Departamento de **S**eguridad
Económica de **A**rizona

Manual para Miembros

Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS)

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 Título XIX (Medicaid) de la Ley de Seguro Social.

La División de Incapacidades del Desarrollo del Departamento de Seguridad Económica (DES/DDD) le proporcionará los servicios de ALTCS. Estamos dedicados a trabajar con usted y su familia para apoyar los servicios significativos seleccionados por usted que promuevan la autosuficiencia, la participación en la comunidad y el mantenimiento de la 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. Encontrará las direcciones y los números de teléfono de las oficinas locales en la página 16 de este manual.

Atentamente,

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

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

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 602-542-6825; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.

Todos quienes solicitan servicios y/o participación en el programa tienen derecho a presentar quejas y apelaciones conforme al reglamento mediante notificación 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

Su Coordinador de Apoyo

Nombre _____

Teléfono _____

Contenido

Información General 1

Cuidado Administrado 3

Provisión de Servicios 4

Servicios de Salud y Médicos 8

Cuidado de Urgencia 10

Derechos y Responsabilidades 10

Fraude y Abuso 11

Mediación 11

Apelaciones y Solicitudes de Audiencia Administrativa 13

Siglas/Abreviaturas 15

Oficinas de Servicios 16

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 la División de Incapacidades del Desarrollo del Departamento de Seguridad Económica (DES/DDD) para proporcionar los servicios de ALTCS a las personas con incapacidades del desarrollo elegibles. En este manual nos referiremos a DES/DDD como la División.

¿Quién determina la elegibilidad para ALTCS?

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

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

AHCCCS lo informa a la División. Luego un coordinador de apoyo de la División se comunicará con usted, el miembro, o su persona responsable. Entre las primeras medidas a tomar es inscribirse en un plan de salud si en su condado hay una selección de éstos, y seleccionar a un médico de cuidado primario. 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 desarrollar su plan de servicios.

¿Quién es el Médico de Cuidado Primario?

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

¿Cómo obtengo a un Médico 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 a un PCP. Si dentro de 10 días de calendario usted no selecciona a un PCP, el plan de salud le asignará uno. Usted puede pedir un cambio de PCP comunicándose con el representante de servicios para los miembros del plan de salud.

¿Cómo puedo consultar a mi PCP?

Llame a la oficina de su médico. 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 PCP?

Siempre cuando sea posible, programe sus citas durante las horas de oficina regulares, en lugar de utilizar cuidado urgente o la sala de urgencias. No falte a sus citas y sea puntual. Llame a tiempo a la oficina de su PCP si no puede cumplir con alguna cita.

¿Y si deseo visitar a un médico quien no trabaja con mi plan de salud?

Usted selecciona a su médico, pero si selecciona a uno quien 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.

¿Hay algún cargo por los servicios de ALTCS?

Los residentes de alguna 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 a compartir.

Cuando exista un seguro privado u otro seguro de salud, los beneficios de esos seguros tendrán que pagarse primero antes de utilizar dinero de ALTCS. ALTCS es el pagador de último recurso.

¿Y si me mudo fuera del estado o el país?

Los servicios médicos están limitados sólo a cuidado urgente si usted se encuentra temporalmente (menos de 60 días) fuera del estado. El seguro médico no le cubrirá cuando esté fuera del país.

Los servicios médicos y de largo plazo a través de la División ALTCS 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. él o ella le ayudará a ubicar servicios y recursos en la región a la cual usted se piensa mudar. No olvide que los requisitos de elegibilidad y los servicios cubiertos pueden variar de estado en estado.

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

Sí; 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 "Otros datos que debe saber acerca de Medicare". Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir una copia o vea al sitio de Web al www.Medicare.gov. Si tiene Medicare, asegúrese de que sus proveedores de servicios de salud y su coordinador de apoyo lo sepan.

A partir de 1 enero de 2006, si es elegible para ALTCS y tiene Medicare, la mayoría de sus medicamentos serán cubiertos por su plan de Medicare Advantage o un plan de medicamentos de Medicare. Podría ser un copago pequeño para cada prescripción. Hay algunos medicamentos que seguirán ser cubiertos por su Plan de Salud de ALTCS o por la Autoridad Regional para Salud Mental.

¿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 este programa. Si usted es elegible para este programa, puede recibir los servicios listados en este manual, pero hay limitaciones en los servicios recibidos en entornos institucionales (es decir, Hogares de para Ancianos, Instituciones de Cuidado Intermedio para Personas con Retraso Mental, etc.).

CUIDADO ADMINSTRADO

¿Qué es el Cuidado Administrado?

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

¿Hay algún plan de incentivos para los médicos?

La ley federal permite que los planes de salud provean planes de incentivos a los médicos. Esto se refiere a "cualquier arreglo de compensación entre una Organización de Cuidado Administrado (plan de salud) y un médico o un grupo de médicos que puede directa- o indirectamente conducir a 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 pedir esa información. Usted puede pedir, por ejemplo:

- Que le digan si su plan de salud tiene planes de incentivos para médicos que afecten a la utilización de servicios recomendados;
- Que le digan el tipo de arreglos para compensación que utiliza el plan, por ejemplo bonos, retención, etc.;
- Que le digan 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 está 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 necesarios cubiertos y proporcionados a un miembro.

Consulte el
"Manual para Miembros del Plan"
para información y teléfonos.

PROVISIÓN 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 provistos sus servicios.

¿Puedo yo recibir servicios de cuidado a largo plazo?

Los servicios tienen que ser médicamente apropiados, necesarios, económicos y autorizados. Usted tiene derecho a recibir cualquier servicio autorizado. Muchos de los servicios de cuidado a largo plazo pueden ser provistos en su hogar.

¿Qué opciones residenciales hay disponibles?

La División ofrece servicios en varios entornos residenciales en 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. Algunas de las opciones son:

- Hogar de Desarrollo para Adultos: Un entorno residencial para individuos de 18 o más años de edad. 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 para niños menores de 18 años de edad. Este entorno supervisión y coordinación de capacitación para un máximo de tres niños. Con excepción de cuarto y comidas, ALTCS cubre los servicios.
- 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 comidas, supervisión y capacitación. El Hogar de Grupo proporciona una atmósfera segura, hogareña y familiar que satisface las necesidades físicas y emocionales de aquellos individuos quienes física- o funcionalmente no pueden vivir de modo independiente en la comunidad. Con excepción de cuarto y comidas, ALTCS cubre los servicios.
- Hogar para Ancianos: Un local de Medicare/Medicaid que proporciona cuarto residencial y servicios de cuidado de personas mayores a personas quienes necesitan estos servicios continuamente, pero que no necesitan cuidado en el hospital o cuidado directo de un médico a diario.
- Institución de Cuidado Intermedio para Personas con Retraso Mental (ICR/MR): Un local que ofrece servicios de salud, capacitación y rehabilitación a individuos quienes necesitan cuidado continuo.

¿Quién proporcionará estos servicios?

La División coordinará con un individuo o una agencia para proporcionar servicios. Usted puede seleccionar al 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.

Los servicios de salud mental se ofrecen a través de las Autoridades de Salud Mental Regionales (RBHAs). Su coordinador de apoyo puede decirle quién sirve a su área.

¿Cualquier terapeuta o proveedor puede proporcionar servicios de ALTCS?

No, todos los proveedores de servicios tienen que poseer certificación de 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 con la División. Un terapeuta tiene que poseer una licencia profesional apropiada y actualizada.

¿Cuáles servicios a largo plazo están cubiertos?

Usted y su coordinador de apoyo revisarán todas sus 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 a base de su ISP. El ISP será revisado con regularidad y modificado cuando sea necesario. A base de necesidad médica y conforme a las reglas de la División, le pueden autorizar para recibir uno o más de los servicios siguientes:

- Ayudante (ayuda con el cuidado personal y tareas de la casa);
- Mejoramiento de las comunicaciones (aparatos para ayudar a comunicarse);
- Salud mental (cuidado para individuos con necesidades de salud mental);
- Tratamiento y entrenamiento diurnos (entrenamiento, supervisión y actividades terapéuticas 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);
- *Modificaciones al hogar (modificaciones a edificios para que los individuos puedan gozar de la mayor independencia posible en sus propios hogares);
- Capacitación (intervenciones tales como terapias de capacitación, destrezas del desarrollo especiales, intervención con la conducta y desarrollo motor sensorio diseñados para aumentar el funcionamiento);
- *Ayudante de Cuidado en el Hogar (mantenimiento de la salud, continuación de tratamiento o monitorización de una condición de la salud, y cuidado de apoyo con actividades de la vida diaria);
- *Enfermera(o) en el Hogar (servicios de enfermería capacitados);
- Ama de casa (ayuda con la limpieza de la casa);
- *Hospicio (cuidado para individuos con enfermedades terminales);
- Transporte no urgente (tiene que ser médicamente necesario y de ida o vuelta de otro servicio de ALTCS);
- Respiro (cuidado y supervisión a corto plazo para que descanse el encargado principal); y/o
- Coordinación de Apoyo (coordinación de los servicios).

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

¿Cuáles servicios de cuidado a largo plazo no están cubiertos?

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

¿Cuáles servicios de salud mental están cubiertos?

Su coordinador de apoyo puede contestar a 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 otros con condiciones similares)
- Servicios de administradores de casos
- Servicios de salud mental por enfermeras
- Servicios de salud mental en emergencias/crisis
- Transporte de emergencia y de no emergencia
- Evaluación y estudios
- Terapia y asesoramiento de grupo
- Terapia y asesoramiento individuales
- Terapia y asesoramiento familiares
- Hospitalización
- Instituciones psiquiátricas residenciales (centros de tratamiento residencial y locales para tratamiento menos agudo)
- Instituciones para enfermedades mentales (con limitaciones)
- Servicios de laboratorio y radiología para diagnosis y regulación de medicamentos psicotrópicos
- Tratamiento de opoid agoinst
- 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)
- Medicación psicotrópica
- Adaptación y monitorización de medicamentos psicotrópicos
- Cuidado de respiro (para que descanse el encargado principal)
- Servicios rurales de transición contra la drogadicción
- Cuidado terapéutico temporal

¿Cómo obtengo servicios de salud mental?

Usted los puede solicitar por su propia cuenta o pedirle ayuda a su coordinador de apoyo o médico de cuidado primario. La Autoridad para Salud Mental Regional (RBHA) determinará cuáles servicios de salud mental recibirá usted.

¿¿Preguntas??
Comuníquese con
su Coordinador de Apoyo

¿Cómo puedo comunicarme con la Autoridad para Salud Mental Regional (RBHA) que sirve a mi área?

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

- Value Options (Condado Maricopa)
  - ✓ Información & Referidos, gratis, 800-564-5465
  - ✓ Línea de crisis 602-222-9444; gratis al 800-631-1314
- Community Partnerships of Southern Arizona
  (Condados Cochise, Graham, Greenlee, Pima y Santa Cruz)
  - ✓ Información & Referidos, 520-318-6946 o gratis al 800-771-9889 o
  - ✓ Línea de crisis al 520-662-6000 o gratis al 800-796-6762 (Condado Pima)
    800-586-9161 (Cochise, Graham, Greenlee, and Santa Cruz Counties)
- Northern Arizona Regional Behavioral Health Authority
  (Condados Apache, Coconino, Mohave, Navajo, e Yavapai)
  - ✓ Información & Referidos 928-774-2070; y gratis 800-640-2123
  - ✓ Línea de crisis gratis 877-756-4090
- Cenpatico Behavioral Health of Arizona (Condados Gila, La Paz, Pinal e Yuma)
  - ✓ Información & Referidos 480-982-1317; gratis 800-982-1317
  - ✓ Línea de crisis gratis 800-982-1317

¿Y si fuera una urgencia?

Si usted está en una situación de crisis y piensa que podría causar daño a usted mismo o a otra persona, por favor llame al 9-1-1 o a la Línea de crisis de su RBHA local, de la lista de arriba.

SERVICIOS DE SALUD Y MÉDICOS

¿Qué 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 provistos por su Médico de Cuidado Primario (PCP). Su PCP puede enviarle a un especialista si es necesario. Comuníquese con el coordinador de apoyo de la División si necesita ayuda para coordinar el cuidado y los servicios. Pueden haber exclusiones o limitaciones en algunos servicios según si ustedes son más de 21 años mayores de edad. Su "Manual para Miembros del Plan de Salud" o su "Manual de Costo por Servicio" le explicará más acerca de los servicios listados a continuación.

- Cirugía ambulatoria y anestesiología
- Medicaciones contra la hemofilia y servicios relacionados
- Audiología
- Salud mental
- Servicios Ciroprácticos
- Servicios dentales
- Diálisis
- Evaluación, Diagnosis y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)
- Servicios de urgencia
- Exámenes visuales/optometría
- Planificación familiar
- Evaluación y estudio de posibles riesgos a la salud
- Servicios de hospital
- Inmunizaciones (vacunas)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de maternidad
- Alimentos médicos
- Abortos necesarios médicamente
- Provisiones médicas, Equipo Médico Duradero (DME), Aparatos ortodónticos y protésicos
- Nutrición
- Servicios de médicos
- Podiatría
- Servicios de cuidado después de la estabilización
- Medicamentos recetados y servicios de farmacia
- Pruebas y asesoramiento prenatales preventivos de VIH
- Médico de Cuidado Primario (PCP)
- Radiología y estudios médicos
- Terapia de rehabilitación
- Terapia respiratoria
- Trasplante de órganos y tejidos y drogas inmunosupresoras relacionadas
- Transporte
- Triage/Estudios y evaluación

¿Qué es EPSDT?

Evaluación, Diagnosis y Tratamiento Tempranos y Periódicos. Este programa proporciona servicios de cuidado de la salud comprensivos mediante prevención primaria, intervención temprana, diagnosis y tratamiento médicamente necesarios de nacimiento a 21 años de edad. Esto incluye el historial médico comprensivo, estudio del desarrollo/salud mental, examen físico completo al desnudo, las pruebas apropiadas de la visión y audición, examen dental e inmunizaciones. EPSDT proporciona todos los servicios médicamente necesarios para tratar cualquier enfermedad física o mental descubierta durante el proceso.

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

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

¿Tengo que consultar a mi PCP antes de recibir cualquier servicio?

Sí, con la excepción de servicios de salud mental, servicios dentales y transporte. Si usted tiene menos de 21 años de edad, puede obtener servicios dentales directamente de un dentista. Verifique con su plan dental para cobertura y una lista de los dentistas disponibles. Si necesita transporte a 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 su Autoridad para Salud Mental Regional (RBHA). Usted no necesita un referido de su PCP para obtener servicios de salud mental. Sin embargo, su PCP tal vez le pueda ayudar si usted tiene depresión, ansiedad o desorden de déficit de atención.

¿Cuáles servicios no están cubiertos?

Algunos de los servicios no cubiertos:

- Cirugía cosmética (cirugía para cambiar su apariencia);
- Recetas y provisiones médicas que su médico no haya ordenado;
- Audífonos y anteojos para adultos; o
- Servicios de médicos u hospitales privados que su médico no haya aprobado.

¿Qué son los Directivos Anticipados?

Usted tiene 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. Los directivos anticipados son documentos que en estas situaciones protegen su derecho a rechazar cuidado médico que usted no desea, o a pedir cuidado médico que sí desea.

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. Refiera a su "Manual para Miembros del Plan Médico" para más información acerca de estos documentos.

Usted debe procurar ayuda para escribir los Directivos Anticipados. Si no sabe a quién acudir, pregúntele a su médico. Refiera a su "Manual para Miembros del Plan Médico" para más información acerca de estos documentos.

CUIDADO DE URGENCIA

¿Qué puedo hacer en un caso de urgencia?

Hay cuidado de urgencia disponible las 24 horas de los 7 días. Si 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 9-1-1 o al número de urgencia en su área.

Los servicios de urgencia son los servicios médicos necesarios para aliviar un dolor agudo o tratar una condición médica repentina que, de no atenderse de inmediato, resultaría en incapacidad o muerte. Los problemas menores tales como influenzas, catarros, dolores de garganta, etc. no son urgencias. Las salas de urgencias de los hospitales deben reservarse solamente para situaciones en que peligra su vida.

Consulte su "Manual para Miembros del Plan de Salud" para más información.

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 recibirá los servicios indicados en su Plan de Apoyo Individual (ISP). Esos servicios tienen que ser médicamente necesarios, económicos y basados en las necesidades reales determinadas durante las evaluaciones.

Usted tiene derecho a recibir información sobre proveedores que hablen idiomas que no sea el inglés.

Usted puede recibir los servicios cubiertos sin importar su raza, etnicidad, origen nacional, religión, género, edad o capacidad para pagar.

Usted puede recibir servicios de calidad que conformen a sus creencias personales, su condición médica y trasfondo, en un idioma que usted entienda.

Usted puede recibir servicios de un intérprete si usted no habla inglés o tiene problemas de audición, para ayudarle obtener los servicios que necesita.

Usted tiene derecho a directivos anticipados y a información acerca de cómo conseguir que se hagan decisiones médicas en su nombre si usted mismo no las pudiera hacer.

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.

Si usted es mujer, puede tener acceso directo a los servicios rutinarios y preventivos de proveedores ginecológicos dentro de la red contratada, sin tener que obtener un referido de su proveedor de cuidado primario (PCP).

Usted puede obtener una segunda opinión de un proveedor médico calificado dentro de la red contratada, o, sólo si no existe cobertura adecuada dentro de la red contratada, a hacer arreglos para obtener esa segunda opinión de alguien fuera de la red contratada, 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 de participar en desarrollar un plan alternativo para cualquier servicio crítico provisto en su hogar. Este plan alternativo incluirá los pasos y recursos disponibles a usted cuando circunstancias inesperadas suceden. (p. ej. el cuidador regular esté enfermo(a) y no podría proporcionar los servicios según lo provisto) También puede llamar a su Coordinador de servicios para ayudarle 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 por su tarjeta de identificación de AHCCCS. 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 en la pérdida de su elegibilidad como miembro y/o en acción legal.

¿Quiénes tienen derecho a ver mis archivos?

Toda la información y todos los archivos son confidenciales. Se podrán compartir sólo mediante consentimiento escrito de usted o de su persona responsable, salvo cuando la ley estipule de otro modo. Usted puede revisar sus archivos en cualquier momento. También tiene derecho a recibir copia de los mismos.

FRAUDE Y ABUSO

Sus beneficios de ALTCS le son provistos a base de su situación de salud y financiera. Nadie más puede utilizar sus beneficios. No le preste su tarjeta de cuidado de la salud a persona alguna. Si se la roban o se le pierde, infórmelo de inmediato a su coordinador de apoyo al teléfono que aparece dentro de la cubierta del frente de este manual.

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

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

MEDIACIÓN

¿Qué es la mediación?

La mediación es un proceso para resolver desacuerdos sin pasar por el proceso de queja y apelación. Es un proceso informal que involucra a 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 la información discutida en la reunión de mediación.

¿Necesitaré un abogado?

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

¿Cuánto tiempo dura la mediación?

Las reuniones de mediación suelen durar dos horas y variar de una a tres reuniones, 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 productivos y mutuamente aceptables que una determinación hecha por un funcionario de quejas o audiencias.

¿Cómo solicito una mediación?

Dígaselo a su coordinador de apoyo o llame al coordinador de mediaciones de la División al 602-542-0419; fuera del condado Maricopa llame gratis al 866-229-5553, o llame a la Sección de Relaciones de la Comunidad del Procurador General de Arizona al 602-542-4192.

APELACIONES Y SOLICITUDES DE AUDIENCIA ADMINISTRATIVA

Si usted desea apelar una decisión relacionada con la suspensión, reducción o terminación de sus servicios, debe solicitar esa apelación dentro de 60 días de calendario a partir de la fecha del aviso escrito que recibió informándole de la acción.

¿Qué es un aviso?

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 de actuar 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?

Usted puede solicitar una apelación si usted o una persona quien actúa en su nombre, incluso su médico o proveedor, está en desacuerdo con alguna acción de la División. 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 verbalmente presentar su apelación.

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación?

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

1) Su apelación refiere a la terminación o reducción de un servicio que actualmente recibe;
2) El servicio que usted recibe fue ordenado por un proveedor;
3) La autorización original del servicio que usted recibe no ha caducado;
4) Usted pide que continúe el servicio; y
5) Usted presenta la apelación antes de la fecha fijada para la reducción/terminación del servicio, o usted presenta la apelación dentro de diez días a partir de la fecha de envío del aviso, lo cual sea más tarde.

¿Durante cuánto tiempo continuarán mis servicios?

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

1) Usted retira la petición de apelación;
2) Usted no solicita una audiencia dentro de diez 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;
3) AHCCCS emite una decisión de audiencia en contra suya; o
4) Han vencido los límites 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 30 días de calendario. Si la División necesita más tiempo para la investigación, le pedirán 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 el máximo de sus funciones se vería afectada por la espera normal de 30 días por la decisión de su apelación. A esto se le conoce como "apelación acelerada". Si su proveedor médico nos dice esto, la apelación se decidirá dentro de tres días. Usted también puede pedirle a la División que decida su apelación dentro de tres días laborables. Si usted mismo se lo pide a la División, y la División accede, la decisión se hará dentro de tres días laborables. Si la División no está de acuerdo con que se necesita una revisión más rápida, usted recibirá una carta dentro de dos días y la División también tratará de comunicarse por teléfono con usted con respecto a esto. Su apelación luego se decidirá dentro de 30 días.

¿Y si yo no estoy de acuerdo con la decisión?

Usted puede pedir 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 audiencia a la Oficina de Cumplimiento y Revisión de la División dentro de 30 días de 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 30 días de 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 ante AHCCCS?

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

¿¿Le confunden las siglas??
Vea la lista en la página 15

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 este programa que ofrece servicios médicos agudos y de largo plazo a los individuos elegibles a base de sus necesidades documentadas.

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

DIVISIÓN 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 que no es desechable, tal como sillones de ruedas, ventiladores, bragueros, etc.

EPSDT Evaluación, Diagnosis y Tratamiento Tempranos y Periódicos. La División ofrece estos servicios médicos comprensivos mediante la prevención primaria, la intervención temprana, diagnosis y tratamiento médicamente necesarios.

ISP Plan de Apoyo Individual. Este proceso incluye una revisión de las valuaciones y evaluaciones, la determinación de los servicios necesarios, la fijación de metas y objetivos y el desarrollo de estrategias para alcanzar esos objetivos. El desarrollo del plan ISP está a cargo de un grupo que incluye a, según sea apropiado, la persona beneficiaria del apoyo, a su persona responsable, al coordinador de apoyo y a otros. Este plan rige a la prestación de los servicios e incluye un proceso para la monitorización de la calidad y eficacia de los servicios.

MEDICAID VEA TÍTULO XIX

PCP Médico de Cuidado Primario. El médico responsable por todas las necesidades médicas del individuo. El PCP ordena ciertos servicios y refiere a los individuos a especialistas.

TÍTULO XIX Una sección de la Ley de Seguro Social adoptada en el 1965. Ayuda a los estados a ofrecer servicios médicos y de cuidado a largo plazo para individuos quienes son ciegos, tienen alguna incapacidad o tienen 65 o más años de edad y cumplen ciertos requisitos de ingresos.

OFICINAS DE SERVICIOS

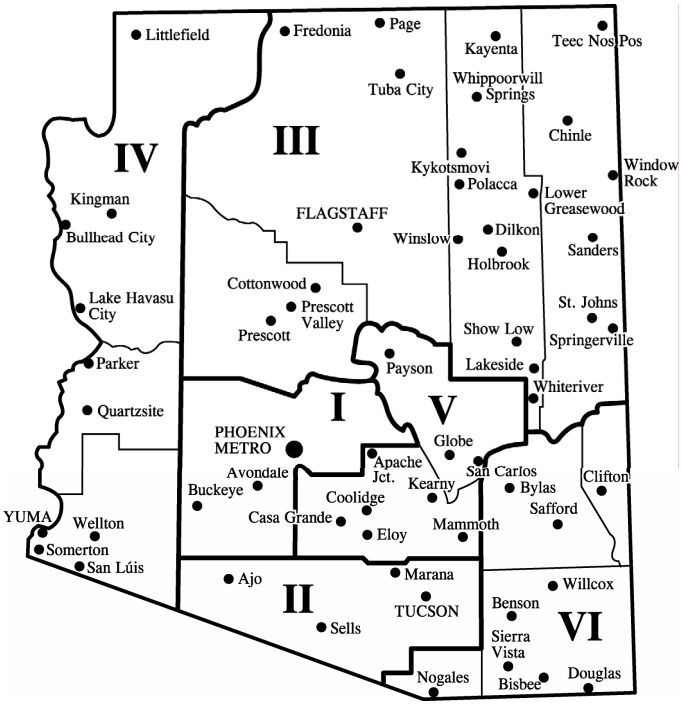
Llame a la oficina para servicios más cercana a usted para más información.

Distrito I
4000 North Central Ave, Suite #900
Phoenix, Arizona 85012
(602) 246-0546
Toll Free 800-749-9400

División de Incapacidades del Desarrollo
Oficina Central – 791A
1789 W. Jefferson – 4th floor
Phoenix, AZ 85007
(602) 542-0419
Gratis: 866-229-5553

Distrito II
400 West Congress, Suite #500
Tucson, Arizona 85701
(520) 628-6800
Gratis: 877-739-3943

Distrito III
2705 North 4th Street, Suite A
Flagstaff, Arizona 86004
(928) 773-4957
Gratis: 888-289-2003, Prescott
888-289-7177, Flagstaff
866-283-4520, Tuba City
866-560-8325, Chinle
800-770-6493, Window Rock
888-537-8013, Show Low
800-770-6493, Kayenta



Distrito IV
350 West 16th Street, Suite #232
Yuma, Arizona 85364
(520) 782-4343
Gratis: 877-739-3922

Distrito V
110 S. Idaho Rd. Ste 240
Apache Junction, AZ 85219
(480) 982-0018
Gratis: 877-739-3926, Apache Junction
877-227-1100, Globe

Programa de Entrenamiento de AZ en Coolidge
2800 North Highway 87
P.O. Box 1467
Coolidge, Arizona 85228
(520) 723-4151
Gratis: 877-739-3941

Distrito VI
209 Bisbee Road
Bisbee, Arizona 85603
(520) 432-5703 extension 5626
Gratis: 877-739-3938 ext. 5626

Servicios de Asistencia Sanitaria
220 North Central Ave., Suite 207
Phoenix, AZ 85004
Gratis: 800-624-4964