SISTEMA DE CUIDADO A LARGO PLAZO DE ARIZONA (ALTCS)

MANUAL PARA MIEMBROS 2008

Departamento de Seguridad Económica de Arizona

División de Incapacidades del Desarrollo

La información en éste documento está siendo continuamente actualizada.
Para la última revisión favor de visitar al Manual para miembros be ALTCS en la
Página electrónica de la División de Incapacidades del Desarrollo, **http://www.azdes.gov/ddd/**

PAD-465 (6-08)

SISTEMA DE CUIDADO A LARGO PLAZO DE ARIZONA (ALTCS) MANUAL PARA MIEMBROS

División de Incapacidades de Desarrollo

Estimado Miembro:

Bienvenido al Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS). Como miembro, usted califica para recibir servicios autorizados y costeados por el Titulo XIX (Medicaid) de la ley del Seguro Social.

Los servicios de ALTCS le serán proporcionados por medio del Departamento de Seguridad Económica, División de Incapacidades del Desarrollo (DES/DDD). Estamos dedicados a trabajar con usted y su familia para apoyar los servicios significativos seleccionados por usted que promueven la auto-suficiencia, la participación en la comunidad y el mantenimiento de salud.

Este manual explica cómo opera el sistema y cuáles servicios hay disponibles. Si tiene preguntas o necesita más información, por favor comuníquese con su coordinador de apoyo o su oficina DES/DDD local.

Atentamente,

Tracy L. Wareing
Director
Departamento de Seguridad Económica (DES)

Barbara Brent
Director Auxiliar (DES)
División de Incapacidades de Desarrollo (DDD)

SU COORDINADOR DE APOYO

Nombre _____

Número de Teléfono _____

Todos los solicitantes para servicios y/o participación del programa tienen el derecho de presentar una queja y de apelar de acuerdo a las reglas notificando a:

Arizona Department of Economic Security
Director's Office of Equal Opportunity
1717 W. Jefferson Street, Room 109
Phoenix, AZ 85007
Voice: 602-364-3976 or TTY/TDD Services 7-1-1

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; servicios de TTY/TDD: 7-1-1.

CONTENIDO

Información General 1
Derechos y Responsabilidades 2
Provisión de Servicios 4
Salud Mental 7
Cuidado Administrado 9
Servicios de Salud y Médicos 9
Servicios de Urgencia 13
Directivos Anticipados 14
Mediación 14
Agravios, Apelaciones y Solicitudes de Audiencia Administrativa 15
Siglas / Abreviaturas 18

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué es ALTCS?

ALTCS es el sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona que proporciona servicios de cuidado agudos y a largo plazo bajo reglamentos y con fondos federales.

El Programa Medicaid federal contrata con el Sistema de Contención de Costos Médicos de Arizona (AHCCCS) para ofrecer un sistema de cuidado administrado, del cual ALTCS forma parte. AHCCCS por su parte, contrata con el Departamento de Seguridad Económica, División de Incapacidades del Desarrollo (DES/DDD) para proporcional los servicios de ALTCS a las personas con incapacidades del desarrollo elegibles. En éste manual nos referimos a DES/DDD como la División.

¿Quién determina la elegibilidad para ALTCS?

ALTCS determina la elegibilidad a base de su situación económica y su condición médica funcional. AHCCCS revisa y determina la continuación de la elegibilidad.

¿Qué sucede luego de haberse determinado la elegibilidad para ALTCS?

AHCCCS le informa a la División de su elegibilidad. Después un coordinador de apoyo de la División se comunicará con usted, el miembro, o la persona responsable. Usted necesita inscribirse en un plan de salud disponible en su condado, y seleccionar un Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Favor de notar que si usted se muda después de haberse inscrito en un plan, es posible que tenga que cambiar de plan de salud o de médicos. El coordinador de apoyo le ayudará con esto. El coordinador de apoyo fijará una cita cara-a-cara con usted para contestar preguntas, ayudarle a comprender el sistema, explicarle sus derechos y a desarrollar su plan de servicios basándose en sus necesidades individuales.

¿Hay algún cargo por los servicios de ALTCS?

Los residentes de una institución u hogar para ancianos, pagarán parte de los gastos si tienen ingresos. AHCCCS utiliza sus propios criterios para determinar la porción de los costos por compartir. El Departamento de Seguridad Económica/ Oficina de Cuentas por Cobrar es responsable de colectar los costos por compartir. Usted recibirá un estado de cuenta mensual de la oficina de Cuentas por cobrar si hay costos por compartir.

Si tiene seguro privado o Medicare, se debe pagar primero estos beneficios de seguro antes de usar el dinero de ALTCS. ALTCS es el pagador en ultimo caso. Diga a su Coordinador de Apoyo sin falta si tenga otro seguro.

¿Y si me mudo fuera del estado/fuera del país?

Los servicios médicos y de largo plazo a través de ALTCS y la División se limitan a los residentes del Estado de Arizona. Comuníquese con su coordinador de apoyo si tiene planes de mudarse fuera del estado o el país. El o ella le ayudará a ubicar servicios y recursos en la región a la cuál usted se piensa mudar. No olvide que los requisitos de elegibilidad y los servicios cubiertos pueden variar de estado a estado.

¿Y si me mudo fuera del estado/fuera del país temporalmente?

Los servicios médicos están limitados a cuidado de urgencia únicamente cuando usted esta fuera del estado temporalmente (menos de 30 días). La cobertura de cuidado de salud no está accesible si usted está fuera del país. Por favor asegúrese de tener suficiente medicamento antes de salir fuera del estado/país. Podría ser conveniente que usted hablara al plan de Servicios de Salud para Miembros antes de su viaje para asegurarse que usted entiende el procedimiento en caso de que ocurra una urgencia.

¿Qué es el Programa Transicional de ALTCS?

Aunque usted teóricamente no califique para ALTCS, tal vez califique para servicios a través del programa de transición de ALTCS. AHCCCS también determina la elegibilidad para éste programa. Si usted es elegible para éste programa transicional de ALTCS, puede recibir los servicios listados en este manual; pero hay limitaciones en los servicios recibidos en entornos institucionales (es decir, hogares para ancianos, instituciones de cuidado intermediario para personas con Retraso Mental, etc.).

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿Cuáles son mis derechos?

Su coordinador de apoyo le dará una lista de sus derechos y se los explicará.

¿A qué servicios tengo derecho?

- Usted tiene derecho a privacidad incluyendo protección de cualquier información que lo identifique a usted como consumidor de servicios por medio de la División.
- Usted recibirá los servicios indicados en su Plan de Apoyo Individual (ISP). Esto servicios tienen que ser médicamente necesarios, económicos y basados en las necesidades actuales determinadas durante las evaluaciones.
- Usted tiene el derecho a participar en el desarrollo de su Plan de Apoyo Individual.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre proveedores que hablen idiomas que no sea el inglés.
- Usted puede recibir servicios de un intérprete si usted no habla inglés o tiene problemas de audición, para ayudarle a obtener los servicios que necesita.
- Usted tiene derecho de obtener materiales e información, incluyendo este manual para miembros en idiomas o formatos alternativos. Comuníquese con su coordinador de apoyo si necesita ayuda para encontrar un proveedor que llene sus necesidades culturales o de obtener materiales en otro idioma o formato.
- Usted puede recibir los servicios cubiertos sin importar su raza, etnicidad, origen nacional, religión, género, edad, incapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, o capacidad para pagar.

- Usted tiene derecho de estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión. No se pude usar restricción ni reclusión como metódo de coerción (tratar de forzar a usted a hacer algo). Tampoco, no se pude usarlo como metódo de disciplina conveniencia, represalias ni como es estipulado en otra regulación federal o estatal sobre el uso de restricciones y reclusión.
- Usted puede recibir servicios de calidad que conformen a sus creencias personales, su condición y antecedentes médicos, en un idioma que usted entienda.
- Usted tiene derecho en participar en las decisiones acerca de su cuidado, incluyendo el derecho de rehusar servicio o tratamiento.
- Usted tiene derecho de ser informado de los riesgos, beneficios y consecuencias del tratamiento o de no recibir el tratamiento. Usted y su representante/tutor tiene el derecho de participar en las decisiones relacionadas con el cuidado médico y opciones de tratamiento.
- Usted puede recibir información sobre las diversas opciones y alternativas de tratamiento disponibles, expresada de manera apropiada a su condición y su capacidad de comprensión.
- Usted tiene derecho a obtener una segunda opinión de un proveedor médico certificado dentro de la red contratada, o a obtener esa segunda opinión de alguien fuera de la red contratada, solo si no hay cobertura adecuada, sin costo alguno para usted.
- Usted tiene derecho a recibir todos los servicios críticos identificados en su Plan Individual de Apoyo para ayudarle a bañarse, vestirse, asistencia de higiene personal, comer, trasladarse a/o de su cama o silla de ruedas u otras actividades diarias similares. También tiene derecho a participar en el desarrollo de un plan alternativo para cualquier servicio crítico proporcionado en su hogar. Este plan alternativo incluirá los pasos y recursos disponibles a usted cuando circunstancias inesperadas sucedan. (por. ej. El proveedor de cuidado está enfermo(a) y no puede proporcionar los servicios según lo provisto). También puede llamar a su coordinador de apoyo para que le ayude a recibir estos servicios críticos.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

- Usted tiene que avisarle a su coordinador de apoyo si cambia su situación económica, y acerca de cualquier seguro médico que tenga usted.
- Usted es responsable de su tarjeta de identificación de AHCCCS. Asegúrese de presentar la tarjeta de seguro actual cuando reciba cualquier servicio de cuidado de salud. Cuando ya no sea válida, usted tiene la responsabilidad de destruirla. Cualquier uso indebido de la tarjeta, incluso prestarla, venderla o dejar que otra persona la utilice podría resultar la pérdida de su elegibilidad como miembro y/o en acción legal.

¿Quién tiene derecho a ver mis archivos?

Toda la información y todos los archivos son confidenciales. Sin embargo, todos los individuos que le proporcionan tratamiento pueden ver sus archivos cuando sea necesario. También se pueden mostrar a la persona que es responsable de usted o las personas a las que usted haya dado consentimiento por escrito. Usted puede revisar sus archivos cuando guste. Usted también tiene derecho de recibir una copia de sus archivos médicos sin costo alguno para usted.

Como requisito de HIPAA, el acceso a las notas de psico-terapia podrían ser negadas. La División recomienda que usted se comunique directamente con su psico-terapeuta directamente por estos archivos.

FRAUDE Y ABUSO

Sus beneficios de ALTCS son proporcionados a base de su situación de salud y financiera. Nadie más puede utilizar sus beneficios. No le preste su tarjeta de cuidado de salud a ninguna alguna. Si se la roban o se le pierde, infórmele inmediatamente a su coordinador de apoyo al número que aparece dentro de la cubierta de este manual.

Si nota usted que un proveedor le ha facturado por servicios que usted no ha recibido o sabe de alguien que recibe servicios de ALTCS sin ser elegible por los mismos, usted debe que informarle a su coordinador de apoyo.

Si usted comete fraude, puede perder sus beneficios y es posible que se tomen medidas legales en su contra.

PROVISION DE SERVICIOS

¿Qué hace un Coordinador de Apoyo?

Los coordinadores de apoyo evalúan y coordinan los servicios que usted necesita. Trabajan con usted para hacer los arreglos para la provisión de los servicios y le ayudan a identificar los recursos apropiados en la comunidad. También supervisan la manera en que son proporcionados sus servicios.

¿Puedo recibir cualquier servicio incluido en los servicios de Cuidado a Largo Plazo?

Los servicios tienen que ser médicamente apropiados, económicos y basados en las necesidades actuales de las evaluaciones. Usted tiene derecho a recibir cualquier servicio autorizado. Muchos de los servicios de Cuidado a Largo Plazo pueden ser proporcionados en su hogar.

¿Quién proporcionará estos servicios?

La División coordinará con un individuo o una agencia para proporcionar servicios. Usted puede seleccionar el proveedor, si los hay para escoger. Llame a su coordinador de apoyo si quiere una copia del directorio de proveedores en su área y una lista de proveedores quienes hablan otros idiomas además del inglés.

También puede obtener una lista de proveedores por medio de la página electrónica de la División **http://www.azdes.gov/ddd/**

Los servicios de salud mental se ofrecen a través de las Autoridades de Salud Mental Regionales (RBHAs). Su coordinador de apoyo puede informarle cuál agencia o agencias sirven en su área.

Cualquier terapeuta o proveedor puede proporcionar servicios de ALTCS?

No, todos los proveedores de servicios tienen que estar certificados por la Oficina de Licencias, Certificación y Regulación de DES y estar registrados con AHCCCS. Tienen que tener un contrato o un acuerdo como proveedor individual de la División. Un terapeuta tiene que mantener su licencia profesional apropiada y actualizada.

¿Cuáles servicios a Largo Plazo están cubiertos?

Usted y su coordinador de apoyo revisarán todas las evaluaciones actuales para determinar sus necesidades. Su Plan de Apoyo Individual (ISP) se desarrollará a base de esta revisión. Su coordinador de apoyo coordinará los servicios basándose en su ISP. El ISP es revisado regularmente y puede ser cambiado como sea necesario. Basándose en sus necesidades médicas y de acuerdo con los reglamentos de la División, usted podría ser autorizado a recibir uno o más de los siguientes servicios:

- Ayudante (Ayuda con el cuidado personal y tareas de la casa);
- Mejoramiento de la comunicación (aparatos para ayudar a comunicarse) (1);
- Salud Mental (cuidado para individuos con necesidades de salud mental);
- Tratamiento y entrenamiento diurno (entrenamiento, supervisión y actividades terapeutas para promover el desarrollo de las capacidades para la vida independiente, el cuidado propio, la comunicación y las relaciones sociales);
- Servicios de Extensión de Empleo (entrenamiento y apoyo continuo a individuos quienes trabajan);
- Capacitación (intervenciones tales como terapias de capacitación, destrezas del desarrollo especiales, intervención con la conducta y desarrollo motor sensorial diseñados para aumentar el funcionamiento);
- Ayudante de cuidado en el hogar (mantenimiento de salud, continuación de tratamiento o monitorización de una condición de salud y cuidado de apoyo con actividades de la vida diaria) (1) (2);

(1) Estos servicios requieren que a la compañia de su seguro le cobren primero si usted tiene seguro privada o Medicare. ALTCS es el último recurso al pagar.

(2) Estos servicios tienen que ser previamente autorizados por su Proveedor de Cuidado Primario (PCP).

- Enfermera(o) (Servicios de enfermería capacitados) (1) (2);
- Ama de casa (ayuda con la limpieza de la casa);
- Modificación al hogar (servicio que proporciona modificación física a la casa donde residen para permitir a los individuos funcionar con la mayor independencia posible y que tiene un propósito adaptable específico) (2);
- Hospicio (cuidado para individuos con enfermedades terminales) (1) (2);
- Transporte no urgente (tiene que ser médicamente necesario y de ida o vuelta de un servicio de ALTCS a otro);
- Respiro (cuidado y supervisión a corto plazo para que descanse el encargado principal. La División puede autorizar hasta 720 horas al año basado en sus necesidades evaluadas); y/o
- Coordinación de Apoyo (coordinación de servicios).

¿Qué opciones residenciales hay disponibles?

La División ofrece servicios en varios entornos residenciales de la comunidad. Los individuos tal vez puedan seleccionar entre algunas de estas oportunidades residenciales que operan con apoyos instituidos por sus comunidades. Estos servicios no son un derecho. Los servicios de ALTCS no incluyen cuarto y comida en estos lugares. Usted recibirá un cobro por cuarto y comida basado en la cantidad de su beneficio mensual (por ejemplo: SSI, Seguro Social, VA, u otros beneficios).

Las opciones incluyen:

Hogar de Desarrollo para Adultos: Un entorno residencial alternativo para individuos de 18 o mas años. Este entorno ofrece cuarto y comidas, supervisión y coordinación de Capacitación para un máximo de tres personas.

Hogar de Desarrollo Temporal para Niños: Un entorno residencial alternativo para niños menores de 18 años. Este entorno ofrece supervisión y coordinación de capacitación para un máximo de tres niños.

Hogar de Grupo: Un entorno residencial en la comunidad para un máximo de seis personas. Tiene licencia del Departamento de Servicios de Salud para ofrecer cuarto y comida, supervisión y capacitación. El Hogar de Grupo proporciona una atmósfera segura, hogareña y familiar que satisface las necesidades físicas y emocionales de individuos que físicamente o funcionalmente, no pueden vivir independientemente en la comunidad.

---

(1) Estos servicios requieren que a la compañia de su seguro le cobren primero si usted tiene seguro privada o Medicare. ALTCS es el último recurso al pagar.

(2) Estos servicios tienen que ser previamente autorizados por su Proveedor de Cuidado Primario (PCP).

Hogar para Ancianos: Un local de Medicare/Medicaid que proporciona cuarto, comida y servicios de cuidado a personas mayores que necesitan estos servicios de cuidado continuo, pero que no necesitan cuidado en el hospital o cuidado directo de un médico a diario.

Institución de Cuidado Intermediario para personas con Retraso Mental (ICR/MR): Un local que ofrece servicios de salud, capacitación y rehabilitación a individuos que requieren servicios continuos.

¿Cuáles servicios de Cuidado a Largo Plazo no están cubiertos?

Todos los servicios de cuidado a largo plazo tienen que estar autorizados antes de poder ser proporcionados. Cualquier servicio no autorizado no esta cubierto.

SALUD MENTAL

¿Cómo obtengo servicios de salud mental?

Usted los puede solicitar por su propia cuenta o pedirle ayuda a su coordinador de apoyo o a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). La autoridad para salud Mental Regional (RBHA) determinará cuales servicios de salud mental recibirá usted.

¿Cómo puedo comunicarme con la Autoridad para Salud Mental Regional (RBHA) que sirve al condado donde vivo?

Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental, llame a su RBHA local. Los nombres y teléfonos de las RBHAs regionales son:

Magellan (Condado Maricopa)

Información y Referidas ... **gratis 800-564-5465**

Línea de Crisis..... 602-222-9444 o **gratis 800-631-1314**

Community Partnerships of Southern Arizona (Condados de Cochise, Graham, Greenlee, Pima, y Santa Cruz)

Información y Referidas ... 520-318-6946 o **gratis 800-771-9889**

Línea de Crisis..... 520-622-6000 o **gratis 800-796-6762** (Co. Pima), **800-586-9161** (Condados Cochise, Graham, Greenlee, y Santa Cruz)

Northern Arizona Regional Behavioral Health Authority (Condados de Apache, Navajo, Coconino, Mohave e Yavapai)

Información y Referidas ... 928-774-7128 o **gratis 800-640-2123**

Línea de Crisis:..... gratis 877-756-4090

Cenpatico Behavioral Health of Arizona (Condados de Gila, La Paz, Pinal, e Yuma)

Información y Referidas ... 480-982-1317 o **gratis 866-495-6738**

Línea de Crisis..... **gratis 866-495-6735**

¿Y si fuera una urgencia?

Si usted se encuentra en una situación de crisis y piensa que podría hacerse daño a usted mismo o a otra persona, por favor hable al 911 o a la línea de crisis de su RBHA local, de la lista de teléfonos.

¿Cuáles servicios de salud mental están cubiertos?

Su coordinador de apoyo puede contestar sus preguntas y darle información acerca de los servicios de salud mental. Los siguientes servicios de salud mental están cubiertos:

- Manejo de la Conducta (ayuda personal con la salud mental, apoyo familiar, apoyo de compañeros
- Servicio de administración de casos de Salud Mental
- Servicios de Enfermería de Salud Mental
- Servicios de Salud Mental de cuidado terapéutico en casa (conocido antes como Cuidado Terapéutico Temporal)
- Servicios de Salud Mental en emergencias/crisis
- Transportación de emergencia y de no emergencia
- Evaluación y estudios
- Terapia y consejería de grupo
- Terapia y consejería individual
- Terapia y consejería familiar
- Hospitalización
- Instituciones psiquiátricas residenciales (centros de tratamiento residencial para tratamientos menos agudos
- Instituciones para enfermedades mentales (con limitaciones)
- Servicios de laboratorio y radiología para diagnosis y regulación de medicamentos psicotrópicos
- Tratamiento de Opioide Agonista
- Cuidado parcial (programa diurno supervisado, programa terapéutico diurno y programa médico diurno)
- Rehabilitación psicosocial (entrenamiento en destrezas de la vida diaria, promoción de la salud, preparación para el trabajo y apoyo en el trabajo)
- Medicamento psicotrópico
- Adaptación y monitorización de medicamentos psicotrópicos
- Cuidado de respiro (con limitaciones)
- Servicios rurales de transición contra la drogadicción
- Revisiones/exámenes

CUIDADO ADMINISTRADO

¿Qué es Cuidado Administrado?

El cuidado administrado es un sistema del cuidado de la salud. Una organización del cuidado administrado suele llamarse plan de salud. Los planes de salud contratan con un grupo de proveedores de servicios de salud tales como médicos, hospitales, clínicas, terapeutas, dentistas, farmacias y otros.

¿Hay algún plan de incentivos para los médicos?

La ley federal permite que los planes de salud proporcionen planes de incentivos a los médicos. Esto se refiere a "cualquier arreglo de compensación entre una organización del Cuidado Administrado (plan de salud) y un médico o un grupo de médicos que puede directa o indirectamente conducir la reducción o limitación de los servicios proporcionados a los beneficiarios de Medicare o Medicaid inscritos en la Organización de Cuidado Administrado".

Si usted desea saber cuáles planes de incentivos tiene su médico o cualquier término del contrato, usted puede solicitar esta información. Por ejemplo, usted puede solicitar:

- Que le informen si su plan de salud tiene planes de incentivos para médicos que afecten la utilización de los servicios recomendados.
- Que le informen el tipo de arreglos de compensación que utiliza el plan, por ejemplo: bonos, retención, etc.;
- Que le informen si el plan de incentivos para médicos ofrece seguro para limitar las pérdidas; y
- Un resumen de los resultados de cualquier encuesta a los miembros.

Para obtener la información detallada arriba, llame a su plan de salud al número indicado en su "Manual para Miembros del Plan de Salud".

No esta permitido hacer pagos específicos de tipo alguno directa-o indirectamente bajo el plan de incentivos a un médico o grupo de médicos como incentivo para reducir o limitar los servicios médicamente cubiertos y proporcionados a un miembro.

SERVICIOS DE SALUD Y MEDICOS

¿Cuáles son los servicios de salud y médicos?

Los servicios de salud y médicos se refieren a servicios de cuidado agudo que mantienen o devuelven la buena salud. Los servicios tienen que ser médicamente necesarios y económicos. Son proporcionados por medio de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Su PCP puede referirlo a un especialista si es necesario. Comuníquese con su coordinador de apoyo de la División si necesita ayuda para coordinar el cuidado y los servicios.

¿Qué es el Proveedor de Cuidado Primario?

Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es su médico del plan de salud. El PCP aprueba su cuidado médico, Lo recomienda a especialistas y ordena ciertos servicios tales como terapias, medicamentos, equipo médico durable, cuidado de enfermería en el hogar o un ayudante para el hogar.

¿Cómo obtengo un Proveedor de Cuidado Primario?

Su coordinador de apoyo se comunicará con usted cuando ya esté inscrito en ALTCS. Cuando seleccione un plan de salud, necesitará seleccionar un Proveedor de Cuidado Primario. Si usted no selecciona uno dentro de los 10 días del calendario, el plan de salud le asignará uno. Usted puede solicitar un cambio de PCP comunicándose con el representante de servicios para los miembros del plan de salud.

¿Cómo puedo ver a mi Proveedor de Cuidado Primario?

Llame a la oficina de su médico para hacer una cita. Consulte su "Manual para Miembros del Plan de Salud" o su "Manual de Costo por Servicio" para más información.

¿Cómo puedo hacer, cambiar y/o cancelar una cita con mi Proveedor de Cuidado Primario?

Llame a tiempo a la oficina de su PCP si no puede cumplir con su cita. Cuando sea posible, programe sus citas con su doctor en lugar de usar el cuarto de cuidado urgente.

Tengo que usar los servicios de mi Proveedor de Cuidado Primario?

Si, con la excepción de urgencias, servicios de salud mental, servicios dentales y de transportación. Si usted tiene menos de 21 años de edad, puede usar servicios dentales directamente de un dentista. Verifique con su plan de salud para cobertura y una lista de los dentistas disponibles. Si necesita transportación para una cita médica, consulte su "Manual para Miembros del Plan de Salud" o el "Manual de Costo por Servicio".

Usted puede obtener servicios de salud mental de la Autoridad para Salud Mental Regional (RBHA). Usted no necesita una referencia de Proveedor de Cuidado Primario para obtener servicios de salud mental. Sin embargo, su PCP tal vez le pueda ayudar si usted tiene depresión, ansiedad, o desorden de deficiencia de atención.

Además, si usted es hembra, no necesita una referencia de su Proveedor de Cuidado Primario para obtener servicios preventivas y rutinas de proveedores ginecológicos dentro de la red de su plan de salud.

¿Y si deseo ver un médico que no trabaja con mi plan de salud?

Usted puede seleccionar a su médico, pero si selecciona a uno que no trabaja con el plan de salud de ALTCS, Usted tendrá la responsabilidad de pagar los costos. Si

tiene seguro de salud privado, incluso Medicare, vea qué tipo de cobertura de los gastos médicos ofrece el plan.

¿Si califico, puedo utilizar a Medicare como mi seguro médico?

Si, Medicare es un seguro médico. Si usted tiene Medicare como su seguro médico, es posible que reciba servicios adicionales. Consulte su manual de "Medicare y Usted". Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir una copia. Asegúrese de que sus proveedores de servicios de salud y su coordinador de apoyo lo sepan.

Si usted es elegible para ALTCS y tiene Medicare, la mayoría de sus medicamentos serán cubiertos por medio de Medicare Advantage o por el Plan de Medicamentos de Medicare. Hay ciertos medicamentos que continuarán siendo cubiertos por su plan de salud de ALTCS o por medio de la Autoridad para Salud Mental Regional. Si tiene preguntas o necesita asistencia, comuníquese con su coordinador de apoyo.

¿Qué si recibo un cobro?

Comuníquese con la oficina del médico para asegurarse que tienen su tarjeta de seguro médica actual. Si continua recibiendo cobros, comuníquese con el plan de salud para Servicios de Miembros. Su coordinador de apoyo podría asistirlo también.

Y si soy elegible para los Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)?

Si es elegible, lo enviarán a estos servicios antes de que usted utilice los servicios proporcionados por la División o por su plan de salud.

¿Cuáles servicios de salud y médicos están cubiertos?

Los siguientes servicios médicos y de salud están cubiertos. Puede haber exclusiones o limitaciones de ciertos servicios dependiendo si usted es mayor de 21 años. Su "Manual de Plan de Salud de Servicios para Miembros" o su "Manual de Costos de Servicios para Miembros" le darán más información acerca de cada servicio.

- Cirugía ambulatoria
- Medicamentos contra hemofilia y servicios relacionados
- Audiología
- Salud mental
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis
- Evaluación, diagnóstico y tratamiento temprano (EPSDT)
- Identificación Temprana de Riesgo a la Salud, Evaluación, Escrutinio, Tratamiento y la Prevención Primario.

- Servicios de urgencia
- Planificación familiar
- Servicios de hospital
- Inmunizaciones (vacunas)
- Provisiones de Incontinencia (para individuos de 3-21 años de edad bajo ciertas circunstancias)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de maternidad
- Alimentos médicos
- Provisiones médicas, Equipo Médico Duradero (DME) aparatos ortopédicos y prostéticos
- Terminar un embarazo cuando sea necesario médicmente
- Nutrición
- Salud Bucal
- Servicios Médicos
- Podiatría
- Servicios de cuidado después de la estabilización
- Medicamentos recetados
- Pruebas y asesoramientos prenatales preventivos de VIH
- Servicios del Médico de Cuidado Primario (PCP)
- Radiología y estudios médicos
- Terapia de rehabilitación
- Terapia respiratoria
- Transplante de órganos y tejidos y drogas inmunosupresoras relacionadas
- Transportación
- Estudio y evaluación previa
- Servicios de la visión /Oftalmológia/Optometría

Qué es un EPSDT?

Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico. Este programa proporciona servicios comprensivos de cuidado de salud mediante prevención primaria, intervención temprana, diagnóstico y tratamiento médicamente necesario hasta la edad de 21 años. Esto incluye el historial comprensible, estudio del desarrollo/salud mental, examen comprensible al desnudo, las pruebas apropiadas

de la visión y audición, pruebas de laboratorio, examen dental e inmunizaciones. EPDST proporciona todos los servicios médicamente necesarios para tratar cualquier enfermedad física o mental descubierta durante el proceso.

¿Como puedo obtener transportación?

Primero infórmese de si hay algún familiar, amigo o vecino que lo pueda llevar a su cita. Si necesita transportación, llame a su plan de salud de Servicios para Miembros por lo menos *3 días* por adelantado para una cita que no es urgente. Si tiene usted una necesidad urgente de ir al doctor, llame a Servicios para Miembros *3 horas* antes de su cita para obtener transportación. Si no habla antes de tiempo para hacer arreglos, el plan de salud podría no tener el suficiente tiempo para arreglar transportación y sería posible que usted tuviera que hacer otra cita de nuevo.

Cuando usted hable para hacer arreglos para transportación, avísele a Servicios para Miembros de cualquier necesidad especial que usted tenga como asiento del carro o silla de ruedas. Después de su cita, llame a Servicios para Miembros para transportación a casa. Además, si usted cancela su cita, no se olvide de llamar a Servicios para Miembros para cancelar su transportación. Para más información e ideas para arreglar transportación, vea su “Plan de Salud para Miembros”.

La transportación esta generalmente limitada para usted y la persona que lo cuida y que lo puede asistir durante su cita médica. Los padres deben de hacer arreglos para cuidados alternativos de los demás familiares.

Si es una urgencia, llame a 911 o el número de urgencia del área donde vive.

¿Cuáles servicios no están cubiertos?

No todos los servicios están cubiertos. Los servicios que no están cubiertos incluyen:

- Cirugía cosmética (cirugía que cambia el modo que usted se ve)
- Medicamentos y artículos médicos que no son ordenados por su doctor
- Audífonos y lentes para adultos

SERVICIOS DE URGENCIA

¿Qué hago en caso de urgencia?

El cuidado de urgencia esta disponible 24 horas al día, siete días a la semana. Si usted necesita cuidado urgente, llame a su médico o al teléfono en su “Manual para Miembros del Plan de Salud” para información de qué hacer y a dónde ir para recibir atención médica. Si se trata de una urgencia de vida o muerte, llame al 911 o al número de urgencia en su área. También puede acudir al cuarto de urgencia más cercano (ER) para ayuda.

Los servicios de urgencia son los servicios de salud que están requeridos para ayuda de un dolor severo o tratamiento de una condición médica por la cual, si no es inmediatamente tratada, podría causar incapacidad o muerte. Problemas

menores como influenza, resfriado, dolor de garganta, etc. no son urgencias. Los cuartos de urgencia de hospital deben de ser usados únicamente en caso de situaciones de vida o muerte.

Para mas información, vea su “Manual para Miembros del Plan de Salud”.

DIRECTIVOS ANTICIPADOS

¿Qué son directivos anticipados?

Usted tiene el derecho a participar en las decisiones que afectan su cuidado médico. Sin embargo, es posible que en algún momento usted no pueda hacer decisiones acerca del cuidado de su salud por encontrarse demasiado enfermo. Si lo se ocurría, los directivos anticipados son declaraciones escritos sobre cual cuidado de salud, si hay, que usted acepte. También usted puede nombrar a alguien para tomar éstas decisiones de parte de usted.

Hay cuatro tipos de directivos anticipados: El Testamento en Vida, el Poder de Abogado Médico, el Poder de Abogado para Cuidado Mental y el Directivo Médico Previo a Hospitalización. Refiérase a su “Manual para Miembros del Plan de Salud” para más información acerca de éstos documentos. Usted debe de solicitar ayuda para escribir los directivos anticipados. Solicite ayuda de su doctor si no está segura a quién llamar.

MEDIACION

¿Qué es la mediación?

Mediación es un proceso para resolver desacuerdos sin pasar por el proceso de queja y apelación. Es un proceso informal que involucra un mediador.

¿Qué papel juega el mediador?

Los mediadores son voluntarios entrenados neutrales quienes ayudan a definir los asuntos y dirigen el proceso de comunicación para que se pueda llegar a un común acuerdo. El mediador puede ofrecer sugerencias y ayudar a desarrollar opciones para resolver los asuntos en cuestión, pero son los participantes quienes llegan al acuerdo final. Para que la mediación sea efectiva, es necesario que todos los participantes deseen resolver los asuntos y estén dispuestos a trabajar hacia ese objetivo.

¿Es confidencial la mediación?

Si, el mediador y los participantes no compartirán información discutida en la reunión de mediación.

¿Necesitaré un abogado?

La mediación no substituye el consejo legal. Si usted emplea a un abogado, debe saber que su abogado no puede participar directamente en el proceso de la mediación.

¿Cuánto tiempo dura la mediación?
Las sesiones de mediación suelen durar dos horas y variar de una a tres sesiones, dependiendo de la complejidad de los asuntos.

¿Qué es un acuerdo de mediación?
Cuando los participantes se ponen de acuerdo con una solución, los mediadores preparan un acuerdo escrito que todos los participantes firman. El acuerdo es un plan de acción escrito en el cual cada una de las partes ha definido claramente los pasos necesarios para resolver el conflicto. Los acuerdos de mediación típicamente son más creativos y mutuamente aceptables que una determinación hecha por un funcionario de quejas y audiencias.

¿Cómo solicito una mediación?
Infórmele a su coordinador de apoyo o llame al coordinador de mediación de la División al número 602-542-0419; fuera del condado Maricopa llame gratis al 866-229-5553.

AGRAVIOS, APELACIONES Y SOLICITUDES DE AUDIENCIA ADMINISTRATIVA

¿Qué es una queja?
Una “queja” es una declaración de insatisfacción de servicios.

¿Cómo registro una queja?
Puede usted hablar o escribir una carta al Manejador del Programa del Distrito del área en que usted vive. También puede comunicarse con la Unidad de Apoyo Familiar y Defensa de la División al número 602-542-0419 o fuera del condado Maricopa 1-866-229-5553.

¿Cuánto tiempo dura el proceso de una queja?
Se debe hacer una decisión dentro del los 90 días del calendario de la fecha en que la División recibió su queja.

¿Qué es un aviso?
Una “aviso” es una declaración escrita que le avisa qué acción va a tomar la División o el Plan de Salud de ALTCS. El aviso también le proporciona sus derechos de apelación.

Si usted no entiende este Aviso o si no cree que la explicación provista era adecuada, usted puede comunicarse con la Oficina de Conformidad y Repaso de la División al 602-542-0419 o 866-229-5553 (fuera del condado Maricopa) y pide un repaso del Aviso. La División repasará su queja y emitir un Aviso enmendado, cuando sea necesario. Si usted recibe un Aviso enmendado, y todavía no cree que la explicación provista era adecuada, usted puede presentar otra queja ante la Oficina de Conformidad y Repaso de la División. Si la División todavía no puede resolver el problema a su satisfacción, usted también puede presentar una queja ante de la División de Administración Médica de AHCCCS.

¿Qué es una acción?

Una "Acción" por parte de la División de incapacidades del Desarrollo se refiere a:

- Una denegación o una autorización limitada de algún servicio que usted haya solicitado, incluso del tipo o nivel del servicio;
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio ya existente;
- La denegación completa o parcial del pago por un servicio;
- La falta de proporcionar servicios con prontitud;
- La falta actual dentro de ciertos marcos temporales con respecto a quejas y apelaciones;
- La denegación de obtener algún servicio médico fuera de la red contratada por la División si usted vive en un área rural.

¿Cómo solicito una apelación?

Si usted, o la persona que actúa en su nombre, incluso su médico o proveedor, no está de acuerdo con la División, puede solicitar una apelación. Para hacerlo, puede llamar a la Oficina de Cumplimiento y Revisión de la División al 602-542-0419 o, fuera del Condado Maricopa gratis al 866-229-5553 y presentar su apelación oralmente.

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación?

Usted tiene el derecho a la continuación de sus servicios durante el proceso de la apelación si:

- Su apelación se refiere a la terminación o reducción de un servicio que usted actualmente recibe;
- El servicio que uste recibe fue autorizado por la División;
- La autorización original del servicio que usted recibe no ha caducado;
- Usted pide que continúe el servicio; y
- Usted presenta la apelación antes de la fecha fijada para la reducción/ terminación del servicio, o usted presenta la apelación dentro de los 10 días calendarios a partir de la fecha de que se envió el aviso, lo cual sea mas tarde.

¿Durante cuánto tiempo continuarán mis servicios?

Usted continuará recibiendo sus servicios hasta que ocurra algo de lo siguiente:

- Usted retira la petición de la apelación;
- Usted no solicita la audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha en que la División le envió la decisión de apelación, o usted no pide la continuación de los servicios cuando solicita la audiencia;

- AHCCCS emite una decisión de audiencia en contra suya,; o
- Han vencido los limites temporales de un servicio autorizado

¿Cuánto tiempo tomará el proceso de apelación?

La División investigará la apelación y emitirá una decisión final por escrito dentro de los 30 días del calendario. Si la División necesita más tiempo para la investigación, le pedirá una extensión.

¿Puedo pedir que mi apelación sea revisada con mayor rapidez?

Usted puede pedir una revisión más rápida de su apelación si su vida o salud podrían peligrar, o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar al máximo sus funciones podría ser afectada por la espera normal de 30 días para la decisión de su apelación. A esto se le conoce como una “apelación acelerada”. También le puede preguntar a la División que decida la apelación en tres días laborables. Si la División esta de acuerdo, la decisión se hará en tres días laborables. Si la División no esta de acuerdo de que se necesita una revisión más rápida, usted recibirá una carta dentro de los dos días y también la División tratará de comunicarse por teléfono con usted con respecto a esto. Su apelación se decidirá entonces dentro de los 30 días.

¿Y si no estoy de acuerdo con la decisión?

Usted puede solicitar que AHCCCS conduzca una audiencia formal sobre el asunto, en la cual AHCCCS hará la decisión final sobre su apelación. Usted debe presentar una petición escrita para una audiencia a la oficina de Cumplimiento y Revisión de la División dentro de los 30 días del calendario a partir de la fecha del sello de correos de la carta de la decisión de la apelación que le enviara la División. Si después de la audiencia, AHCCCS determina que la decisión de la División fue la correcta, usted tendrá la responsabilidad de pagar por los servicios que haya recibido mientras duraba la revisión de su apelación.

Si dentro de los 30 días del calendario, usted no recibe de la División una decisión escrita sobre la apelación, usted tiene derecho a solicitar una audiencia ante AHCCCS.

Qué debo decir en mi solicitud de audiencia de AHCCCS?

La solicitud de audiencia por escrito debe de explicar el asunto que origina esa petición de apelación ante AHCCCS.

SIGLAS / ABREVIATURAS

AHCCCS: Sistema de Contención de Costos Médicos de Arizona. Esta agencia administra los programas médicos de Arizona.

ALTCS: Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona. AHCCCS administra éste programa que ofrece servicios médicos agudos y de largo plazo a los individuos elegibles a base de sus necesidades documentadas.

CRS: Servicios de Rehabilitación para Niños _ Estos servicios médicos y de salud son provistos a través del Departamento de Servicios de Salud de Arizona. Se limita los servicios a individuos menos de 21 años de edad con algunas condiciones o diagnosis eliminatorias.

DES: Departamento de Seguridad Económica. La agencia estatal que supervisa a la División de Incapacidades del Desarrollo.

DIVISION: División de Incapacidades del Desarrollo. La División de DES a cargo de proporcionar servicios a los individuos con alguna incapacidad y que son elegibles para ALTCS.

DME: Equipo médico duradero. El equipo necesario utilizado varias veces y que no es desechable, tales como sillas de ruedas, ventiladores, fédulas, etc.

DOBLE ELEGIBILIDAD: Individuo que es elegible para Medicare y Medicaid (AHCCCS/ALTCS)

EPSDT: Evaluación, Diagnóstico, Tratamiento Temprano y Periódico. La División ofrece Éstos servicios médicos comprensivos mediante la prevención primaria, la intervención temprana, diagnósticos y tratamiento médicamente necesarios.

HIPAA: Acto de Contabilidad y portabilidad de seguro médica. La ley federal que describe cómo su información médica privada puede ser usada, mostrada, y como puede usted tener acceso a ésta información.

ISP: Plan de apoyo Individualizado. Este proceso incluye una revisión de los asesoramientos y evaluaciones, la determinación de los servicios necesarios, la fijación de metas y objetivos y el desarrollo de estrategias para alcanzar esos objetivos. Un equipo, incluyendo la persona beneficiada, la persona responsable por ella, el coordinador de apoyo y otros más desarrollan el ISP como sea apropiado. El ISP guía la entrega de servicios e incluye el proceso para monitorización de la calidad y eficacia de los servicios.

MEDICAID: Vea Titulo XIX

PCP: Proveedor de Cuidado Primario. Este es el médico que es responsable de todas las necesidades médicas del individuo. El PCP autoriza ciertos servicios y refiere a los individuos con especialistas.

RBHA: Autoridad para Salud Mental Regional — Estas agencias regionales son contratadas con el Departamento de Servicios de Salud de Arizona para proporcionar servicios de salud mental a individuos que son elegibles por medio de AHCCCS/ALTCS.

TÍTULO XIX: Esta sección del Acta de Seguro Social fue creada en 1965. Ayuda a los estados a proporcionar servicios de largo plazo y médicos a individuos que están ciegos, tienen una incapacidad, o tienen 65 años o más y que califican para ciertos requisitos de ingresos.