismo.

- El timerosal (un conservante que contiene mercurio) fue eliminado de las vacunas para bebés en el año 2000.

¿Mi hijo realmente necesita vacunas?

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

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

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

Para obtener más información, hable con el proveedor de su hijo o llame a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades al siguiente número: 800-CDC-INFO.

Consejos para mantener a los niños sanos

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

1. Comer al menos cinco porciones al día de frutas y verduras.
 - Escoger fruta fresca en lugar de jugos.
 - Comer una fruta o verdura nueva todas las semanas, o comerlas como refrigerios.
2. Pasar menos de 2 horas al día frente a una pantalla.
 - Mantener los televisores, videojuegos y computadoras fuera del dormitorio.
 - Planificar el tiempo que verá televisión (y respetar esa cantidad).
 - No comer en frente del televisor.
3. Pasar al menos 1 hora todos los días haciendo alguna actividad que implique movimiento.
 - Hacer participar a la familia, lo que puede incluir caminar juntos, ir al parque, pasear al perro, etc.
 - Andar en bicicleta, hacer una excursión o intentar practicar un nuevo deporte.
4. Limitar las bebidas endulzadas (suprimirlas, si es posible).
 - Beber más agua y leche con bajo contenido de grasa.
 - Evitar las bebidas deportivas y energizantes, puesto que tienen mucha cantidad de azúcar.
5. Dormir lo suficiente.

SERVICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DE MATERNIDAD

Las mamás saludables tienen hijos saludables. BCBSAZ Health Choice quiere ayudarla a mantenerse sana mientras su bebé crece. Puede comenzar a planificar la salud de su bebé incluso antes de quedar embarazada. Consulte a su proveedor cuando empiece a pensar en tener un bebé.

Las miembros mujeres y asignadas como mujeres al nacer tienen acceso directo a servicios de atención preventiva de un ginecólogo u otro proveedor de atención de maternidad dentro de la red del contratista sin necesidad de una remisión de un proveedor de atención primaria.

Las mujeres embarazadas necesitan atención especial. Si está embarazada, llámenos para escoger a un obstetra de atención primaria, una enfermera matrona certificada o una enfermera matrona con licencia lo antes posible. Es importante que las mujeres embarazadas escojan a un obstetra, una enfermera matrona certificada o una enfermera matrona con licencia para que las ayuden a cubrir sus necesidades especiales.

Puede ir directamente a un médico obstetra (o especializado en obstetricia/ginecología) de atención primaria de Health Choice para recibir atención. No es necesario que consulte a su proveedor de atención primaria (PCP) primero. Su PCP se encargará de la atención de rutina que no sea de ginecoobstetricia. Su ginecoobstetra se encargará de la atención de su embarazo. Si lo prefiere, puede elegir a un ginecoobstetra como su PCP durante el embarazo. Si no está segura de si está embarazada, haga una cita con su PCP para realizarse una prueba de embarazo. Si necesita ayuda para programar una cita, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si está embarazada, haga lo siguiente:

- Programe una cita con su obstetra (OB) de atención primaria tan pronto piense que está embarazada.
- Informe a la oficina local del Departamento de Seguridad Económica (DES) tan pronto sepa que está embarazada.
- Mantenga su cualidad de elegible y los beneficios de Medicaid.
- Si no tiene un proveedor obstetra, llame al Departamento de Servicios para Miembros para que la ayudemos a escoger uno.

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

La atención del embarazo de alto riesgo debe comenzar no más de 3 días hábiles después de que se le informa que es de alto riesgo, o inmediatamente si se produce una emergencia.

Los servicios de maternidad incluyen lo siguiente:

- Libertad para elegir a un PCP que provea atención de obstetricia o a un proveedor obstetra en su condado y en nuestra red de proveedores.
- Orientación antes de quedar embarazada.
- Pruebas de embarazo.
- Orientación, exámenes y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como el VIH. Si tiene una prueba con resultado positivo, hable con el proveedor para recibir orientación y opciones de tratamiento para usted y para su bebé. Su proveedor de obstetricia puede remitirla a proveedores que se especializan en el tratamiento del VIH, conocidos como “infectólogos”. Su proveedor de obstetricia y su proveedor de tratamiento contra el VIH trabajarán juntos durante su embarazo.
- Todas las visitas prenatales y todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que una mujer necesita durante el embarazo.
- Atención durante 6 a 8 semanas después del nacimiento del bebé, incluida la orientación sobre control de la natalidad.
- Servicios de trabajo de parto, nacimiento y posparto.

Consejos para las embarazadas

- Visite a su proveedor con regularidad para recibir atención prenatal. Su proveedor puede ayudarla a resolver dudas a medida que su bebé se desarrolla. Esto también ayuda a que usted y su bebé se mantengan sanos.
- Hable con su proveedor acerca de la vacuna contra la COVID-19.
- Planifique y hable con su proveedor sobre las opciones disponibles de planificación familiar, como los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) inmediatos de posparto.
- Asistir a las citas prenatales y de posparto programadas es importante para su salud y la salud del bebé en crecimiento. Llame a su proveedor obstetra con anterioridad si no puede llegar a su cita por un inconveniente. Comuníquese con su proveedor obstetra con al menos tres (3) días hábiles de anticipación, y pida reprogramar la cita. Llegue al consultorio temprano si verá al proveedor obstetra por primera vez.
- Si necesita transporte para acudir a una cita, debe llamar al 602-386-2447 al menos tres (3) días antes de su cita.
- Es importante programar las citas y respetarlas. Si necesita reprogramar una cita debido a un inconveniente, comuníquese con su proveedor al menos tres (3) días hábiles antes.
- BCBSAZ Health Choice cuenta con administradores de la atención que pueden asistirle durante el embarazo. Llame a nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros para más información.

Cómo programar su primera cita

Programa su primera cita en el primer trimestre del embarazo (las primeras 12 semanas) o tan pronto como se inscriba en BCBSAZ Health Choice.

Las mujeres miembros que ingresan a BCBSAZ Health Choice durante los últimos tres (3) meses de su embarazo deben llamar al Departamento de Servicios para Miembros de inmediato. Podemos ayudarla a elegir a un proveedor obstetra y conversar con usted sobre su atención prenatal. Es muy importante que acuda a las citas con su proveedor obstetra.

VISITAS AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRENATAL

Embarazo de menos de tres meses (primer trimestre):

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

Embarazo de tres a seis meses (segundo trimestre):

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

Embarazo de seis a 10 meses (tercer trimestre):

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

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

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

VISITA AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN POSPARTO

De seis a doce semanas después del parto:

Una vez que haya dado a luz, llame al consultorio del proveedor después de recibir el alta del hospital lo antes posible para programar una consulta posparto. Los servicios posparto están cubiertos durante 84 días después del parto.

¿Por qué debería ir a una visita posparto?

- Podrá hacer todas las preguntas que le hayan surgido desde que dejó el hospital. Escribir las preguntas antes de su cita puede ser útil.
- Podrá informar a su proveedor acerca de cualquier síntoma físico que pueda estar teniendo, como sangrado o dolor. Podrá someterse a exámenes para detectar problemas de tiroides y problemas urinarios.

- Podrá hacerse un chequeo emocional. La depresión posparto y la ansiedad son comunes. El tratamiento puede ayudar.
- Podrá obtener ayuda con la lactancia materna, si es necesario.
- Podrá analizar las opciones de planificación familiar. Quedar embarazada demasiado pronto después del nacimiento de un hijo puede aumentar el riesgo de un parto prematuro.
- Podrá hablar sobre cuándo está bien volver a tener relaciones sexuales.

SERVICIOS Y SUMINISTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

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

Puede obtener servicios de planificación familiar de su PCP que forma parte de la red del plan. No necesita remisión ni autorización previa para acceder a los servicios de planificación familiar de un proveedor de la red, o de centros de salud comunitarios o departamentos de salud de su condado.

Los servicios de planificación familiar incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Orientación sobre control de la natalidad, educación y suministros.
- Planificación familiar natural.
- Píldoras anticonceptivas.
- Tratamiento de complicaciones surgidas por el uso de anticonceptivos, incluido el tratamiento de emergencia.
- Condones masculinos o femeninos.
- Espumas.
- Supositorios.
- Cremas.
- Parches anticonceptivos.
- Diafragmas.
- Capuchones cervicales.
- Exámenes médicos y de laboratorio, y procedimientos radiológicos relacionados con la planificación familiar.
- Dispositivos intrauterinos (DIU).
- Orientación, exámenes y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como el VIH.
- Inyecciones de hormonas (Depo Provera).
- Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC).
- Implantes anticonceptivos (implantes que van debajo de la piel).
- Anticonceptivo oral de emergencia después del coito (dentro de las 72 horas de una relación sexual sin protección).
- Pruebas de embarazo.

Para programar una cita para planificación familiar, llame a su proveedor. No hay copagos para los servicios de planificación familiar. Puede disponer de los servicios de planificación familiar sin costo. Si necesita ayuda para concertar una cita, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Para recibir los servicios y suministros de planificación familiar de un médico fuera de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO MÉDICAMENTE NECESARIA

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

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

Las interrupciones de embarazos requieren autorización previa, a menos que se determine que los servicios son de emergencia.

ESTERILIZACIÓN

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

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

- a. El miembro debe tener, al menos, 21 años de edad en el momento en que se firma el consentimiento.
- b. Se debe determinar la competencia mental.
- c. Se debe obtener el consentimiento voluntario sin coacción.
- d. Deben haber transcurrido 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha del consentimiento informado y la fecha de la esterilización, excepto en caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia. El miembro puede consentir la esterilización en el momento de un parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia, si

han transcurrido al menos 72 horas desde que dio el consentimiento informado para la esterilización. En caso de parto prematuro, el consentimiento informado debe haber sido otorgado al menos 30 días antes de la fecha de parto prevista.

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

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

Medicaid no cubre la reversión de una esterilización.

ODONTOLOGÍA

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA ADULTOS

Cobertura de servicios odontológicos de emergencia para personas desde el nacimiento hasta los 21 años

Cobertura de servicios odontológicos de emergencia para miembros mayores de 21 años

La atención odontológica de emergencia médicamente necesaria está cubierta para miembros mayores de 21 años que cumplan con los criterios para una emergencia odontológica. Una emergencia odontológica es un trastorno agudo de la salud bucal que produce **dolor intenso o infección** como resultado de una patología o traumatismo. Los servicios odontológicos de emergencia están cubiertos hasta \$1,000 por miembro por año de contrato (del 1 de octubre al 30 de septiembre). Los procedimientos de seguimiento necesarios para estabilizar las piezas dentales como resultado del servicio de emergencia están cubiertos y sujetos al límite de \$1,000.

Si usted es un miembro AI/AN (indio americano/nativo de Alaska) que recibe tratamiento odontológico en un centro tribal I.H.S/638, no está sujeto a este límite de \$1,000 por año de contrato de miembro. Los servicios prestados fuera de los centros tribales IHS/638 para miembros AI/AN (indio americano/nativo de Alaska) (es decir, por proveedores contratados por BCBSAZ Health Choice) siguen estando limitados al beneficio odontológico de emergencia de \$1000 para miembros mayores de 21 años.

Los siguientes servicios y procedimientos están cubiertos como servicios odontológicos de emergencia:

- Examen diagnóstico oral de emergencia (examen oral limitado y centrado en el problema).
- Servicios de radiografía y laboratorio, limitados a los dientes sintomáticos.
- Resina compuesta debido a una fractura reciente de diente para dientes anteriores.
- Coronas prefabricadas para limitar el dolor debido a una fractura reciente de dientes únicamente.
- Recementación de incrustaciones, recubrimientos, coronas y puentes fijos adecuados desde el punto de vista clínico.
- Recubrimiento de la pulpa, directo o indirecto, más el empaste, limitado a los dientes sintomáticos.
- Endodoncias y pulpotomías vitales cuando sean recomendables para el tratamiento de una infección aguda o para eliminar el dolor.
- Apicectomía realizada como un procedimiento separado para el tratamiento de una infección aguda o para eliminar el dolor, con un pronóstico favorable.

- Procedimientos inmediatos y paliativos, que incluyen extracciones si son médicamente necesarias, para el alivio del dolor asociado a una afección oral o maxilofacial.
- Reimplantación de un diente anterior con avulsión o desplazamiento accidental, con un pronóstico favorable.
- Restauración temporal que brinde una atención paliativa/sedante (limitada al diente que recibe el tratamiento de emergencia).
- Tratamiento inicial de una infección aguda, que incluye, entre otros, las infecciones periapicales y periodontales y los abscesos a través de métodos apropiados.
- Procedimientos prequirúrgicos y anestesia apropiados para un tratamiento óptimo del paciente.
- Coronas de metal fundido limitadas a la restauración de los dientes tratados con endodoncia solamente.

Limitaciones para servicios odontológicos de emergencia para adultos | Limitaciones para miembros mayores de 21 años

- Los servicios odontológicos maxilofaciales provistos por un dentista no están cubiertos, a excepción del alcance recetado para la reducción de un traumatismo, que incluye la reconstrucción de regiones del maxilar y la mandíbula.
- El diagnóstico y tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular no están cubiertos, a excepción de la reducción de un traumatismo.
- Los procedimientos restauradores de rutina y la terapia de endodoncia de rutina no son servicios odontológicos de emergencia.
- El tratamiento para la prevención de la necrosis pulpar y la pérdida inminente de un diente está limitada a empastes que no sean de metal fundido, coronas elaboradas de acero inoxidable preformado, recubrimientos de la pulpa y pulpotomías solamente para el diente que causa el dolor o ante la presencia de una infección activa.
- No está cubierto el trabajo en puentes fijos para reemplazar dientes faltantes.
- Las dentaduras postizas no están cubiertas.

Si tiene preguntas sobre los servicios odontológicos, llámenos.

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS PARA NIÑOS (DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 21 AÑOS)

BCBSAZ Health Choice cubre servicios de salud odontológica y oral preventivos y de rutina para miembros desde el nacimiento hasta los 21 años. Le asignaremos un dentista a su hijo de inmediato, a fin de brindarle las limpiezas de rutina y otros tratamientos que necesite.

Se recomienda que el primer examen se realice al cumplir el primer año de vida. Luego de esto, lleve a su hijo al dentista cada seis (6) meses. Las visitas odontológicas pueden incluir radiografías, barniz de flúor, empastes, limpiezas y selladores.

Consultar con un dentista para su hijo proporcionará un entorno cómodo para los servicios permanentes a medida que su hijo crezca. Llamamos a esta práctica el “hogar odontológico”. Puede escoger a un dentista de nuestra lista de proveedores de la red. Si necesita ayuda para escoger a un dentista, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a conseguir uno. Si no escoge a su proveedor de atención odontológica, le asignaremos un hogar odontológico. Puede cambiar de hogar odontológico en cualquier momento; para ello, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

CITAS DE ODONTOLOGÍA

Como programar citas odontológicas

- **Urgentes:** su hijo necesita atención lo antes posible, pero a no más de tres (3) días hábiles debido a dolor, una infección, la pérdida de un empaste o un diente roto.
- **De rutina:** su hijo necesita atención en los siguientes 45 días para una limpieza y un control, o para la colocación de empastes dentales.

Cómo cancelar o cambiar citas

Es importante que su hijo asista a sus citas, pero sabemos que a veces suceden cosas. Informe al dentista de su hijo si no puede asistir a su cita. Trate de informarle al menos un día antes de la cita. Si le pidió transporte a BCBSAZ Health Choice, llámenos inmediatamente para cancelar el servicio. Cuando re programe su cita, puede que no consiga otra de inmediato.

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

Consejos para las citas odontológicas

- Traiga la tarjeta de identificación de miembro de su hijo a la cita.
- Si su hijo es un paciente nuevo, vaya al consultorio del dentista 15 minutos antes de su cita.
- Programe la cita para el siguiente control odontológico para su hijo mientras se encuentre en el consultorio odontológico.
- No falte a la cita. Si no puede asistir a la cita, llame al consultorio del dentista para reprogramarla.

OTROS SERVICIOS

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

Un administrador de la atención es un profesional que puede ayudarlos a usted, a su familia y a sus proveedores a comprender sus necesidades de atención médica. El administrador de la atención puede ser un enfermero o un trabajador social.

Si tiene necesidades especiales, le asignaremos un administrador de la atención. Podría ser elegible para acceder a un administrador de la atención si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene una afección de salud, como asma, arteriopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, hepatitis C, VIH, presión arterial alta o COVID-19.
- Tiene un embarazo de alto riesgo.
- Está por recibir un trasplante.
- Usa la sala de emergencias o el hospital con frecuencia.
- Lo admitieron nuevamente en un hospital menos de 30 días después de un alta hospitalaria.
- Toma dosis altas de medicamentos para el dolor o para la ansiedad por más de 90 días.
- Tiene señales de alerta de una posible sobredosis de medicación. Puede encontrar información sobre la prevención de la sobredosis de opioides en el sitio web de los CDC: <https://www.cdc.gov/opioids/overdoseprevention/index.html>.
- Tiene un trastorno por el consumo de opioides.
- Se trasladará a un entorno de atención diferente. Esto puede incluir el alta hospitalaria del Arizona State Hospital, o la salida de una cárcel o prisión.
- Presentó varias quejas formales o reclamos, y necesita ayuda para obtener los cuidados apropiados.
- Ha sido remitido a nosotros por alguien de su equipo de atención médica.

Cómo utilizar estos servicios. Su administrador de la atención puede trabajar en estrecha colaboración con su proveedor y su equipo clínico.

El administrador de la atención puede ayudarlo a hacer lo siguiente:

- Conocer sus medicamentos.
- Conocer su plan de atención.
- Identificar recursos para cubrir diferentes necesidades, como comida y vestimenta.
- Obtener soporte y recursos educativos para mantenerse saludable y a salvo.
- Obtener ayuda de proveedores médicos y de salud conductual.

El administrador de la atención lo ayudará a obtener los recursos y la información que sean apropiados para usted.

Cómo adherirse a estos servicios o cancelarlos. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Nuestros representantes pueden ayudarlo a hacer lo siguiente:

- Solicitar un administrador de la atención.
- Cancelar la administración de la atención. Tiene derecho a cancelar el servicio en cualquier momento.

SERVICIOS DE CONTROL DE ENFERMEDADES

El control de enfermedades es un servicio que puede ayudarlo con ciertos problemas de salud, como la presión arterial alta, la diabetes, la insuficiencia cardíaca o el asma.

Cómo utilizar estos servicios. Los coordinadores asistenciales de enfermedades son enfermeros registrados que pueden proporcionarle capacitación e información sobre los recursos que lo pueden ayudar a controlar su salud. Los coordinadores asistenciales de enfermedades también pueden asistirlo en la coordinación de su atención.

Nuestro equipo de atención médica trabajará con usted y su sistema de apoyo, brindando capacitación y acceso a servicios que promueven el bienestar.

Podemos llamarlo por teléfono o enviarle información valiosa.

Cómo adherirse a estos servicios o cancelarlos. Si desea saber más acerca del manejo de enfermedades, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestros representantes pueden ayudarlo a hacer lo siguiente:

- Solicitar un administrador de la atención.
- Cancelar la administración de la atención. Tiene derecho a cancelar el servicio en cualquier momento.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Debe adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia que pertenezca a la red de BCBSAZ Health Choice. Podemos ayudarle a encontrar una farmacia cerca de usted. Llámenos si desea nuestra ayuda. También puede encontrar una farmacia cerca de usted en el Directorio de farmacias. Llámenos si necesita una copia impresa del directorio. Le enviaremos una copia sin costo. También puede encontrar el Directorio de farmacias en nuestro sitio web, y puede buscar farmacias usando nuestra herramienta de búsqueda de médicos y farmacias.

Si necesita una farmacia que esté abierta las 24 horas o los días festivos, consulte el Directorio de farmacias, use nuestra herramienta de búsqueda de médicos y farmacias o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Debe mencionar al farmacéutico que es miembro de BCBSAZ Health Choice. Lleve todas sus tarjetas de identificación de miembro a la farmacia.

FORMULARIO DE BCBSAZ HEALTH CHOICE

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos. BCBSAZ Health Choice tiene un formulario de medicamentos “cerrado”. Si un medicamento no está en la lista, debemos aprobarlo antes de realizar el pago a la farmacia. Para obtener una lista actualizada de medicamentos cubiertos, visite nuestro sitio web. También puede llamarnos para preguntar si un medicamento está en el formulario del plan. Si el farmacéutico no puede surtir la receta, este puede llamar a su proveedor o a BCBSAZ Health Choice para solicitar ayuda. Contamos con una línea de ayuda de 24 horas para farmacéuticos. En situaciones de emergencia, le permitiremos tener un suministro pequeño de medicamentos mientras revisamos los medicamentos que usa.

Hay algunos medicamentos en nuestro formulario que están disponibles para los miembros que requieren atención especial adicional, llamados “medicamentos de especialidad”. El acceso a los medicamentos de especialidad requiere una solicitud de autorización previa de su proveedor con información que respalde la solicitud.

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

CONSEJOS SOBRE MEDICAMENTOS RECETADOS

- Un proveedor debe darle las recetas o enviarlas a su farmacia de manera electrónica. Muchos proveedores ahora pueden enviar recetas de manera electrónica directamente a las farmacias. Esto le ayuda a ahorrar tiempo y a evitar hacer otro viaje más. Pregunte a su proveedor si las recetas electrónicas son una opción para usted.
- Su proveedor puede recetar un medicamento de venta libre si este cuesta menos que un medicamento recetado.
- No permita que sus recetas expiren antes de obtener un resurtido.
- El AHCCCS cubre medicamentos que son médicamente necesarios, económicos y están permitidos por las leyes federales y estatales.
- El AHCCCS no paga ningún medicamento cubierto por Medicare. AHCCCS tampoco paga el costo compartido (coseguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos. Esto se debe a que estos medicamentos están cubiertos por la Parte D de Medicare.

¿TIENE PROBLEMAS PARA SURTIR SUS RECETAS MÉDICAS?

Si tiene problemas para surtir sus recetas médicas y el farmacéutico las rechaza, solicite ayuda al personal de la farmacia y pregunte el motivo por el cual no puede surtir las. No asuma costos a su cargo para adquirir los medicamentos. Vea a continuación qué debe hacer:

- Si el medicamento requiere una autorización previa, comuníquese con su proveedor médico para que envíe por fax una solicitud de autorización a BCBSAZ Health Choice.
- Si la autorización previa ha caducado, la farmacia puede intentar llamarnos para solicitar la aprobación, pero su proveedor aún tendrá que enviar la solicitud por fax para renovar la autorización previa antes de que el plan pague nuevos surtidos.
- Si volvió a surtir la receta médica demasiado pronto, deberá esperar hasta la próxima fecha de surtido.
- Límite de cantidad: en general, la farmacia puede surtir una cantidad más pequeña, pero debe comunicarse con su proveedor médico para obtener una autorización previa para una cantidad mayor.
- Para obtener información acerca de las restricciones respecto de los medicamentos o de quien los recetó, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Durante el horario de atención, la farmacia o el proveedor pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de BCBSAZ Health Choice.
- Para obtener ayuda de farmacia fuera del horario de atención, durante el fin de semana o en días feriados, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-322-8670.

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

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

PARÁMETRO DE EVALUACIÓN	CRITERIOS MÍNIMOS PARA INICIAR INTERVENCIONES
Sobreutilización	<p>El miembro utilizó lo siguiente en un período de 3 meses:</p> <p>>4 médicos que pueden recetar medicamentos;</p> <p>>4 medicamentos diferentes con potencial de abuso (p. ej., opioides, relajantes musculares, benzodiacepinas); y >4 farmacias.</p> <p>O</p> <p>El miembro recibió 12 o más recetas para medicamentos dudosos (fármacos con potencial de abuso) en los últimos tres meses.</p>
Fraude	El miembro ha presentado recetas falsificadas o adulteradas a la farmacia.

BCBSAZ Health Choice le notificará por escrito 30 días antes de su inscripción en el programa de médicos exclusivos que pueden recetar medicamentos. Cuando esté inscrito en el programa de médicos exclusivos que pueden recetar medicamentos, BCBSAZ Health Choice le asignará solamente un (1) proveedor. Este proveedor será responsable de la redacción de recetas y de la supervisión de medicamentos que causan dependencia. BCBSAZ Health Choice solamente pagará las recetas de medicamentos con potencial de causar dependencia cuando estén elaboradas por este único (1) proveedor. Esto también aplica a los medicamentos con receta elaborada durante el alta hospitalaria de una sala de emergencias.

También trabajaremos con usted y los proveedores que indican los medicamentos para asegurarnos de que usted sea el único que esté usando los medicamentos que necesita. Esto tendrá vigencia por un período de hasta 12 meses. Revisaremos sus registros después de 12 meses y le informaremos si continuaremos con la asignación al proveedor. Si no está de acuerdo con esta decisión, puede pedir por escrito una audiencia estatal justa.

Si actualmente está recibiendo un tratamiento para un diagnóstico oncológico activo, se encuentra en un centro de cuidados paliativos, reside en un centro de enfermería especializada para recibir cuidado de custodia o tiene Medicare, los requisitos del programa de médicos exclusivos que pueden recetar medicamentos podrían no aplicarse en su caso.

REEMBOLSO POR MEDICAMENTOS RECETADOS

Podemos reembolsarle el costo de los medicamentos si compró sus medicamentos durante la “cobertura del período anterior” antes de unirse a Health Choice Arizona. La cobertura del período anterior es el tiempo que transcurre entre el momento en el que se determinó su elegibilidad para AHCCCS y el momento en que se inscribió en Health Choice Arizona. Solo podemos reembolsarle el costo de los medicamentos a través de Health Choice Arizona, que podría ser menor a lo que usted pagó en la farmacia.

Si tiene algún problema para obtener sus medicamentos, pida a la farmacia que llame a la línea de 24 horas de ayuda a farmacias de BCBSAZ Health Choice al 1-800-322-8670. Podemos responder cualquier pregunta.

No pague el costo total de los medicamentos recetados. Usted solo debe pagar el copago, si tiene uno. Si pagó sus medicamentos recetados y cree que no debió hacerlo, puede enviar los recibos de pago y las etiquetas de la farmacia a BCBSAZ Health Choice. Debemos recibir los recibos y las etiquetas en un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha en que pagó los medicamentos. Revisaremos su solicitud de reembolso. Después de la revisión de la documentación, le informaremos si podemos hacer el reembolso a su favor.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL CUBIERTOS

Algunos problemas personales pueden afectar su salud. Los problemas personales también pueden afectar a su familia. El estrés, la depresión, la ansiedad, los problemas de consumo de alcohol o drogas u otros problemas de salud mental pueden ser los causantes de estos problemas de salud. Los servicios que pueden ayudarlo con su salud mental se llaman “servicios de salud conductual”.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios para evaluar sus problemas.
- Servicios para casos de crisis.
- Orientación y otros tipos de terapia para problemas de drogadicción personales o familiares.
- Tratamiento conductual (formación en atención de salud conductual a domicilio, autoayuda/apoyo de pares para la salud conductual).
- Servicios de hospitalización, incluida la desintoxicación.
- Servicios de médicos.
- Servicios de enfermería.
- Medicamentos y servicios de control de medicamentos.
- Servicios de laboratorio, radiología e imagenología médica para el diagnóstico y la regulación de medicamentos psicotrópicos.
- Transporte médicamente necesario, ya sea de emergencia o no.
- Servicios de emergencia o en casos de crisis.
- Administración de la atención.
- Tratamiento residencial.
- Apoyo vocacional y de empleo.
- Servicios de rehabilitación.
- Cuidado de relevo.
- Servicios de apoyo de pares y familiares.
- Otros servicios de apoyo.

Si necesita servicios de salud conductual, llame al Departamento de Servicios para Miembros para encontrar un proveedor cerca de usted. También podemos ayudarlo a programar una cita.

A los miembros de BCBSAZ Health Choice se los puede asignar a un “centro de salud conductual” para que reciban servicios de salud conductual.

Algunos centros de salud conductual también cuentan con proveedores de atención primaria, de modo que podrá recibir servicios de atención de salud física y conductual en un solo lugar. Puede cambiarse a un nuevo centro de salud conductual en cualquier momento.

Si necesita servicios de salud conductual, formaremos un “equipo” para ayudarlo a identificar sus necesidades de salud conductual y a obtener servicios de salud conductual. Estos equipos se conocen como “equipos clínicos” o, más específicamente, “equipos para el niño y la familia” o “equipos de recuperación para el adulto”. El equipo trabajará con usted sobre sus metas, las evaluaciones continuas y la planificación del servicio. Los integrantes del equipo dependerán de los profesionales de salud conductual que trabajen con usted y de quién desea que forme parte de su equipo. Los equipos pueden incluir a miembros, tutores, amigos, clérigos y otras personas de apoyo de la comunidad. Muchas veces, la evaluación y el plan de servicio individual no estarán completos en la primera cita, por lo que trabajará con miembros de su equipo para continuar el proceso de evaluación y desarrollar los servicios que se adapten mejor a sus necesidades y preferencias. Esto le permite a usted y a su equipo revisar continuamente el progreso y las necesidades para obtener la mejor atención.

Equipo para el niño y la familia

El equipo para el niño y la familia (CFT) es un grupo definido de personas que incluye, como mínimo, al niño y su familia, y a un representante de salud conductual. El equipo también incluirá a todas las personas importantes en la vida del niño, a quienes el niño y su familia identificarán e invitarán a participar. Esto puede incluir, por ejemplo, a maestros; miembros de la familia extendida; amigos; proveedores de apoyo familiar; proveedores de atención médica; instructores; proveedores de recursos comunitarios; representantes de afiliaciones religiosas, como iglesias, sinagogas o mezquitas; o agentes de otros sistemas de servicios, como el Departamento de Seguridad Infantil (DCS) o la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) de Arizona, etc. El tamaño, el alcance y la intensidad de la participación de los integrantes del equipo se determinan mediante los objetivos establecidos para el niño, las necesidades de la familia que surgen por mantener al niño y los recursos necesarios para desarrollar un plan de servicios efectivo. El equipo para el niño y la familia puede ampliarse y realizar contrataciones según sea necesario para tener éxito en nombre de su niño.

Equipo de recuperación para el adulto

Es un grupo de personas que trabajan juntas y que participan activamente en la evaluación, la planificación del servicio y la prestación del servicio de una persona mediante el seguimiento de los nueve principios rectores para los sistemas y servicios de salud conductual para adultos orientados a la recuperación. Como mínimo, el equipo consta de la persona afectada, su tutor (si corresponde), defensores (si están asignados) y un representante de salud conductual calificado. El equipo también puede incluir a miembros de la familia de la persona inscrita;

proveedores de servicios de salud física, mental o social; representantes u otras agencias que prestan servicios a la persona; profesionales que representan las disciplinas relacionadas con las necesidades de la persona; u otras personas identificadas por el miembro inscrito.

Podrá cambiar su equipo para recibir un mejor apoyo de sus necesidades y alcanzar las metas que ha fijado.

PROCESO DE REMISIÓN PARA ENFERMEDADES MENTALES GRAVES

“Enfermedad mental grave” (SMI) es un término que se utiliza para hacer referencia a las personas que necesitan mayor apoyo debido a que su enfermedad mental afecta su capacidad funcional.

Una persona, su tutor legal, un representante designado o un familiar pueden solicitar que se realice una determinación de SMI. Puede hablar con su proveedor de salud conductual sobre cómo iniciar este proceso. Si actualmente no está conectado con un proveedor de salud conductual y desea una evaluación de SMI, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Health Choice Arizona.

Su proveedor de salud conductual llevará a cabo una evaluación y una serie de valoraciones de SMI dentro de los siete (7) días de la solicitud. Solari Crisis and Human Services (Solari) tiene la responsabilidad de revisar todas las solicitudes y de tomar determinaciones de SMI en el estado de Arizona. Solari tiene tres (3) días para tomar la determinación. Después de que se haya tomado la decisión, se le enviará un aviso con los resultados de la determinación, cómo comenzar a recibir servicios, y cómo apelar la decisión de elegibilidad de SMI. Una designación de SMI causará un cambio de plan de salud a la RBHA de su región.

Si desea conocer más sobre este proceso, puede visitar el sitio web de Solari en <https://community.solari-inc.org/eligibility-and-care-services/>, o bien puede llamar a nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros.

Algunas veces, las personas necesitan una determinación urgente de SMI cuando están en un hospital a causa de síntomas de una enfermedad mental. El proveedor de salud conductual trabaja con la persona y el hospital para completar la evaluación y la serie de valoraciones de SMI. Cuando la persona está en un hospital fuera del área, Crisis Preparation and Recovery, Inc. ayuda a la persona y a su equipo de atención médica a completar las evaluaciones iniciales en el hospital.

VISIÓN DE ARIZONA CON RESPECTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

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

1. Fácil acceso a la atención.
2. Compromiso del beneficiario de salud conductual y del familiar.
3. Colaboración con la comunidad en general.
4. Innovación efectiva.
5. Expectativa de mejora.
6. Competencia cultural.

LOS DOCE PRINCIPIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A NIÑOS

1. Colaboración con el niño y la familia:

- a. El respeto y la colaboración activa con el niño y los padres son fundamentales para lograr resultados de salud conductual positivos.
- b. Los padres y los niños se consideran socios en el proceso de evaluación, planificación, prestación y análisis de los servicios de salud conductual, y sus preferencias se toman en serio.

2. Resultados funcionales:

- a. Los servicios de salud conductual se diseñan e implementan para ayudar a los niños a tener éxito en la escuela, vivir con sus familias, evitar la delincuencia y convertirse en adultos estables y productivos.
- b. La implementación del plan de servicios de salud conductual estabiliza el problema médico del niño y reduce al mínimo los riesgos de seguridad.

3. Colaboración con los demás:

- a. Cuando los niños cuentan con la participación de varios organismos y sistemas, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa de manera colaborativa un plan de servicios de salud conductual.
- b. Incluye equipos orientados al cliente para planificar y prestar servicios.
- c. El equipo de cada niño lo incluye a él, a sus padres biológicos y de crianza, y a cualquier persona importante en la vida del niño que él o sus padres inviten a participar. El equipo también incluye a otras personas necesarias para desarrollar un plan efectivo, entre las que se incluyen, según el caso, el maestro del niño, el trabajador del caso del Departamento de Seguridad Infantil (DCS) o la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), y el oficial de libertad condicional del niño.

- d. El equipo hace lo siguiente:
 - i. desarrolla una evaluación común de las fortalezas y necesidades del niño y la familia;
 - ii. desarrolla un plan de servicio individualizado;
 - iii. supervisa la ejecución del plan;
 - iv. hace ajustes en el plan si no está teniendo éxito.

4. Servicios accesibles:

- a. Los niños tienen acceso a una gama completa de servicios de salud conductual, los cuales garantizan que recibirán el tratamiento que necesitan.
- b. La administración de casos se brinda según sea necesario.
- c. Los planes de servicios de salud conductual identifican el tipo de transporte que los padres y el niño necesitan para tener acceso a servicios de salud conductual y cómo se proporcionará ese transporte.
- d. Los servicios de salud conductual se adaptan o crean cuando se necesitan pero no están disponibles.

5. Mejores prácticas:

- a. Los servicios de salud conductual son proporcionados por personas competentes que están capacitadas y supervisadas.
- b. Los servicios de salud conductual se prestan de conformidad con las pautas que se incorporan en “las mejores prácticas” basadas en la evidencia.
- c. Los planes de servicios de salud conductual identifican y abordan adecuadamente los síntomas conductuales relacionados con trastornos del aprendizaje, problemas de consumo de sustancias, necesidades de salud conductual especializadas de los niños que tienen discapacidad del desarrollo, antecedentes de traumas (por ejemplo, abuso o negligencia) o eventos traumáticos (por ejemplo, muerte de un familiar o desastre natural), comportamiento sexual de mala adaptación, conducta abusiva y comportamientos de riesgo. Los planes de servicios también abordarán la necesidad de estabilidad y promoción de la permanencia en la vida de miembros de la clase, especialmente los miembros de la clase en hogares de crianza.
- d. Los servicios de salud conductual se evalúan y modifican continuamente si no ayudan a obtener los resultados esperados.

6. Entorno más adecuado:

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

7. Prontitud:

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

8. Servicios adaptados al niño y su familia:

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

9. Estabilidad:

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

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

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

11. Independencia:

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

12. Conexión con apoyos naturales:

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

NUEVE PRINCIPIOS RECTORES PARA LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE ADULTOS ORIENTADOS A LA RECUPERACIÓN

1. El respeto es fundamental. Se conoce a la persona donde está sin juzgarla, con mucha paciencia y compasión.
2. Las personas en recuperación seleccionan los servicios, y están incluidas en las decisiones del programa y los esfuerzos de desarrollo de los programas. Una persona en recuperación tiene la libertad de elegir y opinar. Su autodeterminación en el impulso de los servicios, las decisiones del programa y el desarrollo del programa se hace posible, en parte, por la dinámica permanente de la educación, el debate y la evaluación, creando así el “consumidor informado” y la más amplia gama de posibilidades a partir de la que se realiza la elección. Las personas en recuperación deben participar de todos los niveles del sistema, desde la administración hasta la prestación de servicios.
3. El enfoque se centra en el individuo como una persona completa, y al mismo tiempo se incluyen o se desarrollan apoyos naturales. Una persona en recuperación se toma en cuenta nada menos que como un ser completo: capaz, competente y respetado por sus opiniones y elecciones. De este modo, se aborda un enfoque con el fin de fomentar la mayor autonomía posible y un estilo de vida natural y bien equilibrado. Esto incluye el acceso y la participación en los apoyos naturales y los sistemas sociales habituales a la comunidad social de un individuo.
4. Se potencia a las personas para que alcancen la independencia y asuman riesgos sin tener miedo al fracaso: una persona en recuperación encuentra la independencia a través de la exploración, la experimentación, la evaluación, la contemplación y la acción. El entorno se mantiene, independientemente de la medida que la persona tome hacia su independencia, y se la alienta y empodera en un entorno en el que tanto la seguridad como el riesgo se valoran como ingredientes que promueven el crecimiento.
5. Se fomentan la integración, la colaboración y la participación con la comunidad que uno elija: una persona en recuperación es un miembro valorado y colaborador de la sociedad y, como tal, es merecedor de la comunidad y beneficioso para ella. Dicha integración

y participación subraya la función del individuo como una parte vital de la comunidad, esa dinámica comunitaria que resulta inseparable de la experiencia humana. El servicio comunitario y el voluntariado se valoran.

6. Se fomenta la asociación entre los individuos, el personal y los miembros de la familia o los apoyos naturales para la toma compartida de decisiones basadas en la confianza: una persona en recuperación, al igual que cualquier miembro de una sociedad, encuentra fuerza y apoyo a través de asociaciones. Las alianzas que surgen a partir de la compasión, con un enfoque en la optimización de la recuperación, refuerzan la autoconfianza, amplían la comprensión de todos los participantes, y dan lugar a la creación de protocolos y resultados óptimos.
7. Las personas en recuperación definen su propio éxito: una persona en recuperación (según sus propias declaraciones) descubre el éxito, en parte, por los resultados de la calidad de vida, lo que puede incluir una mayor sensación de bienestar, una integración avanzada en la comunidad y una mayor autodeterminación. Las personas en recuperación son expertas en sí mismas, así como en la definición de sus propios objetivos y los resultados deseados.
8. Se fomenta la provisión de servicios eficaces, flexibles y basados en las fortalezas que reflejan las preferencias culturales de un individuo: una persona en recuperación puede esperar y merece servicios flexibles, oportunos y eficaces que estén disponibles y que sean accesibles, confiables, responsables y sensibles a los valores y las costumbres culturales. Una persona en recuperación es la fuente de su propia fuerza y resiliencia. Aquellos que cumplen el rol de apoyo y facilitadores identifican, exploran y sirven para optimizar las fortalezas que demuestra el individuo, como herramientas para la generación de una mayor autonomía y eficacia en la vida.
9. La esperanza es la base para el camino hacia la recuperación: una persona en recuperación tiene la capacidad para tener esperanza y se desarrolla mejor en las asociaciones que promueven la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea el entorno para que se hagan realidad los resultados positivos raros e inesperados. Una persona en recuperación no tiene límites en cuanto a su potencial y posibilidades.

CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA DE ESPECIALIDADES MÚLTIPLES (MSIC)

Una Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC) es un centro en el que diversos proveedores especialistas se reúnen para prestar servicios interdisciplinarios para el tratamiento de los miembros y sus familias.

Nuestra MSIC contratada ofrece una amplia variedad de especialidades para cumplir necesidades específicas. A continuación, se presenta una lista de MSIC:

District Medical Group Clinic 3141 N. 3rd Ave. Phoenix, AZ 85013	Audiología, cardiología, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, laboratorio y radiografía, nefrología, neurología, neurocirugía, nutrición, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla, oftalmología, ortopedia, pediatría (PCP), cirugía pediátrica, cirugía plástica, psicología, psiquiatría, reumatología, escoliosis, urología
Children's Clinics for Rehabilitative Services 2600 N. Wyatt Dr. Tucson, AZ 85712	Anestesia, análisis conductual/psicología, cardiología, odontología y ortodoncia, pediatría del desarrollo, endocrinología, otorrinolaringología, gastroenterología, genética, hematología, nefrología, neurología, neurocirugía, ortopedia, oftalmología, optometría, pediatría (PCP), dermatología pediátrica, cuidados paliativos pediátricos, cirugía pediátrica, medicina física, cirugía plástica, neumología, reumatología, urología
Flagstaff Medical Center Children's Health Center 1215 N. Beaver St. Flagstaff, AZ 86001	Pediatría (PCP), endocrinología pediátrica, gastroenterología pediátrica, nefrología pediátrica, ortopedia pediátrica, fisioterapia, terapia del habla, urología pediátrica, sillas de ruedas/asientos
Yuma Regional Medical Center Children's Rehabilitative Services 2851 S. Avenue B. Yuma, AZ 85364	Audiología, cardiología, evaluación integral, tratamiento craneofacial (labio leporino y paladar hendido), otorrinolaringología, endocrinología, gastroenterología, neurología, nutrición y alimentación, oftalmología, ortopedia, servicios de dispositivos ortopédicos, psiquiatría, evaluación y terapia del habla y el lenguaje, urología, servicios de sillas de ruedas

* Algunos proveedores y servicios de especialidades podrían no estar disponibles en todas las áreas. Comuníquese con la MSIC para revisar qué servicios y apoyos están disponibles. Para obtener más apoyo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Cómo coordinar una cita

Es importante coordinar la cita con el proveedor de forma anticipada. Asegúrese de informarle por qué está coordinando una cita, ya que podría atenderlo antes. Puede llamar directamente a su proveedor para coordinar una cita. Si necesita ayuda, también puede llamar al

Departamento de Servicios para Miembros.

Cómo cancelar o cambiar citas

Es importante que asista a sus citas, pero sabemos que a veces suceden cosas. Llame directamente a la MSIC para cancelar o cambiar su cita. Trate de informarle al menos un día antes de la cita. Si le pidió a Health Choice Arizona transporte o un intérprete para usted, llámenos inmediatamente para cancelar el servicio. Cuando re programe su cita, puede que no consiga una de inmediato.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS (CRS): ¿qué son?

Los Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS) conforman una designación que se da a ciertos miembros del AHCCCS que tienen afecciones de salud que califican. Los miembros con una designación de CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos del AHCCCS que los miembros sin CRS, así como también recibir cuidados en la comunidad o en MSIC. Las MSIC reúnen a varios proveedores especialistas en un solo lugar. El plan de salud ayudará a un miembro con una designación de CRS en la coordinación de la atención y facilitará un monitoreo más minucioso para garantizar que se aborden las necesidades especiales de atención médica.

La elegibilidad para la designación de CRS es determinada por la División de Servicios para Miembros (DMS) del AHCCCS.

¿Quiénes cumplen con los requisitos para una designación de CRS?

Los miembros del AHCCCS pueden cumplir con los requisitos para una designación de CRS en los siguientes casos:

- Son menores de 21 años.
- Tienen una afección médica que califica para recibir CRS.

La afección médica debe presentar las siguientes características:

- Requiere un tratamiento activo.
- Cuenta con la afirmación de la DMS del AHCCCS en la que se indica que cumple con los criterios según lo especificado en R9-22-1301-1305.

Cualquier persona puede completar una solicitud de CRS, incluidos familiares, proveedores o representantes del plan de salud. Para solicitar una designación de CRS, envíe lo siguiente por correo o por fax:

- Una solicitud de CRS completa.
- Documentación médica que muestre que el solicitante tiene una afección que califica para los CRS y requiere un tratamiento activo.

BCBSAZ Health Choice proporcionará la atención que sea médicamente necesaria respecto de los servicios de salud física y conductual, y la atención para la afección que califica para los CRS. Los administradores de atención de BCBSAZ Health Choice pueden ayudar con el proceso de solicitud de CRS, la programación de citas en la MSIC o con otros proveedores, y la provisión de capacitación y apoyo.

CONSEJO DE DEFENSORÍA PARA MIEMBROS

BCBSAZ Health Choice ha establecido un Consejo de Defensoría para Miembros (MAC) que está abierto para todos los miembros, cuidadores designados, tutores legales, especialistas en apoyo de pares, centros de recuperación, hogares de salud, proveedores contratados, partes interesadas de la comunidad, miembros del Comité de Supervisión Independiente, miembros de la NAMI, miembros de colectividades tribales, veteranos y sus familias, y organizaciones afiliadas de veteranos. El Consejo Defensoría para Miembros es una iniciativa comunitaria que se centra en las opiniones de los miembros facilitadas por el intermediario de veteranos/defensor de miembros de BCBSAZ Health Choice que forma parte del departamento de la Oficina de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA). Los comentarios de los asistentes a las reuniones del Consejo tendrán un impacto en los cambios en el sistema que se concentren en las opiniones de los miembros. Las reuniones del Consejo proporcionarán una plataforma para que los miembros, así como los miembros de colectividades tribales, los veteranos, las familias de los miembros y los asociados de la comunidad, compartan opiniones sobre su experiencia general y comprensión de los servicios proporcionados por BCBSAZ Health Choice. Las reuniones del MAC se realizan cada dos meses, y se puede encontrar más información sobre estas en HealthChoiceAZ.com. Si le gustaría participar o conocer más sobre el Consejo de Defensoría para Miembros, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

APELACIONES

BCBSAZ Health Choice puede denegar los servicios que solicite su proveedor, o bien limitar o interrumpir su atención. Si esto sucede, recibirá una carta por parte nuestra. Esta se conoce como “Aviso de determinación de beneficios adversa”.

El Aviso de determinación de beneficios adversa le explicará la decisión y la razón por la que se tomó. También le informará la ley, norma o política en la que se basó la decisión, y la fecha en la que se tomó dicha decisión.

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

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

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

SOLICITUD DE UNA APELACIÓN

Puede solicitar la apelación llamando al Departamento de Servicios para Miembros o escribiendo una carta a Health Choice Arizona. Esto incluye las apelaciones sobre los servicios para casos de crisis proporcionados por la RBHA a miembros sobre quienes NO se designó que tienen una enfermedad mental grave.

Para presentar una apelación por teléfono, haga lo siguiente:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-322-8670, y un representante lo ayudará.
- Tenga a mano la carta con el Aviso de determinación de beneficios adversa cuando llame. Esto lo ayudará a obtener toda la información necesaria para iniciar su apelación.

Para presentar una apelación por escrito, haga lo siguiente:

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

Tiene 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de determinación de beneficios adversa enviado por BCBSAZ Health Choice o de la fecha de cualquier acción adversa para presentar su apelación. Health Choice Arizona le enviará una carta con la confirmación de que recibimos su solicitud. Esta se enviará dentro de cinco (5) días hábiles.

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

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

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

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

Luego de que hayamos analizado su apelación, le enviaremos una carta informándole nuestra decisión. Esta carta contendrá el Aviso de resolución de la apelación.

SOLICITUD DE UNA APELACIÓN PARA LOS SERVICIOS PARA CASOS DE CRISIS PROPORCIONADOS POR LA RBHA

La RBHA procesa todas las quejas formales, apelaciones y solicitudes de audiencias justas relacionadas con los servicios para casos de crisis.

Busque información sobre cómo hacer esto en la RBHA de su región:

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

LIBERTAD DE ELECCIÓN

Tiene libertad de elección entre los proveedores de la red de BCBSAZ Health Choice. Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y otros proveedores de la lista de la red de BCBSAZ Health Choice. Esto también incluye el derecho a negarse a recibir atención de parte de los proveedores. También tiene derecho a obtener una segunda opinión.

APELACIÓN ACELERADA

Si no puede esperar 30 días para recibir la decisión, puede pedir a BCBSAZ Health Choice que tome una decisión más rápida. Puede solicitar una decisión más rápida si la espera de 30 días pudiera perjudicar gravemente su salud, su vida o su capacidad para alcanzar, recuperar o mantener su nivel máximo de desempeño. Esto recibe el nombre de “apelación acelerada”. Este proceso sigue los mismos pasos que una apelación estándar, salvo que la decisión se toma en 72 horas en lugar de en 30 días.

Cuando BCBSAZ Health Choice tome una decisión rápida, intentaremos llamarlo por teléfono en un plazo de 72 horas. También recibirá una carta de Aviso de resolución de apelación acelerada. Esta carta le informará nuestra decisión.

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

AVISO DE PRÓRROGA

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

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

el tiempo adicional que necesitamos.

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

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE

Si opta por apelar el Aviso de determinación de beneficios adversa, tiene derecho a autorizar a alguien para que le brinde ayuda. La persona que lo ayuda es su “representante”. Esta persona puede ser un familiar, un amigo, un proveedor o un abogado si lo desea. El proceso es el mismo, ya sea que usted presente la apelación o que otra persona lo haga por usted. El plazo también es el mismo en cualquiera de los casos.

Cuando BCBSAZ Health Choice le envía el Aviso de determinación de beneficios adversa, también recibirá una lista de organismos que lo pueden ayudar con su apelación. Si necesita otra lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si desea que alguien lo ayude, debe enviarnos una carta donde nos indique el nombre de la persona que lo ayudará a presentar una apelación.

Si necesita ayuda para presentar una apelación, pero no tiene a nadie que lo ayude, infórmenos esta situación. Para hacerlo, puede enviarnos una carta.

Para informarnos sobre su representante, envíenos una carta a la siguiente dirección:
BCBSAZ Health Choice
Attn: Member Appeals
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008

PAGO DE SERVICIOS

COPAGOS

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

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

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

- Niños menores de 19 años.
- Personas a quienes se calificó como enfermos mentales graves (SMI).
- Una persona que se designa elegible para recibir Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS), conforme al artículo 13 del capítulo 22 del título 9 del Código Administrativo de Arizona (A.A.C.).
- Miembros de ACC, la RBHA de ACC y el plan de salud integral del Departamento de Servicios para Niños (CHP) que viven en hogares para ancianos y convalecientes o centros residenciales, como un hogar de vida asistida y solamente cuando, en caso contrario, la afección médica del miembro requeriría hospitalización. La exención de copagos para estos miembros está limitada a 90 días en un año de contrato.
- Personas inscritas en el Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS).
- Personas que son beneficiarios calificados de Medicare.
- Personas que reciben cuidados paliativos.
- Miembros indígenas estadounidenses que están activos o son usuarios anteriores del Servicio de Salud Indígena, los programas de salud tribal operados según la Ley Pública 93-638, o los programas urbanos de salud indígena.
- Personas dentro del Programa de Tratamiento para el Cáncer de Mama y el Cáncer Cervical (BCCTP).
- Personas que reciben servicios de bienestar infantil según el título IV-B por ser niños en cuidado sustituto o por recibir asistencia de adopción o cuidado sustituto según el título IV-E sin importar la edad.
- Mujeres embarazadas y durante todo el período de posparto después del embarazo.
- Personas en el grupo de adultos (por tiempo limitado**).

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

ADEMÁS, NO SE COBRAN COPAGOS POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

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

PERSONAS CON COPAGOS OPCIONALES (NO OBLIGATORIOS)

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

1. Estén recibiendo uno de los servicios anteriores por los que no se les puede cobrar un copago.
2. Estén en uno de los grupos anteriores a los que no se les puede cobrar un copago.

Los copagos no obligatorios también se denominan “copagos opcionales”. Si un miembro tiene un copago no obligatorio, un proveedor no puede negarle el servicio si el miembro indica que no puede pagar el copago. El proveedor puede cobrar un copago no obligatorio a los miembros en los siguientes programas:

- AHCCCS para Familias con Hijos (1931).
- Seguro Transicional para Adultos Jóvenes (YATI) para jóvenes que están en cuidado sustituto.
- Asistencia estatal de adopción para niños con necesidades especiales que se adoptan.
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) a través de la Administración del Seguro Social para personas mayores de 65 años, no videntes o discapacitadas.

- Asistencia Médica de SSI Únicamente (SSI MAO) para personas mayores de 65 años, no videntes o discapacitadas.
- Libertad para Trabajar (FTW).

Solicite a su proveedor que identifique su elegibilidad para determinar qué copagos puede tener. También puede determinarlo si llama al Departamento de Servicios para Miembros de BCBSAZ Health Choice. Además, puede consultar el sitio web de BCBSAZ Health Choice para obtener más información.

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

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

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos recetados	USD\$ 2.30
Servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	USD\$ 2.30
Consultas ambulatorias en el consultorio del médico u otro proveedor para la evaluación y el control de la atención	USD\$ 3.40

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

PERSONAS CON COPAGOS REQUERIDOS (OBLIGATORIOS)

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

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

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

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos recetados	USD\$ 2.30
Consultas ambulatorias en el consultorio del médico u otro proveedor para la evaluación y el control de la atención	USD\$ 4.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	USD\$ 3.00
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios voluntarios o que no son de emergencia	USD\$ 3.00

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

LÍMITE DEL 5 % EN TODOS LOS COPAGOS

El monto de los copagos totales no puede ser superior al 5 % de los ingresos totales de la familia durante un trimestre calendario (enero-marzo, abril-junio, julio-septiembre y octubre-diciembre). Si se alcanza el límite del 5 %, no se cobrarán más copagos durante el resto del trimestre.

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

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

PAGO DE SERVICIOS CUBIERTOS POR BCBSAZ HEALTH CHOICE

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

Los proveedores que no sean parte de nuestra red necesitarán comunicarse con nosotros para recibir una aprobación previa. Si no aprobamos la atención o el servicio solicitado, no podremos pagar a los proveedores fuera de la red. Usted solo deberá pagar el copago obligatorio para todos los servicios cubiertos. Para obtener más información sobre copagos, consulte la página 81.

Su proveedor debe enviar todas las facturas de servicios cubiertos a BCBSAZ Health Choice. Si recibe una factura por un servicio cubierto, haga lo siguiente:

- Llame al proveedor inmediatamente.
- Entréguele toda la información de su seguro.
- Asegúrese de que el proveedor tenga la dirección de facturación de BCBSAZ Health Choice.
- No pague usted la factura, ya que no podremos reembolsarle por los servicios cubiertos. Si recibe servicios que no son de emergencia fuera de Arizona, es posible que usted tenga que pagar la factura.

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

NOTA: Usted no debe pagar los servicios cubiertos después de que se haya inscrito en BCBSAZ Health Choice, puesto que no podremos reembolsarle el dinero si lo hace. Solo pagamos a los proveedores directamente por sus servicios.

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

PAGO DE SERVICIOS NO CUBIERTOS POR BCBSAZ HEALTH CHOICE

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

Si decide pagar ese servicio, tendrá que firmar una declaración por escrito aceptando pagar los costos del servicio. BCBSAZ Health Choice no le reembolsará el monto de los servicios que no sean beneficios cubiertos.

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

OTRO SEGURO

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

Si obtiene otro seguro mientras usted está en el plan, debe informarlo al AHCCCS y a BCBSAZ Health Choice. Su otro seguro pagará siempre primero. Luego, BCBSAZ Health Choice pagará su parte. Esto significa que su proveedor le facturará al otro seguro primero. BCBSAZ Health

Choice le ayudará a coordinar sus beneficios del AHCCCS con su otro seguro. Tener otro seguro o Medicare puede afectar sus montos de copago, coseguro o deducible.

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

BENEFICIARIOS DE MEDICARE (DOBLE ELEGIBILIDAD)

Las personas aptas para el AHCCCS y para Medicare se denominan “beneficiarios con doble elegibilidad”. Si usted tiene Medicare, BCBSAZ Health Choice puede ayudarle a pagar el monto del coseguro y los deducibles de Medicare (también llamados “costos compartidos”). Sin embargo, Medicaid no cubre los medicamentos que son elegibles para la cobertura conforme a los planes con la Parte D de Medicare. Medicaid no paga los copagos o deducibles de Medicare ni los costos compartidos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, a excepción de las personas que poseen una designación de SMI. El AHCCCS cubre los medicamentos que están excluidos de la cobertura conforme a la Parte D de Medicare cuando dichos medicamentos cubiertos se consideran médicamente necesarios. Un medicamento excluido es uno que no sea elegible para la cobertura conforme a la Parte D de Medicare. El AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos que sean de venta libre (OTC). Consulte la Lista de medicamentos de OTC de Pathway HMO SNP de BCBSAZ Health Choice en nuestro sitio web, disponible en <https://www.healthchoicepathway.com/members/supplemental-benefits/>, o bien llame al Departamento de Servicios para Miembros para pedir una copia impresa.

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

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

Si tiene Medicare, BCBSAZ Health Choice se podrá convertir en su proveedor de servicios de salud conductual.

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

BENEFICIARIOS DE MEDICARE CALIFICADOS (QMB)

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

PLAZOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS MÉDICOS Y DE FARMACIA

Todas las solicitudes de autorización previa de farmacia se revisan dentro de las 24 horas después de que las recibimos. Las decisiones se envían dentro de las 24 horas en el caso de aquellas solicitudes con información completa del médico que puede recetar medicamentos. Si se necesita más información del médico que puede recetar medicamentos para que tomemos nuestra decisión, nos comunicaremos con dicho médico y tomaremos una decisión dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que se recibió por primera vez el caso. Podría enviarse un Aviso de prórroga si BCBSAZ Health Choice necesita más información para tomar una decisión.

En el caso de autorizaciones previas para servicios médicos, podemos tomar una decisión dentro de los 14 días calendario después de que recibimos la solicitud. Si tiene un problema de salud grave y que pone en riesgo la vida, su proveedor puede solicitar una decisión más rápida. En este caso, su proveedor puede enviarnos una solicitud acelerada para su aprobación dentro de las 72 horas.

QUEJAS FORMALES (RECLAMOS)

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

PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA FORMAL

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

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

- Problemas con los proveedores de atención médica.
- Imposibilidad de recibir servicios de atención médica.
- Inquietudes sobre la calidad de la atención (QOC) recibida.
- Acceso oportuno a los servicios.
- Actitud del personal.
- Faltas de respeto.
- Adecuación de las cartas de Avisos de determinación de beneficios adversa.
- Servicios para casos de crisis proporcionados por la RBHA.
- Cualquier otro tipo de problema que haya podido tener con el servicio de atención médica.
- Cualquier otro tipo de problema que haya podido tener con su plan de salud.

Puede presentar una queja formal por teléfono o por escrito.

Para presentar una queja formal por teléfono, haga lo siguiente:

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

Para presentar una queja formal por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección: BCBSAZ Health Choice

**Attn: Member Grievances
410 N. 44th St., Suite 500
Phoenix, AZ 85008**

BCBSAZ Health Choice analizará cuidadosamente su inquietud. Estamos aquí para ayudarlo. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle más información o que conversemos

con otras personas involucradas en su atención. Una vez que la revisión esté completa, le enviaremos una carta en la que se le informará el resultado.

Tenga en cuenta lo siguiente: También tiene derecho a contactar al Departamento de Administración Médica del AHCCCS si siente que BCBSAZ Health Choice no ha resuelto sus preocupaciones respecto de la idoneidad de una carta sobre el Aviso de determinación de beneficios adversa (también descrito en la sección “Apelaciones”). Puede comunicarse con el Departamento de Administración Médica del AHCCCS por correo electrónico escribiendo a MedicalManagement@azahcccs.gov.

AUDIENCIA ESTATAL JUSTA

DERECHO DE LOS MIEMBROS A SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL JUSTA

Si no está satisfecho con la decisión tomada por BCBSAZ Health Choice respecto de su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia. A esto se le llama “audiencia estatal justa”.

Se incluirá información acerca de cómo solicitar una audiencia estatal justa en la carta de Aviso de resolución de la apelación (o del Aviso de resolución de la apelación acelerada).

El proceso de la audiencia estatal justa ofrece una oportunidad para que un juez de derecho administrativo atienda su solicitud. Debe solicitar la audiencia estatal justa por escrito. Tiene un plazo de 30 días a partir de la fecha en que reciba la carta del Aviso de resolución de la apelación (o del Aviso de resolución de la apelación acelerada) para solicitar una audiencia estatal justa.

Para solicitar una audiencia estatal justa por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección:
BCBSAZ Health Choice
Attention: Member Appeals
410 N. 44th St., Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Después de solicitar una audiencia estatal justa, recibirá un Aviso de audiencia. Este aviso le explicará la ley, regla o política que se aplicará en la audiencia, así como también le indicará la hora y el lugar en que tendrá lugar la audiencia.

Recibirá información acerca del proceso de la audiencia. En la audiencia, tendrá derecho a hablar en su nombre.

Puede permitir por escrito que un abogado, familiar, amigo u otra persona lo representen en la audiencia.

Antes y durante la audiencia, usted y la persona que lo ayude podrán ver la documentación que se usará.

Puede presentarse acompañado de alguien que conozca su caso. También puede traer información sobre su caso a la audiencia.

QUÉ ESPERAR DE LA AUDIENCIA ESTATAL JUSTA

Un juez de derecho administrativo presidirá la audiencia estatal justa. El juez escuchará todo lo que se diga en la audiencia. Además, leerá todos los documentos.

Después de la audiencia, el juez enviará una recomendación de decisión al AHCCCS. El AHCCCS leerá la decisión recomendada, y la aceptará, cambiará o rechazará. El AHCCCS le enviará una carta informándole la decisión, la cual se denomina “Decisión del director”.

Esta carta le informará si perdió o ganó la audiencia. Además, le indicará el motivo de la decisión del AHCCCS y si usted tiene más derechos de apelación.

El AHCCCS enviará la carta de Decisión del director cerca de 90 días después de su audiencia estatal justa. En el caso de las apelaciones rápidas, recibirá la Decisión del director tres días hábiles después de que el AHCCCS reciba toda la información de BCBSAZ Health Choice.

Si pierde la audiencia estatal justa, la Decisión del director también le informará si tiene que pagar la atención recibida durante el proceso de dicha audiencia.

RECEPCIÓN DE BENEFICIOS CONTINUOS

Puede continuar recibiendo atención médica durante los procesos de apelación y audiencia estatal justa si se aplica **todo** lo siguiente:

- BCBSAZ Health Choice detiene o limita la atención ya aprobada.
- Su médico indicó la atención.
- El período de tiempo desde que aprobamos su atención no se ha cumplido.
- Usted solicita seguir obteniendo atención.
- Nos envía su apelación antes de que detengamos o limitemos el tratamiento o dentro de los diez días a partir de la fecha del Aviso de determinación de beneficios adversa, lo que suceda último.

Continuará recibiendo la atención **hasta** que pase lo siguiente:

- Pida que se detenga la apelación o la audiencia.
- No solicite atención continuada o una audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha en que le enviamos el Aviso de resolución de la apelación.
- Pierda la audiencia estatal justa.
- El período de tiempo para el cual aprobamos su atención ya haya terminado.

Nota: Tendrá que pagar por toda la atención que reciba si pierde la apelación o la audiencia estatal justa.

Derechos de los miembros

Como miembro de BCBSAZ Health Choice, usted tiene derecho a:

- Elegir un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) y otros proveedores de la lista de la red de BCBSAZ Health Choice. Esto también incluye el derecho a rechazar la atención de los proveedores.
- Usted tiene libertad para elegir entre los proveedores dentro de la red de BCBSAZ Health Choice.
- Presentar quejas sobre BCBSAZ Health Choice. Esta queja o apelación puede ser presentada ante BCBSAZ Health Choice o AHCCCS. No se le pueden negar los servicios si presenta una queja.
- Solicitar información sobre la estructura y la operación de BCBSAZ Health Choice o sus subcontratistas.
- Solicitar información sobre si BCBSAZ Health Choice tiene o no planes de acción para proveedores (PIP, por sus siglas en inglés) que afecten el uso de los servicios de remisión, el derecho a conocer los tipos de acuerdos de compensación que usa BCBSAZ Health Choice, el derecho a saber si se requiere un seguro de exceso de pérdidas y el derecho a obtener un resumen de los resultados de la encuesta de miembros, de acuerdo con la regulación de los PIP.
- Ser tratado de manera justa cuando reciba atención médica. Esto significa que usted tiene igual acceso a todos los servicios de BCBSAZ Health Choice. BCBSAZ Health Choice no discrimina a ningún miembro por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, estado de salud conductual (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética ni capacidad de pago.
- Todos los miembros tienen también derecho a ejercer sus derechos y que el ejercicio de los mismos no afecte negativamente la prestación de sus servicios [sección 438.100(c) del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés)].
- Obtener una segunda opinión de un profesional de la atención médica calificado dentro de la red o coordinar una segunda opinión fuera de la red, solo si no hubiese cobertura adecuada dentro de la red, sin costo.
- Recibir y analizar información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, independientemente de su costo o de la cobertura de beneficios; presentadas de acuerdo con su afección y de manera que pueda comprenderlas.
- Crear un plan que les informe a los proveedores de atención médica qué tipo de tratamiento desea o no desea recibir si se enfermara gravemente como para tomar sus propias decisiones de atención médica. A esto se le denomina “directivas anticipadas”. Podemos brindarle información para ayudarle a elaborar sus propias directivas anticipadas.

- Tiene derecho a obtener otro tipo de información, por ejemplo:
 - Cómo obtener servicios fuera de los horarios de atención y de emergencia.
 - Opciones de tratamiento disponibles (incluso la opción de no recibir tratamiento).
 - Autorización previa, remisiones o cualquier procedimiento especial necesario para recibir servicios médicos.
 - Cómo obtener servicios de salud mental y para el abuso de sustancias.
 - Cómo obtener servicios fuera del área de servicio de BCBSAZ Health Choice.
 - Cómo recibir servicios cubiertos que no se ofrecen o no están disponibles a través del plan de salud.
- El derecho a recibir servicios de planificación familiar por parte de un proveedor registrado apropiado.
- Una descripción de cómo la organización evalúa el uso apropiado de los nuevos desarrollos en tecnología médica y las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes para su inclusión como beneficio cubierto. Los dispositivos y procedimientos médicos nuevos son evaluados por el equipo de administración médica de BCBSAZ Health Choice para:
 - Mantenerse al día con los cambios continuos en la tecnología médica.
 - Garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura, eficaz y basada en la evidencia.
 - Revisar la información de los organismos reguladores gubernamentales apropiados, como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés).
 - Obtener información de especialistas y profesionales con conocimientos únicos sobre la tecnología específica revisada.
 - Mantener el cumplimiento de todos los organismos reguladores federales y estatales y agencias de acreditación aplicables a los planes de BCBSAZ Health Choice.
- Información sobre quejas, apelaciones y solicitudes de audiencias.
- Revisar sus historias clínicas en cualquier momento. Tiene derecho a solicitar una copia de estas por lo menos una vez por año. Esto es sin costo para usted.
 - Tiene derecho a recibir una respuesta por escrito de BCBSAZ Health Choice dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud.
 - En el caso de una denegación, tiene derecho a recibir información sobre por qué se rechazó su solicitud.
 - Tiene derecho a solicitar que se revise una denegación de acuerdo con la parte 164 del título 45 del CFR.
 - Tiene derecho a cambiar o corregir sus historias clínicas.
- Solicitar restricciones.
- Comunicaciones privadas.
- Detalle de divulgaciones.
- Recibir una copia física del Aviso de prácticas de privacidad. Consulte la sección “Su

privacidad” de este manual para obtener más información.

- Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- Solicitar información sobre BCBSAZ Health Choice, como por ejemplo:
 - Sus servicios
 - Sus profesionales médicos y proveedores
 - El Programa de Incentivos para Proveedores del plan: esto significa que usted puede hacer preguntas sobre las formas en que el plan de salud les paga a nuestros proveedores. Los proveedores u otros profesionales de la atención médica no son recompensados económicamente por negar la atención o limitar los servicios.
 - Su programa de mejora de la calidad, incluidos los resultados de las encuestas de los miembros del plan de salud.
- Obtener servicios de atención médica de acuerdo con el acceso a la atención y los estándares de calidad.
- Asegurarse de que BCBSAZ Health Choice Arizona no tomará represalias en su contra si elige hacer uso de cualquiera de sus derechos.
- No estar sometido a ninguna forma de control o aislamiento utilizada como medio de fuerza, autoridad, conveniencia o represalia. No se lo puede retener contra su voluntad. No se le puede obligar a hacer algo que no desee hacer. Esto también significa que tiene derecho a no sufrir ninguna forma de restricción o reclusión usada como medio de coerción, medida disciplinaria, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el beneficiario y la información del plan.
- Tener privacidad y que se le trate con respeto y dignidad.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.
- Tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye estar de acuerdo con el tratamiento. También puede incluir el derecho a rechazar el tratamiento.
- Que se le proporcionen servicios y materiales de una manera que le ayuden a comprender. Esto puede incluir ayuda con:
 - **Necesidades lingüísticas:** esto incluye tener materiales traducidos a su propio idioma. Podemos ayudarle a encontrar proveedores que hablen su idioma. Si su proveedor no habla su idioma, coordinará la presencia de un intérprete en sus consultas médicas. Esto se proporciona sin costo alguno para usted. Hable con su proveedor sobre los servicios lingüísticos.
 - **Necesidades visuales:** esto puede incluir materiales grabados, como en un CD, o materiales en braille. También puede solicitar materiales impresos en letra grande. Esto se proporciona sin costo alguno para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.
 - **Necesidades de audición:** si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar a los Servicios de Retransmisión de Arizona al 711. La retransmisión telefónica, o

TTY/TDD, es un servicio público gratuito. Esto es sin costo para usted. También podemos conseguirle un intérprete de lenguaje de señas para sus citas médicas. Esto se proporciona sin costo alguno para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

- Utilice cualquier hospital u otro tipo de centro para la atención de emergencia.

SU PRIVACIDAD

La privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Queremos conservar la privacidad y la confidencialidad de sus registros.

Por ejemplo, verificamos todas las llamadas entrantes. Nuestro personal del Departamento de Servicios para Miembros hablará sobre su atención únicamente con usted o la persona que usted autorice. Una persona autorizada es alguien con quien usted nos indica que podemos hablar, como un familiar o un amigo cercano, un tutor legal o un representante legal para asuntos médicos.

Ayúdenos a saber con quién podemos conversar acerca de la atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para comunicar esta información sobre un familiar o amigo. O bien, envíenos copias de cualquier orden judicial u otro documento legal que indique quién es la persona autorizada. Actualizaremos nuestros registros para incluir a las personas que usted indique. Puede obtener más información sobre cómo obtener los documentos que indiquen quiénes pueden actuar en su nombre. Revise la sección “Instrucciones anticipadas” en la página 34.

Además, BCBSAZ Health Choice implementa políticas para proteger su privacidad. Una de estas políticas es nuestro Aviso de prácticas de privacidad (Aviso). Este Aviso explica cómo manipulamos y protegemos su información médica. Asimismo, explica sus derechos con respecto a su información médica. Puede ver el Aviso en nuestro sitio web o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para decirnos si desea una copia impresa. Le enviaremos una sin costo alguno para usted.

¿Es privada mi información de salud conductual?

Existen leyes sobre quién puede ver su información de salud conductual, con o sin su permiso. El tratamiento de abuso de sustancias y la información sobre enfermedades contagiosas (por ejemplo, sobre VIH/sida) no se pueden compartir con otras personas sin su permiso por escrito.

Para ayudar a organizar y pagar por su atención, hay momentos en que se comparte su información sin obtener primero su permiso por escrito. Esto puede incluir el intercambio de información con las siguientes entidades y personas:

- Proveedores y otros organismos que prestan servicios sociales, de salud o de bienestar.
- Su proveedor de atención médica primaria.
- Ciertas agencias estatales y escuelas, en conformidad con la ley, que están involucradas en su cuidado y tratamiento, según sea necesario.
- Miembros del equipo clínico* involucrados en su atención.

En otras ocasiones, puede ser útil compartir su información de salud conductual con otras agencias estatales, como las escuelas. Es posible que necesitemos obtener su permiso por escrito antes de que se comparta su información.

* Los equipos clínicos incluyen tanto los equipos para el niño y la familia y los equipos de recuperación para el adulto.

CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES

BCBSAZ Health Choice cumple con todas las leyes federales y estatales, incluido lo siguiente:

- El título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 según su implementación a través de los reglamentos en la sección 80 del título 45 del CFR.
- La Ley de Discriminación por Edad de 1975 según su implementación a través de los reglamentos de la sección 91 del título 45 del CFR.
- La Ley de Rehabilitación de 1973.
- El título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (con respecto a los programas y actividades educativas), los títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, y la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente.

FRAUDE, DESPERDICIO Y ABUSO (FWA)

BCBSAZ Health Choice se compromete a detectar, informar y prevenir casos de fraude y abuso.

El **fraude** se define en la ley federal (sección 455.2 del título 42 del CFR) como un “engaño o tergiversación intencional realizada por una persona que tiene conocimiento de que esto podría provocar algún beneficio no autorizado para sí misma u otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude bajo la ley federal o estatal correspondiente”.

Un ejemplo de **fraude cometido por un proveedor** es un cuando un médico factura servicios que usted no recibió o no necesita. Un ejemplo de **fraude cometido por un miembro** implica compartir, vender o dar una tarjeta de identificación del AHCCCS a otra persona.

El **desperdicio** no está definido en la ley federal, pero de acuerdo con la carta de la Asociación Nacional de Directores de Medicaid a los CMS, con fecha de marzo de 2012, el concepto operativo de desperdicio es “la utilización excesiva o inapropiada de servicios y el uso indebido de recursos, aunque normalmente no es un acto delictivo o intencional”.

El **abuso** se define en la ley federal (sección 455.2 del título 42 del CFR) como “aquellas prácticas del proveedor que son incoherentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas válidas, y que tienen como consecuencia un costo innecesario para el programa de Medicaid o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen las normas profesionales reconocidas para la atención médica. También incluye las prácticas del beneficiario que resulten en un costo innecesario para el programa de Medicaid”.

El abuso incluye cualquier práctica que no siga las leyes o normas, incluido el pago de artículos o servicios cuando no existe el derecho legal a dicho pago y la persona no ha falsificado de manera consciente o intencional los hechos para recibir el pago. El abuso incluye cualquier práctica que no siga las leyes o normas. También puede significar abuso físico, mental, sexual o negligencia de un miembro.

Si comete fraude, desperdicio o abuso (FWA), será pasible de penalizaciones de acuerdo con la ley.

- Si sospecha de fraude, desperdicio o abuso (FWA) por parte de un proveedor, un miembro u otra persona, infórmenoslo. Para notificar una sospecha de FWA, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite hablar con un miembro del Departamento de Cumplimiento Normativo, como la directora de Cumplimiento Corporativo de BCBSAZ Health Choice (Nicole Larson).
- Informe las sospechas de FWA completando un formulario en línea en <https://www.azahcccs.gov/Fraud/ReportFraud/onlineform.aspx>.

- Informe las sospechas de FWA enviando un correo electrónico a AHCCCSFraud@azahcccs.gov.
- Llame a una o más de las siguientes líneas directas:
 - 602-417-4045 (sospechas de fraude cometido por un proveedor en el condado de Maricopa); y 1-888-ITS-NOT-OK u 888-487-6686 (si llama de fuera del condado de Maricopa).
 - 602-417-4193 (sospechas de fraude cometido por un miembro del AHCCCS si llama del condado de Maricopa); y 1-888-ITS-NOT-OK u 888-487-6686 (si llama de fuera del condado de Maricopa).

Usted no perderá beneficios médicos por reportar un caso de FWA. Mantendremos la privacidad de su denuncia en la medida en que lo permita la ley.

RECURSOS

Use esta sección para obtener información sobre recursos para dejar de fumar, programas y recursos comunitarios, acceso a servicios sin costo o de bajo costo, y recursos de defensoría.

¿QUIERE DEJAR DE FUMAR O DE CONSUMIR PRODUCTOS DE TABACO?

Si fuma o consume tabaco, una de las mejores maneras de estar saludable es abandonar este hábito. El consumo de tabaco lo pone en mayor riesgo de sufrir cáncer, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares e incluso problemas sexuales. Los riesgos son aún mayores si tiene diabetes o sobrepeso, u otros problemas médicos.

Una embarazada que fuma también pone en riesgo la salud de su bebé nonato. Los estudios muestran que los medicamentos, los productos que ayudan a dejar de fumar, la orientación, el apoyo y el cambio de hábitos pueden ayudarlo a abandonar este hábito.

Dé el primer paso:

- Decida dejar de fumar y ponga una fecha límite.
- Obtenga el apoyo de su familia y de sus amigos.
- Deje de fumar junto con un amigo o compañero.
- Obtenga ayuda médica.
- Llame a Health Choice Arizona y a la Línea de ayuda telefónica para fumadores de Arizona (ASHLine) al 800-556-6222, o visite el sitio web www.ashline.org.
- La Línea de ayuda ASHLine le puede dar muestras gratis de productos para dejar de fumar. También puede proporcionarle orientación y apoyo para ayudarlo a abandonar el hábito.

Además de la Línea de ayuda ASHLine, hay otros recursos disponibles para usted. Para obtener más información sobre cómo dejar de fumar, visite el sitio web de Tobacco Free Arizona: www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php.

Tobacco Free Arizona es un programa que ayuda a los habitantes de Arizona a conocer los riesgos del uso del tabaco y recursos para dejar el hábito.

Los servicios para dejar de fumar, incluidos los medicamentos como gomas de mascar, parches y caramelos de nicotina, están disponibles sin costo para ayudarlo a dejar el tabaco. Llámenos para hablar con un administrador de atención para que lo ayude a dejar de fumar.

PROGRAMAS COMUNITARIOS

Programa Head Start

Head Start es un programa preescolar para niños, que puede ayudarlo a preparar a su hijo para el jardín de infantes.

Los niños de 3 a 5 años son elegibles para los servicios de Head Start. Las embarazadas y los niños desde el nacimiento hasta los 3 años son elegibles para los servicios de Early Head Start. Estos programas proporcionan lo siguiente:

- Educación para la primera infancia.
- Comidas y refrigerios nutritivos.
- Servicio social para las familias.
- Ayuda para niños con necesidades especiales.

Para obtener más información acerca de Head Start, visite el sitio web de Head Start: AZHeadStart.org.

Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP)

Este programa proporciona apoyo y servicios para las familias de los niños recién nacidos hasta los 3 años de edad, con discapacidades o retrasos del desarrollo. El objetivo del programa es brindar apoyo para el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje de estos niños.

Hable con el médico de su hijo si tiene inquietudes con respecto al modo en que su hijo juega, aprende, se comunica, se mueve, ve o escucha.

El Programa de Intervención Temprana de Arizona hará lo siguiente:

- Escuchará las inquietudes, esperanzas, prioridades y preguntas de su familia.
- Responderá sus preguntas y le dará más información sobre la intervención temprana.
- Lo asistirá para descubrir el modo en que su hijo aprende, se comunica, se mueve y juega de mejor manera.
- Proporcionará información y apoyo para satisfacer las necesidades únicas de su familia.
- Identificará recursos en su comunidad que coincidan con sus prioridades e inquietudes.

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

El WIC es un programa de nutrición que ayuda a su familia a aprender a comer bien y a mantenerse saludable. Está destinado a mujeres embarazadas o que amamantan, mujeres que han tenido hijos recientemente, y bebés y niños de hasta 5 años de edad. Además, el WIC puede ayudarlos a que usted y su hijo reciban una alimentación saludable. Para obtener más información, llame al 800-252-5942. El WIC puede ayudarlo a encontrar un consultorio cerca de usted. También puede consultar el sitio web del WIC: www.azwic.gov.

Area Agency on Aging

Area Agency on Aging es un recurso para adultos mayores de 60 años; adultos mayores de 18 años con VIH/sida, discapacidades y necesidades de atención médica a largo plazo; y cuidadores familiares. Ofrecen diversos programas y servicios para mejorar la calidad de vida. Para obtener más información, visite www.aaaphx.org.

AZLinks.gov

AZLinks.gov es un recurso en línea que ofrece ayuda e información sobre el envejecimiento y la discapacidad. Puede usar esta herramienta para buscar grupos de apoyo, servicios de alimentos, servicios de recreación y mucho más.

RECURSOS COMUNITARIOS

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Servicios de Protección para Adultos de Arizona (Línea directa para casos de abuso de adultos)	1-877-SOS-ADULT (1-877-767-2385)	https://des.az.gov/services/basic-needs/adult-protective-services
Asociación de Alzheimer	LÍNEA DE AYUDA DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA (800) 272-3900	alz.org
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP)	Oficina central 602-532-9960 Línea de remisión central 888-592-0140 (número gratuito)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant
Arizona 2-1-1 (servicios de información comunitaria y remisión)	2-1-1 o 877-211-8661 (número gratuito)	211arizona.org
AZLinks.gov	N/A	azlinks.gov
AZ Job Connection	602-542-2460	azjobconnection.gov
Head Start en Arizona	602-338-0449	azheadstart.org
Coalición para la Prevención del Suicidio de Arizona	602-248-8337 (Nikki Kontz, presidenta de la Junta Directiva)	azspc.org

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Oficina de Salud de la Mujer y el Niño del Departamento de Servicios de Salud de Arizona	602-542-1025	https://www.azdhs.gov/prevention/womens-childrens-health/index.php
Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS)	602-542-1025	azdhs.gov
Línea para dejar de fumar ASHLine	800-556-6222 (número gratuito)	www.ashline.org/about-ASHLine
Departamento de Seguridad Económica de AZ	602-542-4791	des.az.gov
AZ@WORK	N/A	arizonaatwork.com/
The Arizona Partnership for Immunization (TAPI)	602-288-7568	whyimmunize.org
Coalición de Arizona para Terminar con la Violencia Sexual y Doméstica	1-800-782-6400 TTD/TTY: 602-279-7270	acesdv.org
Certificados de nacimiento y de defunción	602-364-1300 888-816-5907 (número gratuito)	www.azdhs.gov/vital-records/
Línea de ayuda para niños desde el nacimiento hasta los cinco años	877-705-KIDS (5437)	https://www.swhd.org/programs/health-and-development/birth-to-five-helpline/
Línea directa de lactancia materna	Línea directa disponible las 24 horas: 1-800-833-4642	https://www.azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/index.php#24-hr-bf-hotline
División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)	844-770-9500 (número gratuito)	https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-disabilities
Disability Benefits 101 (DB101)	1-866-304-WORK (9675)	az.db101.org
Dump the Drugs	Información pública y general: (602) 542-1025	https://azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/
KidsCare: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) de Arizona	Condado de Maricopa: 602-417-5437 En todo el estado: 855-432-7587 (número gratuito)	https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/Categories/KidsCare.html

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Health-e-Arizona Plus	855-432-7587 (número gratuito)	www.healtharizonaplus.gov
Medicaid: AHCCCS	Condado de Maricopa: 602-417-4000 En todo el estado (número gratuito): 800-962-6690 TDD: 602-417-4191	www.azahcccs.gov
Mentally Ill Kids in Distress (MIKID)	N/A	mikirid.org
Línea nacional para la prevención del suicidio	988	www.suicidepreventionlifeline.org
Línea de ayuda y remisiones por consumo de opioides (OAR)	1-888-688-4222	www.azdhs.gov/oarline
Postpartum Support International	Línea de ayuda: 1-800-944-4773	www.postpartum.net
Power Me A2Z (programa de vitaminas gratuitas para mujeres a través del ADHS)	N/A	www.powermea2z.org
Centro de información sobre drogas y sustancias tóxicas	800-222-1222 (número gratuito)	www.azpoison.com
Prevent Child Abuse Arizona	928-445-5038 o 602-255-5540	www.pcaaz.org
Raising Special Kids	800-237-3007	www.raisingpecialkids.org
Strong Families (sitio web de Arizona para programas de visitas a hogares)	N/A	www.strongfamiliesaz.com
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	855-777-8590 (número gratuito)	https://des.az.gov/services/basic-needs/food/nutrition-assistance-formerly-food-stamp-program
Línea de ayuda para adolescentes Teen Lifeline	602-248-8336 (TEEN) o 800-248-8336 (TEEN)	www.teenlifeline.org

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Beneficios del seguro de desempleo	Phoenix: 602-364-2722 Tucson: 520-791-2722 877-600-2722 (número gratuito) TDD/TTY: 711	https://des.az.gov/services/employment/unemployment-individual
WIC (Programa para Mujeres, Bebés y Niños)	1-800-252-5942	www.azdhs.gov/azwic/

ACCESO A SERVICIOS SIN COSTO O DE BAJO COSTO

Si un miembro pierde la elegibilidad para formar parte del AHCCCS, puede ser elegible para recibir servicios de atención primaria sin costo o de bajo costo por parte de proveedores identificados en el sitio web de la Oficina de Desarrollo de Sistemas de Salud (HSD), disponible en <https://www.azdhs.gov/prevention/health-systems-development/index.php>.

La HSD financia diversos programas y servicios que tienen el fin de mejorar el acceso a una atención médica primaria de alta calidad para aquellas personas sin seguro y otras poblaciones vulnerables. También puede llamar a la HSD al 602-542-1219 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días festivos.

RECURSOS DE DEFENSORÍA

Hay muchos grupos que pueden brindarle apoyo o defenderlo. A continuación, se presenta una lista de agencias con las que puede comunicarse para recibir más apoyo:

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
División de Servicios para Ancianos y Adultos (servicios para adultos mayores y discapacitados)	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services
División de Servicios para Ancianos y Adultos (cuidados a largo plazo)	602-542-6454	https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Area Agency on Aging	Línea de ayuda para adultos mayores, disponible las 24 horas: 602-264-help (4357) 888-783-7500 (número gratuito)	aaaphx.org
Ability360	602-256-2245 800-280-2245 (número gratuito)	ability360.org
Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI) en Arizona	480-994-4407	namiarizona.org
Coalición de Arizona para Terminar con la Violencia Sexual y Doméstica	602-279-2900 800-782-6400 (número gratuito)	acesdv.org

AYUDA LEGAL

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Centro de Arizona para el Cumplimiento de la Ley de Discapacidad	602-274-6287 800-927-2260 (número gratuito)	azdisabilitylaw.org
División de Servicios para Ancianos y Adultos (servicios para adultos mayores y discapacitados)	602-542-4446	https://des.az.gov/services/older-adults/home-community-based-services
Community Legal Services, Inc.	1-800-852-9075	clsaz.org

GLOSARIO

TERMINOLOGÍA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN ADMINISTRADA

Afección médica de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o afección (incluido dolor intenso) a causa de la cual se podría esperar razonablemente que, si no se presta atención médica de inmediato, suceda lo siguiente:

- La salud de la persona se ponga en riesgo.
- La salud del bebé de una embarazada se ponga en riesgo.
- Se produzcan graves daños a las funciones corporales.
- Se produzcan graves daños a cualquier órgano o parte del cuerpo.

Apelación: solicitud para que se revise una decisión que niega o limita un servicio.

Atención ambulatoria en el hospital: cuidados en un hospital que habitualmente no requieren una estadía por la noche.

Atención de enfermería especializada: servicios especializados que prestan enfermeros o terapeutas con licencia en su hogar o en un hogar para ancianos y convalecientes.

Atención en la sala de urgencias: cuidados que se reciben en una sala de emergencias.

Atención médica de urgencia: cuidados para una enfermedad, lesión o afección que sea de la gravedad suficiente para necesitar atención inmediata, pero que no sea lo suficientemente grave como para necesitar cuidados en una sala de emergencias.

Autorización previa: aprobación de un plan de salud que podría requerirse antes de que reciba un servicio. Esta no es una promesa de que el plan de salud cubrirá el costo del servicio.

Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos recetados y medicamentos pagados por su plan de salud.

Copago: dinero que se le pide a un miembro que pague por un servicio de salud cubierto, en el momento en que se presta el servicio.

Equipo médico duradero: equipos y suministros indicados por un proveedor de atención médica por un motivo médico, que se utilizarán repetidamente.

Especialista: médico que se dedica a un área específica de la medicina o se concentra en un grupo de pacientes.

Hospitalización: admisión o estadía en un hospital.

Medicamento necesario: servicio brindado por un médico o profesional de la salud con licencia que ayuda a tratar un problema de salud, detiene una enfermedad o una discapacidad, o prolonga la vida.

Medicamentos recetados: medicamentos indicados por un profesional de atención médica y entregados por un farmacéutico.

Médico de atención primaria: médico responsable de asistir y controlar la salud de un miembro.

Plan de servicio: descripción por escrito de los servicios de salud cubiertos, y otros apoyos que pueden incluir lo siguiente:

- Objetivos individuales.
- Servicios de apoyo familiar.
- Coordinación de la atención.
- Planes para ayudar a un miembro a mejorar su calidad de vida.

Plan: consulte PLAN DE SERVICIO.

Preautorización: consulte AUTORIZACIÓN PREVIA.

Prima: cantidad mensual que paga un miembro por el seguro médico. Un miembro puede tener otros costos por la atención, como el deducible, los copagos y el coseguro.

Proveedor de atención primaria (PCP): profesional responsable de administrar la atención médica de un miembro, quien puede ser alguno de los siguientes:

- Un profesional con licencia, como un médico alópata u osteópata.
- Un profesional definido como asistente médico con licencia.
- Un profesional en enfermería certificado.

Proveedor no participante/fuera de la red: proveedor de atención médica que tiene un contrato de proveedor con el AHCCCS, pero no tiene un contrato con su plan de salud. Usted puede ser responsable del costo de la atención que reciba por parte de proveedores fuera de la red.

Proveedor participante/de la red: proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de salud.

Proveedor: persona o grupo que posea un contrato con el AHCCCS para prestar servicios a miembros del AHCCCS.

Queja formal: reclamo que el miembro comunica a su plan de salud. No incluye un reclamo por la decisión de un plan de salud de negar o limitar una solicitud de servicios.

Red: médicos, proveedores de atención médica, abastecedores y hospitales que tienen contrato con un plan de salud para brindar cuidados a los miembros.

Seguro médico: cobertura de los costos de los servicios de atención médica.

Servicios de atención médica a domicilio: servicios de enfermería, auxiliar domiciliario y terapia; y suministros médicos, equipos y dispositivos que recibe un miembro en su hogar conforme a las indicaciones de un médico.

Servicios de cuidados paliativos: servicios que brindan comodidad y apoyo a un miembro a quien un proveedor considere que está en las últimas etapas de su vida (seis meses o menos).

Servicios de emergencia: servicios para tratar una afección de emergencia.

Servicios de médicos: servicios de atención médica prestados por un médico con licencia.

Servicios excluidos: servicios que no cubre el AHCCCS, como los siguientes:

- Servicios que superen un límite.
- Servicios experimentales.
- Servicios que no están médicamente indicados.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios que ayudan a una persona a mantener o aprender habilidades para desempeñarse en la vida diaria.

Servicios y dispositivos de rehabilitación/rehabilitación: servicios que ayudan a una persona a restaurar y mantener las habilidades para desempeñarse en la vida diaria que perdió o sufrieron un deterioro.

Transporte médico de emergencia/servicios de ambulancia de emergencia: transporte en una ambulancia para una afección de emergencia.

DEFINICIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE MATERNIDAD

Para obtener más definiciones, visite el sitio web del AHCCCS en azahcccs.gov.

Administrador de casos de obstetricia: enfermero o trabajador social que ayuda a las miembros embarazadas con sus necesidades de salud antes, durante y después del embarazo. Un administrador de casos de obstetricia también puede ayudar con las remisiones a organismos comunitarios, como WIC, organismos de atención de la salud conductual y “Healthy Families”.

Atención de maternidad: servicios que incluyen identificación del embarazo, atención prenatal, servicios de trabajo de parto/nacimiento y atención posparto.

Atención posparto: atención médica proporcionada por un período que comienza en el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en que termina el período de 60 días después del fin del embarazo.

Atención prenatal: provisión de servicios de salud durante el embarazo, que consta de tres componentes principales:

1. Evaluación de riesgos de manera inicial y continua.
2. Educación y promoción de la salud.
3. Monitoreo, intervención y seguimiento médicos.

Bebé de bajo peso al nacer: bebé que pesa 5 libras y 8 onzas o menos. Las mujeres que tienen antecedentes de bebés de bajo peso al nacer deben comunicarse con su médico obstetra en cuanto sepan que están embarazadas. La atención prenatal temprana es muy importante. La atención temprana puede reducir el riesgo de tener otro bebé de bajo peso.

Centros de maternidad independientes: centros obstétricos ambulatorios que están fuera del hospital, autorizados por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) y certificados por la Comisión para la Acreditación de Centros de Maternidad Independientes. Estos centros cuentan con un personal de enfermeros registrados y proveedores de atención de maternidad para asistir con los servicios de trabajo de parto y el nacimiento de bebés, y están equipados para controlar trabajos de parto y nacimientos de bajo riesgo y sin complicaciones. Estos centros deben estar afiliados con un hospital de cuidados agudos y cerca de uno para el control de las complicaciones en caso de que surjan.

Coordinación de la atención de maternidad: conjunto de actividades relacionadas con la atención de maternidad, lo que incluye la determinación de las necesidades médicas o sociales de la miembro a través de una evaluación de riesgos; el desarrollo de un plan de atención diseñado para responder a dichas necesidades; la coordinación de remisiones de la miembro a proveedores de servicios y recursos de la comunidad adecuados; el monitoreo de las remisiones para garantizar que se reciban los servicios; y la revisión del plan de atención, según corresponda.

Embarazo de alto riesgo: embarazo en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen, o se prevé que tengan, un riesgo mayor de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina a través del uso de las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).

Enfermera matrona certificada (CNM): enfermera que tiene capacitación especial y está certificada por el Colegio Estadounidense de Enfermeras Matronas (ACNM) según las pruebas específicas de certificación nacional y está autorizada a ejercer en Arizona por la Junta Estatal de Enfermería. Las CNM practican la administración independiente de la atención para mujeres embarazadas y recién nacidos. El nivel de atención prestada incluye atención preparto, durante el parto, posparto, ginecológica y al recién nacido. Esta atención se brinda dentro de un sistema

de atención médica que proporciona consultas médicas, administración de colaboración o remisiones.

Matrona autorizada: persona autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) para proporcionar atención de maternidad conforme al artículo 7 del capítulo 6 del título 36 de los A.R.S. y a la sección R9-16 del A.A.C. (este tipo de proveedor no incluye a enfermeras matronas certificadas autorizadas por la Junta Estatal de Enfermería como profesional de enfermería en obstetricia o asistentes médicos autorizados por la Junta Médica de Arizona).

Médico de medicina materno-fetal: médico que se especializa en tratar a embarazadas con enfermedades de alto riesgo durante su embarazo.

Obstetra: médico que presta atención a mujeres durante el embarazo y el parto, y después de que nace el bebé.

Orientación previa a la concepción: provisión de asistencia y orientación con el fin de identificar o reducir riesgos conductuales y sociales, a través de intervenciones preventivas y de control, en mujeres de edad reproductiva que son capaces de quedar embarazadas, independientemente de si están planificando concebir o no. Esta orientación se concentra en la detección y el control tempranos de factores de riesgo antes del embarazo e incluye esfuerzos para influir en las conductas que puedan afectar al feto antes de la concepción. El objetivo de la orientación de preconcepción es asegurar que una mujer esté sana antes del embarazo. La orientación previa a la concepción se considera incluida en la visita de atención preventiva para mujeres, y no incluye pruebas genéticas.

Posparto: período que comienza en el último día del embarazo y se extiende hasta el final del mes en que termina el período de 60 días después del fin del embarazo. Las mediciones de calidad utilizadas en la mejora de la calidad de la atención de maternidad pueden utilizar criterios diferentes para el período posparto.

Profesional de la salud: enfermeros profesionales certificados en obstetricia, asistentes médicos y otros miembros del personal de enfermería. Los asistentes médicos y profesionales de enfermería se definen en los capítulos 25 y 15, respectivamente, del título 32 de los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.).

Servicios perinatales: servicios médicos para el tratamiento y el control de pacientes de obstetricia y bebés recién nacidos.

Notice of Non-Discrimination

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health
Choice

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). BCBSAZ Health Choice does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

BCBSAZ Health Choice:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

BCBSAZ Health Choice
Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Phone: 1-800-322-8670, TTY: 711
8 a.m. to 5 p.m., Monday - Friday
Fax: 480-760-4739
Email: HCHComments@azblue.com

If you believe that BCBSAZ Health Choice has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

BCBSAZ Health Choice
Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Phone: 1-800-322-8670
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at
hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

Aviso de No Discriminación

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo



Health
Choice

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). BCBSAZ Health Choice no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

BCBSAZ Health Choice:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

BCBSAZ Health Choice

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-322-8670, TTY: 711

de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes

Fax: 480-760-4739

Correo electrónico: HCHComments@azblue.com

Si considera que BCBSAZ Health Choice no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

BCBSAZ Health Choice

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-322-8670

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Correo electrónico:

HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**.

BCBSAZ Health Choice es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Multi-language Interpreter Services



Health
Choice

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-322-8670**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-322-8670**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo: T'áa hait'éego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'nií nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídikid nee hólóqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áa jík'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohji' **1-800-322-8670** nihich'i' hodíilnih. T'áa háida Bilagáana Bizaad yee yátti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áa jík'eh bee níká'iilyeed dooleet.

Chinese Mandarin: 我们提供免费¹的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1-800-322-8670**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 **1-800-322-8670**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-322-8670**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-322-8670**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-322-8670** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-322-8670**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-322-8670** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Multi-language Interpreter Services



Health
Choice

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-322-8670**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية **1-800-322-8670** ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-322-8670** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-322-8670**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-322-8670**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-322-8670**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-322-8670**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-322-8670** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Member Services / Servicios Para Miembros:

410 N. 44th Street, Suite 900
Phoenix, Arizona 85008

Phone: **480-968-6866**

Toll-free: **1-800-322-8670, TTY/TDD: 711**

Monday - Friday, 8 a.m. - 5 p.m.

HealthChoiceAZ.com



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**