



Comprehensive Medical and Dental Program

“Ofrecemos servicios a los menores de Arizona que se encuentran en hogares de crianza sustitutos”



Manual del afiliado 2018-2019

Servicios para el Afiliado del CMDP

dcs.az.gov/services

602.351.2245 línea local

1.800.201.1795 línea gratuita

FECHA DE MODIFICACIÓN: 10-1-2018



ARIZONA
DEPARTMENT
of CHILD SAFETY

Comprehensive Medical
and Dental Program

ÍNDICE

BIENVENIDO AL CMDP	4
COMUNÍQUESE CON NOSOTROS.....	5
ATENCIÓN FUERA DEL HORARIO HABITUAL (ATENCIÓN DE URGENCIA)	6
SERVICIOS EN CASO DE CRISIS DE SALUD CONDUCTUAL	7
SERVICIOS CULTURALES Y DE IDIOMAS.....	7
RED DE PROVEEDORES	8
PROGRAMAS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA	8
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO.....	9
RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS Y DE LOS ENCARGADOS DEL CUIDADO	10
CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN	10
CAMBIO DE PLAN DE SALUD.....	11
SERVICIOS DE EMERGENCIA Y TRANSPORTE.....	12
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA CUBIERTOS	12
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL FINAL DE LA VIDA	15
ESPECIALISTAS Y OTROS PROVEEDORES.....	15
PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PROVEEDORES DE ATENCIÓN DENTAL PRIMARIA.....	16
ATENCIÓN PEDIÁTRICA Y EARLY AND PERIODIC SCREENING, DIAGNOSTIC AND TREATMENT (EPSDT)	19
VACUNAS	22
SERVICIOS PARA EL EMBARAZO Y LA SALUD DE LA MUJER	23
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	24
ATENCIÓN DENTAL	26
CÓMO OBTENER MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA	26
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL.....	27
CRS (SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL).....	30
PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA	33
SI RECIBE UNA FACTURA	34
OTROS SEGUROS Y MEDICARE	34
QUEJAS DE LOS AFILIADOS.....	36
DERECHOS DE LOS AFILIADOS	38
AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD	41
FRAUDE, ABUSO Y DESPILFARRO	41

DEJAR DE CONSUMIR TABACO	42
RECURSOS EN LA COMUNIDAD.....	42
DEFENSORES DE LOS AFILIADOS	44
GLOSARIO	44
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN.....	48

BIENVENIDO AL CMDP

El Comprehensive Medical and Dental Program (Programa Integral de Atención Médica y Dental o CMDP, por sus siglas en inglés) es administrado por el Department of Child Safety (Departamento de Seguridad Infantil o DCS, por sus siglas en inglés) de Arizona. El CMDP es el plan de salud para los niños y jóvenes de Arizona asignados a hogares de crianza sustitutos. El organismo de custodia (el organismo que los asignó a un hogar de crianza sustituto) es el que inscribe a los afiliados en el CMDP.

Los organismos de custodia son los siguientes:

- Department of Child Safety (DCS) de Arizona
- Arizona Department of Juvenile Corrections (Departamento de Corrección Juvenil de Arizona o ADJC, por sus siglas en inglés)
- Administrative Office of the Court/Juvenile Probation Office (Oficina Administrativa de los Tribunales/Oficina de Libertad Condicional Juvenil o AOC/JPO, por sus siglas en inglés)

Cada afiliado del CMDP tiene asignado un representante del organismo de custodia o un especialista del DCS. El especialista o el representante del organismo de custodia lo llamarán o lo visitarán en persona para hablar sobre las necesidades de atención médica del afiliado y de los servicios que usted puede recibir. Estos le harán preguntas sobre la salud del afiliado.

Paquete para afiliados nuevos

El representante del organismo de custodia o el especialista del DCS le entregarán un Paquete de inscripción para afiliados nuevos. El Paquete de inscripción para afiliados nuevos consiste en una carta de bienvenida; una tarjeta de identificación de afiliado del CMDP; información sobre cómo elegir un proveedor de atención médica; información sobre competencia cultural; un aviso del Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (Programa de Evaluación Periódica, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos o EPSDT, por sus siglas en inglés); una carta de notificación sobre planificación familiar (si corresponde a la edad del afiliado); un Aviso de prácticas de privacidad; una PPL (Lista de medicamentos preferidos) del CMDP; un boletín informativo del CMDP e instrucciones para acceder al Manual del afiliado del CMDP.

El Paquete para afiliados nuevos también incluirá un formulario denominado **Aviso al proveedor (cuidado médico, educativo y fuera del hogar)**. En el formulario figurará el número de identificación de nueve dígitos del CMDP. Si el número no tiene nueve dígitos, agregue ceros antes del número hasta que tenga nueve dígitos en total. Por ejemplo, si el número de identificación es 123456 (no tiene nueve dígitos), agregue “000” a 123456 para obtener 000123456 (nueve dígitos).

Presente el formulario de Aviso al proveedor ante los proveedores de atención médica y las farmacias, o proporcióneles el número de identificación del afiliado del CMDP. Use este formulario hasta que el representante del organismo de custodia o el especialista del DCS del afiliado le entreguen una tarjeta de identificación permanente.

Si no recibe un Paquete para afiliados nuevos o el número de identificación de afiliado del CMDP, comuníquese con el representante del organismo de custodia o el especialista del DCS. También puede comunicarse con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Este es su Manual del afiliado

El Manual del afiliado del CMDP está destinado a los afiliados y a los encargados de su cuidado. Tómese un tiempo para leer este Manual, ya que despejará muchas dudas que pueda tener. Si tiene alguna dificultad para leer o comprender este manual, comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov. Podemos ayudarlo explicándole la información. También podemos brindarle la información en su lengua materna sin costo alguno para usted.

Medicare modifica el Manual del afiliado del CMDP todos los años. El Manual está disponible en nuestra página web, en dcs.az.gov/services.

La mayoría de los afiliados del CMDP son elegibles para recibir los servicios cubiertos y financiados en virtud de un contrato con el Arizona Health Care Cost Containment System (Sistema de Contención de Costos de la Atención Médica en Arizona o AHCCCS, por sus siglas en inglés). El AHCCCS incluye los programas de Medicaid y KidsCare de Arizona. El CMDP se convierte en el AHCCCS para sus afiliados. Los afiliados no tienen la obligación de ser elegibles para el AHCCCS ni para el programa KidsCare. El CMDP les brinda los mismos servicios a todos los afiliados asignados a un hogar de crianza sustituto, sin importar el estado de elegibilidad con respecto al AHCCCS.

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

Los representantes de servicios del CMDP están disponibles para ayudarlo con preguntas, inquietudes o problemas relacionados con la coordinación de la atención médica del afiliado.

Los representantes de servicios del CMDP pueden hacer lo siguiente:

- Responder preguntas sobre los beneficios de atención médica.
- Resolver un problema o una inquietud que usted pueda tener con su médico o con cualquier parte del plan de salud.
- Ayudarlo a encontrar a un médico.
- Brindarle información sobre nuestros médicos, sus antecedentes y los centros de atención.
- Ayudarlo si recibe una factura médica.
- Brindarle información sobre los recursos de la comunidad que están disponibles para usted.
- Ayudarlo si usted habla otro idioma, tiene discapacidad visual o necesita servicios de intérprete o de lenguaje de señas.

Para obtener ayuda, puede comunicarse con nosotros por teléfono o por escrito. También puede visitar nuestra página web, az.dcs.gov/services, para obtener más información.

Llámenos

Línea local	602.351.2245
Línea gratuita (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	1.800.201.1795
TDD (para personas con problemas de audición)	711
Quejas formales	602.351.2245
Administración	602.255.3551

Envíenos un fax

Servicios para el Afiliado	602.264.3801
Servicios Médicos	602.351.8529
Administración	602.235.9146

Envíenos un mensaje por correo electrónico

Servicios para el Afiliado	CMDPMemberServices@azdcs.gov
Servicios Médicos	CMDPNurse@azdcs.gov
CRS (Servicios de Rehabilitación Infantil)	CMDPCRSNurse@azdcs.gov
Salud Conductual	CMDPBHC@azdcs.gov

Cuando nos llame:

Le haremos preguntas para comprobar su identidad a fin de proteger la privacidad del afiliado. Este es un requisito en virtud de las leyes estatales y federales.

Antes de llamar, reúna la siguiente información:

- Número de identificación de afiliado
- Dirección y número de teléfono del afiliado
- Fecha de nacimiento del afiliado

Escríbanos:

Arizona Department of Child Safety
Comprehensive Medical and Dental Program S/C CH010-18
Dirección: P.O. Box 29202, Phoenix, AZ 85038

ATENCIÓN FUERA DEL HORARIO HABITUAL (ATENCIÓN DE URGENCIA)

La atención fuera del horario habitual también se denomina “atención de urgencia”. Si el afiliado necesita atención de inmediato, pero no corre riesgo de sufrir un daño permanente o de perder la vida, puede acudir a un centro de atención de urgencia. Existen lesiones y enfermedades que probablemente no sean emergencias, pero que pueden convertirse en tales si no se tratan dentro de las 24 horas.

Los siguientes son algunos ejemplos de casos que no son de emergencia:

- Quemaduras o cortes menores
- Dolores de oído
- Tos
- Distensiones/Esguinces musculares

Si no sabe si debe acudir a un centro de atención de urgencia, llame a su proveedor de atención médica, incluso por la noche o los fines de semana. **Si se trata de una emergencia potencialmente mortal, llame al 911.** No es necesario que obtenga una autorización previa antes de hacerlo. Siempre infórmele al proveedor de atención médica que ha acudido a un hospital o un centro de atención de urgencia.

Puede encontrar el centro de atención de urgencia más cercano consultando el Directorio de proveedores en nuestra página web, dcs.az.gov/services; también puede llamar a Servicios para el Afiliado al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795 o escribir a CMDPMemberServices@azdcs.gov para obtener ayuda.

SERVICIOS EN CASO DE CRISIS DE SALUD CONDUCTUAL

La mayoría de los afiliados del CMDP obtienen servicios de salud conductual, que incluyen servicios por abuso de drogas y alcohol, de una RBHA (autoridad regional de salud conductual) del AHCCCS. Los afiliados son asignados a una RBHA cuando se inscriben en el CMDP. La asignación a una RBHA se hace de acuerdo con el tribunal correspondiente a la jurisdicción del afiliado.

Si el afiliado tiene una emergencia de salud conductual, es importante obtener ayuda de inmediato. Si considera que el afiliado podría dañarse a sí mismo o dañar a otra persona, llame al 911 o a uno de los números de teléfono para casos de crisis de salud conductual que figuran abajo.

Lista de RBHA

Cenpatico Integrated Care

Condados de Cochise, determinadas zonas de Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma

Servicios para el Afiliado 1.866.495.6738

Línea de ayuda en caso de crisis 1.866.495.6735

Mercy Maricopa Integrated Care

Condado de Maricopa

Servicios para el Afiliado 1.800.564.5465

Línea de ayuda en caso de crisis 1.800.631.1314

Health Choice Integrated Care

Condados de Apache, Coconino, Gila, determinadas zonas de Graham, Mohave, Navajo y Yavapai

Servicios para el Afiliado 1.800.640.2123

Línea de ayuda en caso de crisis 1.877.756.4090

SERVICIOS CULTURALES Y DE IDIOMAS

Para que el afiliado obtenga la atención médica que necesita, es importante que se mantenga una comunicación clara. El CMDP proporciona materiales para afiliados en un idioma o un formato que podría resultarles más fácil de comprender. También podemos ofrecerle material impreso sobre atención médica, como este manual, en un idioma o un formato que le resulte más fácil de leer. Contamos con intérpretes cuyos servicios usted puede aprovechar si el proveedor de atención médica no habla su idioma.

Si un proveedor de atención médica no comprende sus necesidades culturales o si usted tiene alguna dificultad para leer o comprender esta información o cualquier otro tipo de información del CMDP, comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov para obtener ayuda, sin costo alguno para usted. Podemos explicarle esta información en inglés o en su lengua materna.

Materiales de apoyo

Los materiales de apoyo son servicios o dispositivos que ayudan a las personas con discapacidades visuales, del habla o de la audición. Podemos ayudarlo a conseguir materiales de apoyo, como lectores, materiales escritos en Braille, grabaciones de audio y otros servicios y dispositivos similares. Estos materiales están disponibles sin costo para usted. Para obtener más información sobre cómo conseguir servicios y materiales de apoyo, comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

RED DE PROVEEDORES

La red de proveedores del CMDP incluye a médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que trabajan para cubrir las necesidades de atención médica particulares de nuestros afiliados. Nuestros proveedores se aseguran de que la atención médica sea accesible, continua, integral, coordinada, humanitaria y respetuosa con la cultura de cada paciente.

El CMDP trabaja con todos los proveedores registrados del AHCCCS, incluidos los proveedores acreditados por el CMDP. Si desea atenderse con un proveedor que no está registrado en el CMDP ni en el AHCCCS, comuníquese con Servicios para el Afiliado del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov. Nos comunicaremos con el proveedor de atención médica para brindarle información sobre el proceso de registro.

El Directorio de proveedores del CMDP incluye los nombres, las ubicaciones, los números de teléfono y los idiomas distintos del inglés que hablan los proveedores de nuestro plan. Entre ellos se incluyen proveedores de atención dental y otros especialistas en atención médica. Podemos ayudarlo a encontrar a un proveedor que se adapte a los afiliados con discapacidades físicas y ofrecerle los servicios de un intérprete médico capacitado en el consultorio del proveedor. Puede acceder al Directorio de proveedores del CMDP visitando nuestra página web en dcs.az.gov/services. Si desea que se le envíe por correo una copia del Directorio de proveedores del CMDP sin costo, comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.


PROGRAMAS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

La atención administrada es un sistema que gestiona la prestación de atención médica para controlar los costos. Una organización de atención administrada también se denomina “plan de salud”. El CMDP es el plan de salud del afiliado y es responsable de la atención médica de este.


TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

Cuando un afiliado se inscribe, usted recibe una tarjeta de identificación del afiliado similar a la que se muestra abajo. Esta tarjeta es lo que le permitirá acceder a los servicios de atención médica para el afiliado. Incluye el número de identificación, el nombre y otra información importante del afiliado. La tarjeta de identificación del afiliado tiene un aspecto similar al de la que se muestra abajo.

FRENTE

Arizona Health Care Cost Containment System		ARIZONA DEPARTMENT of CHILD SAFETY Comprehensive Medical and Dental Program
Plan de salud: CMDP		
Nombre del afiliado: Identificación del afiliado: Identificación del AHCCCS:		
Plan de salud conductual (RBHA): Servicio de Atención al Cliente de la RBHA: Línea de ayuda en caso de crisis/las 24 horas:		
AUTORIZACIÓN PREVIA Y SERVICIOS PARA EL AFILIADO DEL CMDP		
602-351-2245 • 1-800-201-1795 • DCS.AZ.GOV/CMDP		

DORSO

	
Línea de ayuda de farmacia: 1-855-577-6310 RxBIN: 0015533 RxPCN: AZMCMMDP	
Lleve esta tarjeta en todo momento. Preséntela cuando reciba un servicio. Es posible que le pidan una identificación con fotografía. El uso inapropiado de esta tarjeta constituye una infracción legal. Esta tarjeta no es una garantía de servicios. Para verificar cuáles son los beneficios, visite DCS.AZ.GOV/CMDP.	
Aviso a proveedores: no le solicite al afiliado que pague copagos ni ningún otro cargo. Factúrele todos los cargos directamente al CMDP.	

La tarjeta de identificación del afiliado tiene un número de teléfono para acceder a los servicios de salud conductual y de tratamiento por consumo de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor según el lugar de residencia del afiliado. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame al número que aparece en la tarjeta.

En el dorso de la tarjeta de identificación del afiliado, podrá encontrar información sobre la farmacia. Si tiene problemas para obtener un medicamento con receta en la farmacia, llame al número de teléfono de la línea de ayuda de la farmacia que aparece en el dorso de la tarjeta.

Si el afiliado tiene licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el Estado, el AHCCCS obtendrá la fotografía del afiliado de la Motor Vehicles Division (División de Vehículos Motorizados o MVD, por sus siglas en inglés) del Arizona Department of Transportation (Departamento de Transporte de Arizona). La pantalla de verificación de elegibilidad para el AHCCCS que ven los proveedores contiene la fotografía del afiliado (si está disponible) y los detalles de su cobertura.

La tarjeta de identificación del afiliado se debe guardar en un lugar seguro. No arroje la tarjeta a la basura. La necesitará cada vez que obtenga servicios médicos para el afiliado. No permita que otras personas utilicen la tarjeta de identificación del afiliado, ya que eso es ilegal. Vender o permitir que otras personas usen la tarjeta del afiliado es un fraude y, por este motivo, se podrían iniciar acciones legales en su contra.

Si no recibe la tarjeta de identificación del afiliado o necesita una tarjeta de reemplazo, comuníquese con Servicios para el Afiliado del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS Y DE LOS ENCARGADOS DEL CUIDADO

Los afiliados del CMDP y los encargados del cuidado tienen las siguientes responsabilidades:

- Proteger en todo momento la tarjeta de identificación del afiliado e informar al CMDP si ha sido robada o extraviada.
- Presentar la tarjeta de identificación del afiliado del CMDP cuando se usen servicios de atención médica.
- Mencionar siempre al DCS/CMDP como la parte encargada de presentar los reclamos.
- Proporcionarles a los proveedores de la red participantes información médica exacta y completa.
- Seguir las instrucciones que le den los proveedores de atención médica y hacer preguntas en caso de que no comprenda las instrucciones.
- Informar al CMDP sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga el afiliado.
- Seguir el tratamiento de atención indicado por el proveedor o informarle lo antes posible al proveedor los motivos por los que no se puede seguir el tratamiento.
- Programar las citas con el médico en horas hábiles, siempre que sea posible, antes de obtener atención de urgencia o de acudir a la sala de emergencias de un hospital.
- Programar las citas fuera del horario de clases del afiliado, siempre que sea posible.
- Hacer todo lo posible por asistir a las citas acordadas y a las citas de seguimiento, y acceder a los servicios de atención preventiva.
- Llevar al afiliado a las citas con el médico y a los exámenes dentales, o comunicarse con el especialista del DCS asignado, el representante del organismo de custodia o el CMDP para proporcionarle ayuda con el transporte.
- Si el afiliado tiene una afección que cumple con los requisitos de los CRS, acceder a las especialidades de la Multi-Specialty Interdisciplinary Clinics (Clínica Interdisciplinaria de Múltiples Especialidades) cuando se lo solicite el CMDP o el proveedor de atención médica.
- Colaborar con el especialista del DCS, el representante del organismo de custodia, el CMDP y los proveedores de atención médica para asegurarse de que el afiliado esté recibiendo la mejor atención posible.
- Avisarle al CMDP y a los proveedores de atención médica si cambia de domicilio o número de teléfono.
- Avisarle al DCS/CMDP si se modifica el tamaño de la familia o si se produce cualquier otro cambio en la información demográfica.

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN

Si se muda con un afiliado a otro condado, estado o país, comuníquese con el personal de Servicios para el Afiliado del CMDP y con el especialista del DCS o el representante del organismo de custodia del afiliado a fin de obtener ayuda para recibir servicios de atención médica en el otro estado. El personal de Servicios para el Afiliado puede ayudarlo a encontrar otra farmacia para el afiliado, o bien ayudarlo con los problemas relacionados con el surtido de medicamentos. También debe comunicarse con el PCP (proveedor de atención primaria) y el PDP (proveedor de atención dental primaria) del afiliado. El aviso anticipado del nuevo domicilio del afiliado permitirá que haya tiempo necesario para transferir los expedientes médicos a un nuevo proveedor. Esto garantiza que el afiliado continúe recibiendo la atención.

El especialista del DCS o el representante del organismo de custodia del afiliado averiguarán si el afiliado puede recibir servicios de atención médica en el otro estado. También le brindarán información sobre cómo solicitar los servicios de Medicaid en nombre del afiliado. Si el afiliado no es elegible para recibir los servicios de Medicaid en el otro estado, el CMDP cubrirá todos los servicios de atención médica que sean necesarios desde el punto de vista médico. El CMDP también trabajará con el especialista del DCS o el representante del organismo de custodia para ubicar y registrar a proveedores.

En la medida de lo posible, el Department of Child Safety (DCS) consultará a los padres biológicos del menor antes de tomar decisiones relacionadas con la atención médica.

Si el DCS tiene la custodia temporal de un menor o tiene la custodia legal por orden judicial, puede otorgar el consentimiento para los siguientes servicios:

- Evaluación y tratamiento de afecciones que requieran atención de emergencia, pero que no pongan en peligro la vida
- Tratamientos y procedimientos médicos y dentales de rutina, incluidos los servicios de Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) y los servicios prestados por proveedores de atención médica para aliviar el dolor y tratar los síntomas de enfermedades o afecciones comunes de la infancia
- Cirugía
- Anestesia general
- Transfusión de sangre
- Pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana

Servicios que no pueden autorizar los encargados del cuidado:

- Anestesia general
- Transfusiones de sangre
- Interrupción del embarazo
- Cualquier cirugía o tratamiento médico que no sea de rutina

CAMBIO DE PLAN DE SALUD

El CMDP facilita la transición de la atención para todos los afiliados con el fin de garantizar el acceso continuo a los servicios cuando los afiliados se retiran del cuidado temporal y deben cambiar su plan de salud. Por hasta 60 días, coordinaremos los servicios de transición para los afiliados que dejan de ser elegibles para el AHCCCS. Esto garantiza que no se interrumpa la cobertura del afiliado.

Los afiliados que se retiran del cuidado temporal, pero que son elegibles en virtud del título XIX, siguen teniendo cobertura de atención médica con otro plan de salud del AHCCCS hasta que se lleve a cabo una redeterminación.

Los afiliados de 18 años de edad que sean elegibles para el AHCCCS mientras estén en cuidado temporal recibirán los beneficios del Young Adult Transitional Insurance Program (Programa de Seguro de Transición para Adultos Jóvenes o YATI, por sus siglas en inglés) para continuar con la cobertura médica del AHCCCS.

Para obtener más información sobre la inscripción en el AHCCCS y la transición a otro plan de salud del AHCCCS, comuníquese con el especialista del DCS o el representante del organismo de custodia del afiliado.

SERVICIOS DE EMERGENCIA Y TRANSPORTE

Una emergencia es una afección repentina que pone en peligro la vida del afiliado o que puede perjudicarlo si no se la trata de inmediato.

Los siguientes son algunos ejemplos de emergencias:

- Sangrado intenso
- Fracturas de huesos
- Dificultad para respirar
- Convulsiones
- Pérdida del conocimiento

La atención de emergencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano.** Los servicios de emergencia están cubiertos por el CMDP y no requieren una autorización previa.

Los servicios de emergencia no deben proporcionarse durante una visita al consultorio del médico.

Avísele de inmediato al especialista del DCS o al representante del organismo de custodia del afiliado y al CMDP si el afiliado recibe servicios de emergencia.

Transporte de emergencia

Si el afiliado requiere servicios de transporte en un caso de emergencia potencialmente mortal, llame al 911 o comuníquese con el servicio de ambulancias local. Los servicios de transporte de emergencia están cubiertos por el CMDP y no requieren una autorización previa.

Transporte necesario desde el punto de vista médico en casos que no son de emergencia

Los encargados del cuidado deben ocuparse del traslado de ida y vuelta del afiliado a las citas médicas. Si necesita que lo lleven a una cita, pídaselo a un familiar o a un amigo, o use el transporte público. Si no consigue transporte, comuníquese con el especialista del DCS o con el representante del organismo de custodia del afiliado, llame a Servicios para el Afiliado al 602.351.2245 o al número gratuito 1.800.201.1795 o escriba por correo electrónico a CMDPMemberServices@azdcs.gov, al menos 24 horas antes de la cita médica.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA CUBIERTOS

Los servicios cubiertos son aquellos servicios de salud que paga el CMDP. Esto comprende la atención médica y de salud conductual, los servicios, los distintos tipos de apoyo, los suministros, los medicamentos de venta con receta y los de venta libre, y los equipos para estos tipos de atención, además de otros servicios. La atención debe ser necesaria desde el punto de vista médico. “Necesario desde el punto de vista médico” implica que el servicio debe ser razonable y necesario

para prevenir o tratar una enfermedad, una afección o una discapacidad. Esto incluye atención que ayude a evitar una hospitalización. También se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

El CMDP paga los servicios de atención médica que son necesarios desde el punto de vista médico. Estos servicios incluyen los siguientes:

- Visitas al consultorio médico
- Exámenes de prevención para niños o servicios del Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT)
- Consultas preventivas para los afiliados de 21 años de edad o más
- Pruebas de detección de plomo, anemia, problemas de audición y visión, infecciones de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino, entre otros
- Vacunas
- Servicios de salud conductual (consulte la sección Servicios de salud conductual de este manual)
- Atención hospitalaria
- Atención especializada, según sea necesario
- Servicios de planificación familiar
- Servicios en el hogar y en la comunidad
- Servicios de laboratorio y de radiología
- Atención durante el embarazo
- Atención médica de emergencia las 24 horas del día
- Atención dental preventiva, de diagnóstico y de restauración
- Transporte de emergencia
- Atención oftalmológica y anteojos
- Transporte necesario desde el punto de vista médico
- Servicios de farmacia, suministros y equipos médicos
- Trasplantes cubiertos por el AHCCCS

El CMDP no cubre los siguientes servicios:

- Ningún tipo de atención que no sea necesaria desde el punto de vista médico
- Ninguna hospitalización, servicio o artículo que requiera PA (autorización previa), pero que no se haya aprobado con antelación o que se haya denegado
- Servicios o artículos con fines estéticos
- Servicios o artículos sin costo o que habitualmente no se cobran
- Interrupción del embarazo, a menos que se obtenga una aprobación previa y asesoramiento sobre la interrupción del embarazo
- Artículos de cuidado personal, como champú, enjuague bucal o pañales para los afiliados, desde que son recién nacidos hasta que cumplen tres años de edad
- Fórmulas o suplementos alimenticios (a menos que sean la única fuente de nutrición o que sean necesarios desde el punto de vista médico)
- Servicios médicos para un recluso de una institución pública, como una cárcel o un centro penitenciario
- Atención proporcionada por personas que no cuentan con la debida licencia o certificación, y que no están inscritas en el CMDP

El CMDP paga los servicios dentales de rutina sin PA (autorización previa) ni predeterminación.

Los servicios dentales de rutina abarcan los siguientes:

- Exámenes dentales y radiografías
- Tratamiento para el dolor, una infección, la hinchazón y las lesiones dentales
- Limpiezas y tratamientos con flúor
- Selladores dentales
- Empastes, extracciones y coronas necesarias desde el punto de vista médico
- Terapia pulpar y de conductos radiculares
- Aplicación de barniz de flúor por parte de un PCP o PDP
- Educación dental

El dentista requiere una PA para brindar servicios dentales especiales, lo que incluye la anestesia general y las ortodoncias.

El CMDP paga los servicios oftalmológicos de rutina sin PA (autorización previa) ni predeterminación. Los servicios oftalmológicos de rutina abarcan los siguientes:

- Exámenes de la vista
- Anteojos y lentes bifocales
- Revestimiento contra rayones
- Reparaciones y reemplazo de anteojos
- Lentes oscuros (cuando son necesarios desde el punto de vista médico)
- Lentes de contacto (con una declaración de por qué son necesarios desde el punto de vista médico)

Ropa interior para la incontinencia

Es posible que el CMDP pague la ropa interior para la incontinencia, incluidos los calzones y las almohadillas para la incontinencia, si el afiliado tiene más de 3 años de edad y padece una afección comprobada que le provoca problemas relacionados con el control de la vejiga y de los intestinos.

El CMDP utiliza las siguientes pautas para determinar la cobertura de la ropa interior para la incontinencia:

- El niño debe ser mayor de 3 años de edad.
- El niño debe necesitar ropa interior para la incontinencia a fin de prevenir lesiones de la piel y de poder participar en actividades comunitarias, sociales, terapéuticas y educativas en circunstancias limitadas.
- El proveedor de atención médica debe emitir una receta médica de 240 unidades de ropa interior para la incontinencia al mes como máximo, a menos que se necesiten más, según la afección médica.

Si el Department of Child Safety proporciona actualmente un estipendio para la compra de ropa interior para la incontinencia y el CMDP la suministrará, se debe suspender el estipendio. El CMDP designará a una compañía de suministros para que haga las entregas de estos artículos en el hogar. Si tiene alguna pregunta sobre la ropa interior para la incontinencia, comuníquese con Servicios Médicos del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Consultas preventivas (afiliados de 21 años de edad o más)

Las consultas preventivas (exámenes preventivos), como los exámenes ginecológicos anuales, los exámenes de mama y los exámenes de próstata, están cubiertas para los afiliados de 21 años de edad o más. La mayoría de las consultas preventivas (también llamadas “consultas de control” o “exámenes físicos”) incluyen la recopilación de antecedentes médicos, exámenes físicos, pruebas de detección, asesoramiento sobre la salud y aplicación de vacunas necesarias desde el punto de vista médico.

Para los afiliados menores de 21 años, consulte la sección sobre el EPSDT de este manual.

Comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov si tiene alguna pregunta sobre los servicios de salud cubiertos.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL FINAL DE LA VIDA

La atención médica para el EOL (final de la vida) es un servicio cuyo enfoque está centrado en el afiliado y cuyo objetivo es respetar los derechos y la dignidad del afiliado mientras este recibe otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que están cubiertos por Medicaid.

La atención médica para el EOL ofrece información sobre cómo mantenerse sano y una mayor flexibilidad para la elección del tratamiento que se llevará a cabo, independientemente de la edad o del estadio de la enfermedad del afiliado. También incluye la planificación anticipada de atención, cuidados paliativos, atención de apoyo, servicios para enfermos terminales.

Cuando sea necesario, la oficina del fiscal general redactará instrucciones anticipadas para los afiliados menores de 18 años de edad, si se encuentran en un hogar de crianza sustituto o están bajo la custodia del DCS.

ESPECIALISTAS Y OTROS PROVEEDORES

El PCP (proveedor de atención primaria) puede encargarse de la mayoría de las necesidades de atención médica del afiliado. También contamos con otros proveedores (médicos) que son especialistas. El CMDP registra a los proveedores que cumplen con los estándares de calidad del CMDP. Queremos que nuestros afiliados reciban el mejor cuidado posible.

Una derivación significa que usted necesita la aprobación de su médico para recibir un servicio o para consultar a otro médico a fin de recibir atención especializada. No se necesita una derivación de su PCP ni de su PDP (proveedor de atención dental primaria) para consultar a un especialista. Las evaluaciones iniciales y las consultas no requieren una PA (autorización previa) de parte del CMDP, excepto las evaluaciones quiroprácticas, de podología y de desarrollo pediátrico o de salud conductual. Su médico se encargará de cualquier derivación que usted necesite.

Una vez que el proveedor especializado haya decidido brindarle un tratamiento médico, le solicitará una PA al CMDP antes de comenzar a proporcionarle los servicios. Si el CMDP deniega los servicios, el especialista del DCS o el representante del organismo de custodia recibirán una carta de denegación en la que se indicará el motivo y la forma en que se puede apelar la decisión.

Las afiliadas tienen acceso directo a la atención preventiva y a los controles rutinarios de un ginecólogo de la red del CMDP sin tener que obtener una derivación del proveedor de atención primaria. Las afiliadas embarazadas pueden elegir a su proveedor de servicios de ginecología y obstetricia como su PCP.

El Directorio de proveedores del CMDP incluye una lista de proveedores especializados. Puede acceder al Directorio de proveedores en nuestra página web, dcs.az.gov/services. Si necesita ayuda para elegir a un proveedor especializado o para solicitar una copia del Directorio de proveedores sin costo, comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Si el proveedor no cubre un servicio, como los servicios de asesoramiento o derivación, debido a objeciones morales o religiosas, comuníquese con Servicios para el Afiliado del CMDP. El personal lo ayudará a encontrar otro proveedor.

Los afiliados indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención médica de cualquier proveedor de Servicios de Salud para Indígenas o de centros administrados o de propiedad de una tribu cuando lo deseen.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PROVEEDORES DE ATENCIÓN DENTAL PRIMARIA

Ya sea que usted sea nuevo en el CMDP, que se haya mudado hace poco o que simplemente esté preparado para hacer un cambio, elegir un PCP (proveedor de atención primaria) y un PDP (proveedor de atención dental primaria) es un puntapié inicial importante para abordar la atención médica del afiliado.

El PCP y el PDP son los proveedores con los que el afiliado se atenderá para la mayoría de sus necesidades médicas y dentales, incluidas las consultas preventivas y las pruebas de detección rutinarias, y para tratar las enfermedades que no sean de emergencia, como dolores de oído o de garganta.

El PCP y el PDP se encargarán de lo siguiente:

- Revisar y llevar un registro de los antecedentes médicos y dentales del afiliado.
- Coordinar la atención para satisfacer las necesidades del afiliado.
- Trabajar con especialistas, farmacias, hospitales y otros proveedores para llevar un registro de toda la atención que recibe el afiliado.
- Proporcionar la información médica y dental del afiliado a las personas que la necesiten.

Cómo elegir un PCP y un PDP

Usted puede elegir un PCP y un PDP del Directorio de proveedores del CMDP. En este directorio, se detallan los idiomas que habla el proveedor y si este puede proporcionar servicios a personas con discapacidades físicas. En esta lista, puede buscar proveedores por ubicación, especialidad y nombre. Puede encontrar el directorio en nuestra página web, dcs.az.gov/services, o puede comunicarse con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov para solicitar que le enviemos una copia del directorio por correo postal sin costo para usted.

Cómo cambiar de PCP y PDP

El afiliado puede cambiar de PCP y de PDP en cualquier momento y por cualquier motivo. Algunos motivos para cambiar de PCP y de PDP son los siguientes:

- El afiliado se muda.
- Usted o el afiliado no se sienten cómodos.
- El consultorio les queda lejos a usted o al afiliado.
- Usted o el afiliado no entienden lo que dice el PCP.

Si cambia de PCP y de PDP del afiliado, pídale a los proveedores actuales que envíen los expedientes médicos del afiliado a los nuevos PCP y PDP. Para solicitar un cambio o para notificarle al CMDP sobre un cambio, comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Programar, reprogramar o cancelar las citas con el PCP o el PDP

Comuníquese con el PCP y el PDP para programar citas para el afiliado. Cuando llame, indíquelo al personal del consultorio que el afiliado tiene cobertura del CMDP.

Además, tenga a mano la siguiente información:

- El nombre del afiliado
- El número de identificación del afiliado del CMDP
- El motivo por el que se requiere la cita

Para cancelar o reprogramar una cita médica o dental, comuníquese con el proveedor al menos un día antes de la cita. Algunos proveedores pueden intentar cobrarle una tarifa si no asiste a una cita. De acuerdo con las leyes del estado de Arizona, el CMDP no puede pagar las citas perdidas ni las citas a las que el afiliado no se presente.

Acceso y disponibilidad para las citas

Los afiliados del CMDP deben poder atenderse con los proveedores cuando lo necesiten. Comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov si no puede conseguir una cita en los plazos que se detallan a continuación.

Plazo para obtener una cita de atención primaria:

- Atención de urgencia: lo antes posible según lo requiera la afección del afiliado, pero a más tardar 2 días hábiles después de solicitar la cita.
- Atención de rutina: en un plazo de 21 días calendario desde que se solicita la cita.

Plazo para obtener citas de atención especializada, incluida la atención dental especializada:

- Atención de urgencia: lo antes posible según lo requiera la afección del afiliado, pero a más tardar 2 días hábiles después de solicitar la cita.
- Atención de rutina: en un plazo de 45 días calendario desde la derivación del afiliado.

Plazo para obtener una cita de atención dental:

- Atención de urgencia: lo antes posible según lo requiera la afección del afiliado, pero a más tardar 3 días hábiles después de solicitar la cita.
- Atención de rutina: en un plazo de 45 días calendario después de solicitar la cita.

Plazo para obtener una cita de atención por maternidad (atención prenatal):

- Durante el primer trimestre: en un plazo de 14 días calendario después de solicitar la cita.
- Durante el segundo trimestre: en un plazo de 7 días calendario después de solicitar la cita.
- Durante el tercer trimestre: en un plazo de 3 días hábiles después de solicitar la cita.
- Para embarazos de alto riesgo: lo antes posible según lo requiera la afección de la afiliada, pero a más tardar 3 días hábiles después de que se identifique un riesgo grave o de inmediato si se trata de una emergencia.

Cómo mantener la salud de los niños

Como persona encargada del cuidado, usted puede ayudar a mantener la salud de los afiliados si hace lo siguiente:

- Asegurarse de que los afiliados asistan a todas las citas pediátricas preventivas y de atención dental.
- Hacer un seguimiento de todas las derivaciones hechas durante las citas con el PCP.
- Asegurarse de que los afiliados reciban todas las vacunas que correspondan. Asegurarse de que las vacunas estén al día (consulte los calendarios de vacunación y más información en el sitio web de los Center for Disease Control and Prevention [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades], <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html>).
- Asegurarse de que los adolescentes asistan a las consultas preventivas. Estas incluyen las consultas anuales ginecológicas de las adolescentes. El médico del adolescente debe hablarle a este sobre la salud reproductiva y los métodos anticonceptivos. También debe hablarle acerca de las relaciones sexuales seguras, incluida la forma de prevenir enfermedades de transmisión sexual. A menudo, en estas consultas, se habla sobre el consumo de drogas y alcohol. El encargado del cuidado del afiliado también debe hablarle acerca de estos temas.

Todos los afiliados del CMDP deben hacerse un examen físico completo y asistir a una consulta de atención dental dentro de los primeros 30 días después de haber sido asignados a un hogar de crianza sustituto. Programe un examen físico y una consulta de atención dental para los afiliados que no hayan recibido estos servicios.

ATENCIÓN PEDIÁTRICA Y EARLY AND PERIODIC SCREENING, DIAGNOSTIC AND TREATMENT (EPSDT)

El Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) es un programa integral de salud infantil para la prevención, el tratamiento, la corrección y la mejora de problemas físicos y de salud mental de los afiliados del AHCCCS menores de 21 años de edad.

El objetivo del EPSDT es garantizar la disponibilidad de los recursos de atención médica y su acceso a ellos, además de ayudar a los beneficiarios de Medicaid a aprovechar con eficacia estos recursos.

Los servicios del EPSDT brindan atención médica integral por medio de la prevención primaria, la intervención temprana, el diagnóstico, el tratamiento necesario desde el punto de vista médico y la atención de seguimiento de los problemas físicos y de salud mental de los afiliados del AHCCCS menores de 21 años de edad. Los servicios del EPSDT incluyen servicios de detección de enfermedades, servicios oftalmológicos, servicios dentales, servicios de audición y todos los demás servicios necesarios desde el punto de vista médico, ya sean obligatorios y opcionales, estipulados en las leyes federales, artículo 1396d(a) del título 42 del United States Code (Código de los Estados Unidos o USC, por sus siglas en inglés), para corregir o mejorar los defectos, las enfermedades y las afecciones físicas y mentales que se hayan identificado en una evaluación del EPSDT, sin importar que los servicios estén cubiertos o no por el plan estatal del AHCCCS. No se aplican otras limitaciones y exclusiones, que no sean el requisito de necesidad médica ni de economía, a los servicios del EPSDT.

Una consulta preventiva es equivalente a una consulta del EPSDT e incluye todas las pruebas de detección y los servicios descritos en los programas de periodicidad del EPSDT del AHCCCS y de atención dental.

Cantidad, duración y alcance: La Ley de Medicaid define los servicios del EPSDT como servicios de detección de enfermedades, servicios oftalmológicos, servicios dentales, servicios de audición y “otros servicios de atención médica, servicios de diagnóstico y de tratamiento necesarios, así como otras medidas descritas en las leyes federales, artículo 1396d(a) del título 42 del USC, para corregir o mejorar los defectos, las enfermedades y las afecciones físicas y mentales que se hayan descubierto a través de los servicios de detección de enfermedades, sin importar que los servicios estén cubiertos o no por el plan estatal (AHCCCS)”.

Esto significa que los servicios cubiertos por el EPSDT incluyen los servicios que corrigen o mejoran los defectos, las afecciones y las enfermedades, físicas o mentales, que se hayan descubierto durante el proceso de detección cuando los servicios están dentro de una de las 29 categorías opcionales y obligatorias de “asistencia médica”, según se define en la Ley de Medicaid. Los servicios cubiertos por el EPSDT incluyen las 29 categorías de servicios incluidas en las leyes federales, incluso cuando no están indicadas como servicios cubiertos en el plan estatal del AHCCCS, o en las leyes escritas, las normas o las políticas del AHCCCS, siempre que los servicios sean asequibles y necesarios desde el punto de vista médico.

El EPSDT incluye, entre otros, la cobertura de lo siguiente: servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, servicios de laboratorio y de radiología, servicios brindados por médicos, servicios brindados por enfermeras practicantes, medicamentos, servicios dentales, servicios de terapia, servicios de salud conductual, suministros médicos, prótesis, anteojos,

transporte y servicios de planificación familiar. El EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, detección, prevención y rehabilitación. Sin embargo, los servicios del EPSDT no incluyen servicios con fines exclusivamente estéticos o que no tienen un costo razonable con respecto a otras intervenciones.

Herramientas de evaluación del desarrollo

Es importante que los proveedores de atención médica usen una herramienta de evaluación del desarrollo durante un examen del EPSDT. Su proveedor puede elegir una de las tres distintas herramientas de evaluación del desarrollo:

- PEDS (Evaluación de los padres sobre el estado de desarrollo)
- M-CHAT (Lista de verificación modificada para la evaluación del autismo en niños pequeños)
- ASQ (Cuestionario de edades y etapas)

Los encargados del cuidado deben asegurarse de que se realice una evaluación del desarrollo en cada consulta preventiva del EPSDT. Solo pueden hacer estas evaluaciones los proveedores certificados por el AHCCCS para usar las herramientas PEDS, M-CHAT y ASQ. Es importante encontrar a un proveedor certificado en estas herramientas de evaluación del desarrollo.

Comuníquese con Servicios Médicos llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPNurse@azdcs.gov si tiene alguna pregunta sobre el EPSDT.

El CMDP permite el uso del programa de consultas mejorado que recomienda la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría) para niños asignados a un hogar de crianza sustituto. Con consultas preventivas adicionales, los proveedores pueden abordar los complejos problemas de salud que los niños pueden afrontar cuando se adaptan a nuevos hogares, escuelas, etc.

SEN (recién nacidos expuestos a sustancias)

Se ha identificado que muchos menores que han sido asignados a un hogar de crianza sustituto han sufrido una exposición a sustancias al nacer y se consideran SEN (recién nacidos expuestos a sustancias). Las sustancias identificadas por los hospitales y otros profesionales médicos pueden incluir alcohol, anfetaminas, cocaína, inhalantes, marihuana, heroína, analgésicos con receta, opioides y otras drogas de abuso. Es muy importante que las personas que cuidan de estos bebés y niños vulnerables conozcan los signos que estos presentan debido a la exposición a estas sustancias.

Qué esperar a la hora de cuidar a un recién nacido expuesto a sustancias

No todos los bebés o niños expuestos a las drogas tendrán problemas en el futuro. Existen varios mitos relacionados con los SEN. Las denominaciones “bebés de hielo” o “bebés de metanfetaminas” son inexactas debido a la falta de pruebas científicas que las fundamenten.

Los efectos de las drogas en los bebés y los niños dependen de la cantidad de droga consumida y de cuán prolongado fue el consumo de drogas durante el embarazo. El niño expuesto a las drogas puede correr el riesgo de presentar problemas en las futuras etapas de su vida, como retraso del

habla, trastorno de hiperactividad con déficit de atención y problemas conductuales que probablemente no se manifiesten clínicamente antes de los dos años de edad o, incluso, antes de la edad escolar.

Los signos de exposición a las drogas no son exclusivos de un SEN y pueden estar presentes en otros casos. La clave para el diagnóstico de exposición a sustancias es obtener los antecedentes detallados de la droga o de la bebida alcohólica que se consumió durante el embarazo, además de los factores de estrés y los efectos ambientales.

Síntomas comunes y planes de atención sugeridos para un recién nacido expuesto a sustancias

El plan de atención para el bebé o niño se debe elaborar junto con el PCP del niño para garantizar que se cubran las necesidades médicas correspondientes. La atención y el tratamiento se basan en los síntomas que el bebé o niño pueda tener, no en el hecho de que el niño haya estado expuesto a las drogas.

Es importante que el PCP haga un seguimiento minucioso del niño para controlar su crecimiento y desarrollo.

Mantener una rutina constante es de extrema importancia, especialmente si el bebé o niño tiene un régimen de visitas con los padres. Los encargados del cuidado deben saber que la mejor manera de interactuar con el bebé o niño es reduciendo la reacción de este. Puede que la reacción del bebé o niño no esté causada por el rechazo o un apego deficiente, sino que podría ocurrir como forma de sobrellevar una pérdida y su correspondiente duelo.

El CMDP publica un folleto que se llama “Handle with Care: Special Care for the Substance Exposed Newborn” (Manéjese con cuidado: atención especial para el recién nacido expuesto a sustancias). Este folleto contiene información y consejos sobre cómo cuidar a los SEN. Puede obtener el folleto en nuestra página web, dcs.az.gov/services. También puede comunicarse con Servicios Médicos llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPNurse@azdcs.gov para solicitar una copia del folleto o si tiene alguna pregunta sobre los servicios disponibles.

Seguridad para el bebé mientras duerme

¿Cómo es un ambiente seguro para que los bebés duerman? Las siguientes son pautas seguras para dormir a fin de reducir el riesgo del SIDS (síndrome de muerte súbita del infante) y otras causas de muerte infantil relacionadas con el sueño:

- Siempre coloque al bebé boca arriba para que duerma de manera segura.
- Use una cuna de seguridad aprobada, cubierta con una sábana ajustada.
- No coloque almohadas, cobertores, peluches ni protectores para cunas.
- No coloque objetos blandos, juguetes ni ropa de cama holgada cerca del área en la que duerme el bebé.
- No fume cerca del bebé.
- El bebé no debe dormir en la cama de un adulto, en un sofá ni en una silla, ya sea solo o acompañado.
- No debe haber nada cerca de la cabeza del bebé ni nada que la cubra.

Si tiene alguna pregunta o si desea obtener más información sobre la seguridad para el bebé mientras duerme, visite nuestra página web en dcs.az.gov/services.

VACUNAS

Las vacunas pueden evitar que los niños y los jóvenes se enfermen en el futuro. Hable con el PCP del afiliado sobre las vacunas que son necesarias y sobre cuándo es conveniente administrarlas. Debe usar un calendario de vacunación y actualizarlo cuando visite al médico del afiliado.

Para solicitar una tarjeta de vacunación para toda la vida, comuníquese con Servicios para el Afiliado del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov. Puede usar esta tarjeta para llevar un control de todas las vacunas que recibe el afiliado.

Calendarios de vacunación recomendados

Los encargados del cuidado que residen en el estado de Arizona están obligados a cumplir las leyes que rigen la salud de los menores que se encuentran en hogares de crianza sustitutos. El artículo 58 del Arizona Administrative Code (Código Administrativo de Arizona), R6-5-5830, Atención médica y dental, estipula lo siguiente:

“Un encargado del cuidado debe ocuparse de que un niño en un hogar de acogida reciba atención médica y dental de rutina, la cual debe incluir un examen médico anual, exámenes dentales semestrales, vacunas y análisis médicos de rutina”.

Las leyes de Arizona exigen que los niños en edad escolar y los niños inscritos en guarderías reciban las vacunas que correspondan según su edad. Las excepciones y adiciones a las reglas son las siguientes:

- Los padres biológicos cuyas creencias religiosas no permitan la vacunación deben firmar una exención religiosa.
- El médico del menor debe firmar un formulario de exención médica si existe evidencia de inmunidad o una razón médica por la que el menor no pueda recibir las vacunas. Se debe mantener archivada una copia de los resultados de los análisis de laboratorio para demostrar la inmunidad del menor.

Es inusual que se produzcan reacciones a las vacunas y, por lo general, no son más graves que los síntomas leves de la gripe. Las reacciones graves son muy inusuales. Los peligros de no vacunarse son mucho más graves que los de la posibilidad de que se produzca una reacción grave.

Las vacunas no son solo para los bebés. Los niños reciben la mayoría de las vacunas entre el nacimiento y los 4-6 años de edad. Los adolescentes también deben vacunarse. Hable con su PCP sobre las vacunas que ellos necesitan para ayudarlos a protegerse a medida que crecen.

Para obtener más información sobre las vacunas y para revisar los calendarios de vacunación recomendados, visite la página web de los Centers for Disease Control and Prevention en <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/easy-to-read/index.html> o comuníquese con Servicios Médicos del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPNurse@azdcs.gov.

Nota: Los Centers for Disease Control and Prevention modifican periódicamente los calendarios de vacunación recomendados. Hable con el PCP o el médico del afiliado sobre las vacunas.

SERVICIOS PARA EL EMBARAZO Y LA SALUD DE LA MUJER

Es muy importante que las afiliadas que tengan la edad adecuada y una vida sexual activa se sometan a un examen ginecológico al menos una vez por año. Los exámenes ginecológicos ayudan a los proveedores a determinar cuáles son los servicios de atención preventiva de rutina adecuados.

Los servicios para el embarazo y la salud de la mujer incluyen los siguientes:

- Papanicolaou
- Examen mamario
- Mamografía (cuando es necesaria desde el punto de vista médico)
- Vacunas (que incluyen la vacuna contra el HPV [virus del papiloma humano])
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual

La atención ginecológica se ofrece a través del PCP y, con frecuencia, está incorporada en el EPSDT o los controles preventivos. Las afiliadas tienen acceso directo a la atención preventiva y a los controles rutinarios de un ginecólogo de la red del CMDP sin tener que obtener una derivación del proveedor de atención primaria.

Atención por embarazo/maternidad

Si una afiliada cree que está embarazada, debe solicitar una cita con el PCP de inmediato. El PCP podrá constatar si la afiliada está embarazada. El PCP proporcionará los nombres de los PCO (obstetras de atención primaria) para que la afiliada elija.

El CMDP paga los servicios de obstetricia. El PCO se especializa en atención obstétrica. El PCO controla y trata a las mujeres embarazadas durante el embarazo. Los servicios incluyen atención durante el embarazo y el parto, así como atención puerperal o cuidados después del parto. Se recomienda que las afiliadas continúen atendiéndose con el mismo PCO durante todo el embarazo. Si una afiliada se muda o debe cambiar de PCO por algún motivo, se hará todo lo posible por garantizar la comunicación entre los PCO para que no se interrumpa la atención.

Si la afiliada es nueva en el CMDP y ya recibía atención de un PCO, puede seguir atendiéndose con el mismo PCO. Si el obstetra no está inscrito en el CMDP, se hará lo posible por inscribir a ese proveedor.

El PCO se encargará de los controles periódicos de la afiliada para asegurarse de que el embarazo transcurra sin complicaciones. La atención médica temprana y los controles periódicos durante el embarazo son importantes para la salud de la madre y del bebé.

Las normas relativas a los tiempos de las citas con el PCO para todas las embarazadas son las siguientes:

- Primer trimestre (los primeros 3 meses de embarazo): en un plazo de 14 días después de solicitar la cita.
- Segundo trimestre (el segundo período de 3 meses del embarazo): en un plazo de 7 días después de solicitar la cita.

- Tercer trimestre (último período de 3 meses del embarazo): en un plazo de 3 días después de solicitar la cita.
- Embarazo de alto riesgo (cuando se tienen necesidades especiales que ponen a la madre o al bebé en riesgo de sufrir daño): en un plazo de 3 días después de solicitar la cita.
- Emergencia (cuando una afiliada necesita atención de urgencia debido a una crisis, tal como un sangrado, etc.): inmediatamente.

Es importante que la afiliada asista a todas las citas programadas por el PCO, incluida la cita después del parto. Si la afiliada tiene alguna dificultad para programar las citas de control en los plazos habituales, comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Coordinadores de salud materna

Los MHC (coordinadores de salud materna) del CMDP se aseguran de que se les proporcionen todos los servicios necesarios a las afiliadas durante el embarazo. El MHC trabaja con la afiliada, el especialista del DCS o el representante del organismo de custodia para asegurarse de que la afiliada esté recibiendo la atención prenatal que corresponda. El MHC se asegura de que el PCO le solicite a la afiliada las pruebas y los estudios correspondientes durante el embarazo y después de este. Entre estas se incluyen las pruebas de detección del VIH y los estudios para detectar la depresión durante el embarazo y después de este. El MHC también hará un seguimiento con el especialista del DCS o el representante del organismo de custodia para coordinar la asistencia psicológica, según sea necesario.

Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre la atención durante el embarazo y por maternidad, comuníquese con Servicios Médicos llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPNurse@azdcs.gov y solicite los servicios de un coordinador de salud materna.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los servicios de planificación familiar son gratuitos y se ofrecen a todos los afiliados del sexo masculino y femenino de 12 años de edad en adelante. Con frecuencia, los servicios de planificación familiar están incorporados en el EPSDT o el control preventivo acorde a la edad de los afiliados. Los afiliados pueden elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar para recibir estos servicios.

Los servicios de planificación familiar incluyen los siguientes:

- Educación sobre cómo evitar un embarazo
- Medicamentos
- Suministros (incluyen diafragmas, preservativos/condones, espumas, parches y métodos anticonceptivos implantados)
- Exámenes físicos anuales
- Análisis de laboratorio
- Exámenes radiológicos relacionados con la planificación familiar
- Tratamiento de problemas causados por el uso de anticonceptivos
- Anticonceptivo oral de emergencia en un plazo de 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección

Los siguientes servicios NO están cubiertos con fines de planificación familiar:

- Servicios para tratar la infertilidad
- Asesoramiento sobre la interrupción del embarazo
- Interrupción del embarazo
- Esterilización
- Histerectomía

Las afiliadas que deseen un método anticonceptivo deben hablar con su médico. Es posible que se deban hacer exámenes físicos y análisis de laboratorio antes de comenzar a usar algún método anticonceptivo. También es posible que deban asistir a citas de control programadas de forma periódica. Las afiliadas pueden atenderse con su PCP o elegir a un ginecólogo sin la necesidad de obtener una derivación.

STD (enfermedades de transmisión sexual)

Los proveedores del CMDP informan a los afiliados acerca de las STD (enfermedades de transmisión sexual) y de qué manera se transmiten de una persona a otra. También les enseñan a los afiliados cómo prevenir las STD. El CMDP cubre las pruebas de detección de STD, incluida la del VIH (el virus que causa el sida).

Si es necesario hacer la prueba del VIH, el afiliado debe recibir asesoramiento sobre pruebas del VIH de parte del proveedor de atención médica o del departamento de salud local. Los afiliados de 12 años de edad o más pueden dar su consentimiento si el médico indica que es necesario hacer pruebas del VIH. No se necesita ninguna otra aprobación. Los afiliados menores de 12 años de edad deben tener la aprobación del encargado del cuidado, del especialista del DCS o del representante del organismo de custodia. La aprobación también puede provenir de un representante del sistema de justicia juvenil.

Vacuna contra el HPV (virus del papiloma humano)

El HPV (virus del papiloma humano) es un virus frecuente que puede causar cáncer de cuello uterino. El virus se transmite por medio del contacto sexual. El HPV no suele producir síntomas, lo cual hace que sea más difícil que una persona sepa que lo tiene. Es importante que tanto los hombres como las mujeres reciban la vacuna contra el HPV. Deben vacunarse antes de iniciar su vida sexual, ya que en este período la vacuna puede proporcionar la mayor protección.

Interrupciones del embarazo necesarias desde el punto de vista médico

La interrupción del embarazo es un servicio cubierto por el AHCCCS solo en situaciones especiales. El AHCCCS cubre la interrupción del embarazo si se cumple alguno de los siguientes criterios:

- La afiliada embarazada sufre un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física, incluida una afección potencialmente mortal causada por el embarazo o que surge de este, y que podría, según la certificación de un médico, poner a la afiliada en peligro de muerte si no se interrumpe el embarazo.
- El embarazo es el resultado de un caso de incesto.
- El embarazo es el resultado de una violación.

- La interrupción del embarazo es necesaria desde el punto de vista médico, de acuerdo con el criterio profesional de un médico con licencia, quien da fe de que podría esperarse razonablemente que la continuación del embarazo represente un problema físico o de salud conductual grave para la afiliada embarazada porque:
 - le origina un problema físico grave o un problema de salud conductual a la afiliada embarazada;
 - causa un impedimento grave en una función corporal de la afiliada embarazada;
 - causa una disfunción en un órgano o una parte del cuerpo de la afiliada embarazada;
 - agudiza un problema de salud de la afiliada embarazada;
 - impide que la afiliada embarazada obtenga tratamiento para un problema de salud.

ATENCIÓN DENTAL

Los dientes de leche pueden tener caries, por lo que es importante empezar con el cuidado de salud bucal a una edad temprana. Los afiliados del CMDP deben comenzar a recibir servicios dentales cuando cumplen 1 año de edad. Esta consulta temprana se conoce como “revisión preventiva del bebé” y establece un “hogar dental” para la atención futura. Las revisiones dentales periódicas se deben hacer cada 6 meses después de la primera consulta. Las revisiones incluyen limpieza dental y tratamiento con flúor para ayudar a asegurar la salud a largo plazo de los dientes y las encías del niño.

La evaluación de la salud bucal forma parte de la evaluación del EPSDT que el PCP lleva a cabo. Otros proveedores pueden aplicarles barniz de flúor a los afiliados que tengan por lo menos 6 meses de edad y al menos un diente. Esta evaluación de la salud bucal en la consulta del EPSDT NO reemplaza el examen hecho por un dentista. Aun así, el bebé debe ser atendido por el dentista al año de edad.

Los afiliados no necesitan una derivación de su PCP y pueden acudir a cualquier dentista del Directorio de proveedores. Para cancelar o cambiar una cita con su PDP, llame al proveedor al menos un día antes de la cita. Si no acude a una cita, algunos proveedores podrían intentar cobrarle una tarifa. Las leyes de Arizona estipulan que al CMDP no le corresponde pagar las citas perdidas o las citas a las que el afiliado no se presente.

CÓMO OBTENER MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

El CMDP cubre los medicamentos que son necesarios desde el punto de vista médico, son asequibles y están permitidos por las leyes federales y estatales. Cuando un proveedor hace una receta médica, el medicamento debe surtirse en una farmacia que esté registrada en el AHCCCS y en la red de farmacias del CMDP. Los medicamentos de venta libre que son necesarios desde el punto de vista médico también están cubiertos si usted cuenta con una receta del proveedor de atención médica.

Las farmacias del CMDP están detalladas en el Directorio de proveedores del CMDP. La mayoría de ellas abren las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de farmacia durante el horario de atención o fuera de él, llame al número de teléfono de la línea de ayuda de farmacia que figura en el reverso de la tarjeta de identificación del afiliado del CMDP. Si en el punto de venta de una farmacia se niegan a venderle los medicamentos de venta con receta, llame a su PCP o al proveedor que le recetó los medicamentos para que lo ayuden.

El CMDP tiene una PDL (Lista de medicamentos preferidos). La PDL (o “formulario”) es una lista de medicamentos aprobados por el CMDP. Los proveedores de atención médica deben consultar la PDL cuando receten medicamentos. Para los medicamentos no incluidos en la PDL, el proveedor debe obtener una PA (autorización previa) del CMDP antes de que usted vaya a la farmacia.

Los medicamentos recetados por los proveedores de una RBHA deben surtirse utilizando el número de identificación de la RBHA, no el de la tarjeta de identificación del CMDP.

Cobertura de medicamentos de Medicare para barbitúricos y benzodiazepinas

Para los beneficiarios del CMDP que tienen Medicare, el CMDP NO paga ningún medicamento cubierto por Medicare ni el costo compartido (coaseguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos. El AHCCCS y sus contratistas tienen prohibido pagar estos medicamentos o el costo compartido (coaseguro, deducibles y copagos) de los medicamentos disponibles a través de la Parte D de Medicare, incluso si el afiliado elige no participar en el plan de la Parte D.

Las farmacias contratadas del CMDP deben proporcionarle al afiliado los medicamentos reembolsables por el gobierno federal que sean necesarios desde el punto de vista médico, siempre y cuando se cumplan los siguientes criterios:

Parámetro de evaluación	Criterios mínimos para iniciar intervenciones
Uso excesivo	El afiliado utilizó lo siguiente en un período de 3 meses: > 4 recetadores > 4 medicamentos diferentes con potencial de abuso > 4 farmacias O El afiliado recibió 12 o más recetas de los medicamentos que se incluyen en la sección A-1 en los últimos tres meses.
Fraude	El afiliado presentó una receta falsificada o alterada en la farmacia.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Las afecciones de salud conductual son los problemas de salud que se informan con más frecuencia en los menores que viven en hogares de crianza sustitutos. Si los problemas no se tratan, pueden surgir complicaciones que se convertirán en problemas conductuales a largo plazo.

Los afiliados pueden recibir cobertura de salud conductual a través de una RBHA (autoridad regional de salud conductual) contratada por el AHCCCS, así como a través del CMDP o de CRS (servicios de rehabilitación infantil).

Los servicios de salud conductual se proporcionan de acuerdo con los siguientes principios del sistema:

- Fácil acceso a la atención
- Participación del beneficiario de los servicios de salud conductual, así como de un integrante de su familia
- Colaboración con la comunidad en general

- Innovación eficaz
- Expectativa de mejoras
- Competencia cultural

Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros, los siguientes:

- Control de la conducta (asistencia personal de salud conductual, apoyo familiar, capacitación para la atención en el hogar, autoayuda, apoyo de pares)
- Servicios de gestión de casos de salud conductual (limitados)
- Servicios de enfermería de salud conductual
- BHRF (centros residenciales de salud conductual), que antes se conocían como TGH (hogares terapéuticos para grupos)
- HCTC (servicios terapéuticos de salud conductual en el hogar), algunas veces llamados “cuidados temporales terapéuticos”
- Atención de salud conductual de emergencia
- Transporte en casos de emergencia y en casos que no son de emergencia
- Evaluación y valoración
- Terapia y asesoramiento individual, grupal y familiar
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
- Centros psiquiátricos no hospitalarios para pacientes hospitalizados (BHIF [centros de salud conductual para pacientes hospitalizados]), que anteriormente se conocían como “RTC” (centros de tratamiento residencial)
- Servicios de laboratorio y radiología para el diagnóstico y la regulación de medicamentos psicotrópicos
- Tratamiento con agonistas opioides
- Cuidado parcial (programa diurno supervisado, programa terapéutico diurno y programa médico diurno)
- Rehabilitación psicosocial (capacitación sobre las habilidades de la vida cotidiana, promoción de la salud, servicios de apoyo para la búsqueda de empleo)
- Ajuste y supervisión de medicamentos psicotrópicos
- Atención de relevo
- Servicios de organismos de transición por trastornos por abuso de sustancias en entornos rurales
- Pruebas de detección de salud conductual

Un PCP puede tratar a los afiliados que presentan trastornos de depresión, ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El PCP puede recetar medicamentos y hacer visitas para supervisar la toma de los medicamentos. Siempre se recomienda la derivación a un especialista en salud conductual para los menores que están en hogares de crianza sustitutos, lo cual es de especial importancia para los niños menores de seis años de edad. Lo mejor es que un profesional médico de salud conductual, como un psiquiatra, evalúe, valore y supervise las necesidades personales de salud conductual de los menores que están en hogares de crianza sustitutos.

RBHA (autoridad regional de salud conductual)

La mayoría de los afiliados del CMDP elegibles para el AHCCCS y el programa KidsCare obtienen servicios de salud conductual, que incluyen los servicios por abuso de drogas y alcohol de una RBHA (autoridad regional de salud conductual) del AHCCCS. Los afiliados del CMDP son

asignados a una RBHA cuando se inscriben en el CMDP o en otro plan de salud del AHCCCS. La asignación a una RBHA se hace de acuerdo con el tribunal correspondiente a la jurisdicción del afiliado.

Todos los afiliados deben someterse a una evaluación inicial a cargo de un proveedor de la RBHA. Existe un servicio de respuesta rápida especial de la RBHA para los afiliados del CMDP. La RBHA evalúa a la mayoría de los afiliados del CMDP cuando ingresan en un hogar de crianza sustituto. El CMDP cubre el transporte para la primera evaluación.

En la tarjeta de identificación del afiliado del CMDP, figura un número de teléfono para acceder a los servicios de salud conductual y por abuso de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor según el lugar de residencia del afiliado. La RBHA pagará la mayoría de los servicios de salud conductual, incluidos los medicamentos de venta con receta para las afecciones de salud conductual. No use la tarjeta de identificación del CMDP para pagar los medicamentos de la RBHA. El CMDP no cubre este servicio. La RBHA está a cargo del pago. Pregúntele al proveedor de la RBHA a qué farmacia debe acudir y proporcionele al farmacéutico el número de identificación de la RBHA del afiliado.

Puede encontrar más información publicada sobre los servicios de salud conductual y contactos adicionales en el sitio web del AHCCCS:

<https://www.azahcccs.gov/Members/AlreadyCovered/MemberResources/Foster/>.

Si desea expresar cualquier dificultad o apreciación relacionada con el proceso para recibir los servicios de salud conductual, comuníquese con Resolución Clínica del AHCCCS llamando al 602.364.4669 o al 1-800-867-5808, o por correo electrónico escribiendo a dcs@azahcccs.gov.

Información de salud conductual y privacidad

Estas son leyes que determinan quién puede acceder a su información de salud conductual con o sin su autorización. La información sobre tratamiento por abuso de sustancias y sobre enfermedades contagiosas (por ejemplo, información sobre el VIH/SIDA) no se puede divulgar a otras personas sin su autorización por escrito.

Algunas veces, no es necesario obtener su permiso para divulgar su información de salud conductual a los efectos de ayudar a coordinar y pagar su atención. Estos casos podrían incluir divulgar su información a los siguientes:

- Médicos y otros organismos que proporcionan servicios sociales, de salud o de bienestar
- Su proveedor médico de atención primaria
- Algunos organismos estatales que participan en su atención y tratamiento, según sea necesario
- Integrantes del equipo clínico que participa en su atención

Otras veces, puede ser útil divulgar su información de salud conductual a otras instituciones, tales como establecimientos educativos. Puede que sea necesario obtener su permiso por escrito para poder divulgar su información.

CRS (SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL)

¿Qué son los CRS?

Los CRS (servicios de rehabilitación infantil) son una designación que reciben determinados afiliados del AHCCCS porque padecen afecciones que cumplen con los requisitos. Los afiliados que cuenten con una designación de CRS pueden recibir los mismos servicios cubiertos por el AHCCCS que los afiliados del AHCCCS que no la tienen, y pueden recibir atención en la comunidad o en clínicas llamadas “MSIC” (clínicas interdisciplinarias de múltiples especialidades). Las MSIC reúnen a muchos proveedores especializados en un mismo lugar. El plan de salud le brindará asistencia al afiliado que cuente con una designación de CRS para coordinar y supervisar la atención de manera más minuciosa a fin de garantizar que se cubran las necesidades especiales de atención médica. La Division of Member Services (División de Servicios para el Afiliado o DMS, por sus siglas en inglés) del AHCCCS determina la elegibilidad para una designación de CRS.

¿Quién es elegible para una designación de CRS?

Los afiliados del AHCCCS pueden ser elegibles para una designación de CRS si cumplen con los siguientes requisitos:

- Tienen menos de 21 años.
- Padecen una afección que reúne los requisitos para los CRS.

La afección debe cumplir con estos requisitos:

- Requerir un tratamiento activo.
- Reunir los criterios de la DMS del AHCCCS según lo especificado en R9-22-1301-1305.

Cualquier persona puede completar una solicitud de CRS, por ejemplo, un familiar, un médico o un representante del plan de salud. Para solicitar una designación de CRS, envíe los siguientes documentos por correo postal o por fax:

- Una solicitud de CRS completa.
- La documentación médica que justifique que el solicitante padece una afección que reúne los requisitos de los CRS y que requiere un tratamiento activo.

El CMDP proporcionará la atención necesaria desde el punto de vista médico, y servicios y atención médica para la afección que reúna los requisitos de los CRS.

Desde el 1 de octubre de 2018, el CMDP tiene la obligación de brindar pruebas de detección de enfermedades, evaluación, tratamiento médico y rehabilitación a afiliados menores de 18 años de edad que padecen afecciones crónicas e incapacitantes que reúnen los requisitos de los CRS (servicios de rehabilitación infantil), según se define en la sección R9-22-1303 del Arizona Administrative Code (AAC). Los afiliados también deben ser elegibles para el AHCCCS (título XIX) a fin de recibir los servicios de atención especializada.

Algunas afecciones que reúnen los requisitos de los CRS son las siguientes:

- Espina bífida
- Afecciones cardíacas debidas a malformaciones o defectos congénitos
- Parálisis cerebral
- Algunos defectos de nacimiento, labio leporino o paladar hendido

- Pie zambo
- Dislocación de cadera
- Trastornos metabólicos
- Trastornos musculares y nerviosos
- Neurofibromatosis
- Anemia drepanocítica

Si tiene conocimiento de que un afiliado padece una posible afección que reúne los requisitos de los CRS, el CMDP completará la solicitud de CRS con el especialista del DCS o con el representante del organismo de custodia. Los CRS proporcionarán la evaluación y el tratamiento para la afección que padezca el afiliado y que reúna los requisitos de los CRS, además de todos los demás servicios de atención médica.

Los afiliados a quienes se les hayan diagnosticado una afección que reúne los requisitos de los CRS serán asignados a una MSIC (clínica interdisciplinaria de múltiples especialidades). Las MSIC son centros en los que múltiples proveedores de atención primaria, de atención especializada y de salud conductual pueden reunirse con los afiliados y proporcionarles servicios interdisciplinarios en el mismo lugar y durante la misma cita. En la MSIC, usted puede reunirse cara a cara con el equipo de atención del afiliado y recibir servicios médicos.

Los servicios que ofrecen las MSIC incluyen los siguientes:

- Audiología, para trastornos de la audición y del equilibrio.
- Cardiología, para afecciones cardíacas debidas a defectos congénitos.
- Endocrinología, para las afecciones hormonales y las enfermedades hormonales.
- ENT (otorrinolaringología), para las afecciones del oído, de la nariz y de la garganta.
- Gastroenterología, para las afecciones del tubo digestivo.
- Genética, para afecciones que pueden provocar problemas hereditarios.
- Nefrología, para las afecciones de los riñones.
- Neurología, para las afecciones del cerebro, de la columna vertebral y de los nervios.
- Neurocirugía, para brindar atención quirúrgica para las afecciones del cerebro, de la columna vertebral y de los nervios.
- Nutrición, para brindar asesoramiento sobre los nutrientes de los alimentos y la forma en que el organismo usa esos nutrientes.
- Terapia ocupacional, para brindar ayuda especializada a fin de fomentar la independencia en las actividades cotidianas.
- Oftalmología, para afecciones que afectan la salud y la estructura de los ojos.
- Ortopedia, para afecciones del sistema musculoesquelético, incluidos los trastornos congénitos.
- Cirugía pediátrica, para bebés, niños y adolescentes.
- Fisioterapia, para facilitar el movimiento, hacer ejercicios y recibir masajes a fin de estimular la flexibilidad y el funcionamiento.
- Cirugía plástica, para la reconstrucción o la reparación de cualquier parte del cuerpo a fin de mejorar su funcionamiento.
- Psicología, para el estudio de la mente y del comportamiento.
- Psiquiatría, para brindar atención especializada para afecciones de salud conductual, incluida la administración de medicamentos.

- Reumatología, para las afecciones de las articulaciones, los músculos y los ligamentos, como la artritis.
- Atención para la escoliosis, una afección en la que la columna vertebral se curva hacia un lado específico o en un grado determinado.
- Terapia del habla y del lenguaje, para la rehabilitación del uso del lenguaje y la alimentación/deglución.
- Urología, para afecciones de las vías urinarias.
- Servicios de especialistas en atención emocional pediátrica, para promover las estrategias de afrontamiento mediante el juego en el caso de los niños y las familias que se ven afectados por una hospitalización, una enfermedad o un procedimiento médico.
- Servicios para el paciente y la familia, incluidos los servicios de trabajadores sociales y defensores de los pacientes, que proporcionan a los afiliados y a sus familias apoyo, información y recursos comunitarios.

Para programar, reprogramar o cancelar una cita del afiliado en una MSIC, comuníquese con la MSIC asignada para el afiliado, y su personal podrá ayudarlo. A continuación, se detallan las MSIC y los servicios que ofrecen:

Región centro	
Servicios de rehabilitación infantil del DMG (grupo médico del distrito) <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada • Servicios de atención primaria • Servicios ampliados de salud conductual 	Servicios de rehabilitación infantil del DMG 3141 N 3rd Avenue Phoenix, AZ 85013 602-914-1520 1-855-598-1871 www.dmgaz.org
Región sur	
Clínicas de servicios de rehabilitación infantil <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada • Servicios de atención primaria • Servicios ampliados de salud conductual 	Children's Clinics Square & Compass Building 2600 North Wyatt Drive Tucson, AZ 85712 520-324-5437 1-800-231-8261 www.childrensclinics.org
Región norte	
Servicios de Rehabilitación Infantil de Flagstaff Regional Medical Center <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada 	Servicios de Rehabilitación Infantil 1200 North Beaver Flagstaff, AZ 86001 928-773-2054 1-800-232-1018 https://nahealth.com/childrens-health-center/kids-special-healthcare
Región sudoeste	
Servicios de Rehabilitación Infantil Tuscany Medical Plaza Clínica de CRS de Yuma <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada 	Servicios de Rehabilitación Infantil Tuscany Medical Plaza 2851 S Avenue B, Suite 25 Yuma, AZ 85364 928-336-7095 1-800-837-7309 www.yumaregional.org/Medical-Services/Pediatric-Care/Pediatric-Sub-Specialty-Clinic/Children-s-Rehabilitation-

PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Una PA (autorización previa) es el proceso por el cual el PCP o especialista se comunica con el CMDP a fin de obtener la aprobación para brindar servicios especiales. El proveedor de atención médica debe encargarse de obtener la PA del CMDP. El CMDP revisa la solicitud de los servicios que haga usted, su PCP o su especialista. Su médico le indicará si se aprueba el servicio.

Por lo general, las decisiones sobre las autorizaciones se toman en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en la que se recibe la solicitud. Pueden otorgarse prórrogas de hasta 14 días calendario si es lo más conveniente para el afiliado. Por ejemplo, es posible que estemos esperando recibir sus expedientes médicos de parte de su médico. En lugar de tomar una decisión sin contar con dichos expedientes, podemos preguntarle si le parece bien que nos tomemos más tiempo hasta recibir los expedientes. De esta forma, podremos tomar una decisión con la información más completa. Le enviaremos una carta para pedirle la prórroga.

Las decisiones aceleradas (urgentes) en situaciones de urgencia y potencialmente mortales se toman en un plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud de autorización, a menos que haya una prórroga vigente.

Si se deniega el servicio, el CMDP le enviará una carta que se denomina “NOA” (Aviso de determinación adversa de beneficios). Usted tiene derecho a apelar la decisión (consulte la sección *Reclamos de los afiliados* de este manual).

En nuestra página web, puede consultar una lista de los servicios que requieren una autorización previa: dcs.az.gov/services.

Para obtener más información sobre el proceso de PA o para solicitar los requisitos que se usan para tomar una decisión de PA, comuníquese con Servicios Médicos del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPNurse@azdcs.gov.

Aprobación previa para atenderse con un proveedor fuera de la red

Le recomendamos que se atienda con los proveedores registrados en el AHCCCS y el CMDP. Puede consultar una lista de los proveedores de nuestra red en nuestra página web, dcs.az.gov/services.

Sin embargo, puede haber casos en los que el afiliado necesite atención de parte de un proveedor que no forma parte de nuestra red. Si desea atenderse con un proveedor que no está registrado en el CMDP ni en el AHCCCS, comuníquese con Servicios para el Afiliado del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov. Nos comunicaremos con el proveedor de atención médica para brindarle información sobre el proceso de registro.

SI RECIBE UNA FACTURA

Usted no tiene la responsabilidad de pagar costos de bolsillo, incluidos los copagos del AHCCCS. Si recibe una factura, comuníquese con Servicios para el Afiliado del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov. Nos comunicaremos con el proveedor de atención médica para abordar el problema de facturación.

No acepte pagar ningún servicio, a menos que haya hablado antes con el CMDP o que se trate de una emergencia.

Se le puede cobrar si usted pide un servicio no cubierto y acuerda por escrito que lo pagará antes de recibir el servicio.

NOTA: Cuando el PCP hace una receta médica para un medicamento de marca comercial y hay un medicamento genérico disponible, el CMDP cubre el costo del medicamento genérico. Si el encargado del cuidado insiste en obtener el medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, este podría ser responsable de pagar la diferencia entre el medicamento genérico y el medicamento de marca.

El CMDP debe estar indicado como la parte responsable en cualquier formulario que le pidan que firme. No incluya la dirección de su casa, su número de teléfono ni su número del Seguro Social en ninguna de las facturas o reclamos. Si le piden que firme algún formulario, escriba la siguiente información en él:

(Su nombre) para el DCS/CMDP
Enviar todas las facturas o reclamos a:
DCS/CMDP C010-18
P.O. Box 29202 Phoenix, AZ 85038-9202

No hay pagos, cuotas ni copagos para los afiliados. Usted **NO** debe recibir ninguna factura por los servicios que cubra el CMDP.

OTROS SEGUROS Y MEDICARE

El CMDP es la entidad aseguradora a la que los afiliados que tienen otro seguro médico acuden como último recurso. El CMDP coordina los beneficios con los otros planes de seguro médico. El CMDP paga los deducibles y los copagos. Los encargados del cuidado y los representantes del organismo de custodia deben notificar a Servicios para el Afiliado por escrito si un afiliado nuevo tiene otro seguro médico. Deben hacerlo en el momento de la inscripción o no bien tomen conocimiento de ese hecho.

No pague costos de bolsillo por los servicios. Pídale al proveedor que le facture al CMDP.

Elegibilidad doble

Los afiliados del CMDP que son elegibles para recibir los servicios de Medicare y Medicaid (AHCCCS) tienen elegibilidad doble. Pueden estar clasificados como QMB (beneficiarios calificados de Medicare) o como no elegibles para ser QMB. Los afiliados elegibles para ser QMB

reciben cobertura de todos los servicios de Medicaid, incluidos los servicios psiquiátricos, psicológicos, quiroprácticos y de atención de relevo para pacientes hospitalizados.

Para los afiliados con elegibilidad doble, Medicare es la entidad aseguradora principal y el CMDP es la entidad aseguradora secundaria. El CMDP es responsable del pago del coaseguro o de los deducibles (en este caso, llame a Servicios para el Afiliado del CMDP a fin de obtener instrucciones sobre cómo solicitar el reembolso de estos cargos). Los afiliados del CMDP deben recurrir a los proveedores de atención médica registrados en el AHCCCS y el CMDP.

Medicamentos de venta con receta NO cubiertos (beneficiarios de Medicare)

El CMDP no paga los medicamentos cubiertos por Medicare. Tampoco pagamos los costos de bolsillo de estos medicamentos. Si tiene alguna pregunta sobre cómo coordinar los beneficios entre Medicare o su seguro privado y el CMDP, comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Cobertura de medicamentos de Medicare para barbitúricos y benzodiacepinas

El CMDP cubre los medicamentos que son necesarios desde el punto de vista médico, son asequibles y están permitidos por las leyes federales y estatales. El CMDP NO paga ningún medicamento cubierto por Medicare ni el costo compartido (coaseguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos. El AHCCCS y sus contratistas tienen prohibido pagar estos medicamentos o el costo compartido (coaseguro, deducibles y copagos) de los medicamentos disponibles a través de la Parte D de Medicare, incluso si el afiliado elige no participar en el plan de la Parte D.

Algunos de los nombres comunes de las benzodiacepinas y los barbitúricos son los siguientes:

Nombre genérico	Nombre de la marca
Alprazolam	Xanax
Diazepam	Valium
Lorazepam	Ativan
Clorazepato dipotásico (Clorazepate Dipotassium)	Tranxene
Clorhidrato clordiazepóxido (Chlordiazepoxide Hydrochloride)	Librium
Clonazepam	Klonopin
Oxazepam	Serax
Temazepam	Restoril
Flurazepam	Dalmane
Fenobarbital (Phenobarbital)	Phenobarbital
Mebaral	Mefobarbital

QUEJAS DE LOS AFILIADOS

Una queja formal es una queja que usted desea presentar porque no está conforme con los servicios de salud que recibió. Los motivos para presentar una queja formal podrían ser los siguientes:

- Usted o el afiliado no están satisfechos con la calidad de la atención o de los servicios proporcionados.
- Un proveedor o empleado los trató a usted o al afiliado en forma grosera.
- No se respetaron sus derechos o los del afiliado.

Cómo presentar una queja formal

Un afiliado o un representante del organismo de custodia pueden presentar una queja formal. Un proveedor puede presentar una queja formal en nombre del afiliado, pero solo con el consentimiento por escrito del representante autorizado del afiliado. Se puede presentar una queja formal en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito. Para presentar una queja formal, comuníquese con Servicios para el Afiliado del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

También puede escribirnos a la siguiente dirección:

Arizona Department of Child Safety CMDP C010-18
A la atención de: Member Grievances
P.O. Box 29202
Phoenix, AZ 85038-9202

Una vez que se tenga una determinación o respuesta, se informará a más tardar 90 días después de la fecha en la que el CMDP recibió la queja formal. No se puede apelar una determinación o una respuesta de una queja formal ni se puede derivar a una audiencia.

Cumplimiento corporativo

Cada empleado del CMDP tiene la obligación de tomar la decisión correcta ante situaciones que impliquen asuntos legales y éticos en su actividad diaria. Si desea denunciar de buena fe alguna inquietud sobre el hecho de que los empleados del CMDP estén implicados en posibles actividades de fraude, prácticas ilegales, inaceptables o poco éticas, o incumplimientos normativos, comuníquese con la línea directa de cumplimiento corporativo del CMDP.

La línea directa de cumplimiento corporativo es un buzón de voz confidencial que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Todas las llamadas son confidenciales en la medida permitida por las leyes. La persona que llama debe identificarse; de lo contrario, la llamada podría ser considerada una denuncia anónima. El funcionario de Cumplimiento del CMDP investigará todas las denuncias de conducta inadecuada y tomará medidas de manera equitativa y coherente. Las denuncias se pueden hacer llamando al 602-771-3555.

Cómo presentar una apelación

Una apelación es una solicitud para que se revise una decisión desfavorable tomada por el CMDP. Una decisión desfavorable ocurre cuando el CMDP hace lo siguiente:

- Deniega la atención solicitada.
- Reduce la cantidad de atención brindada.
- Interrumpe la atención que se había aprobado con anterioridad.
- Deniega el pago de la atención, lo que podría implicar que deba pagarla usted.

Usted sabrá que el CMDP ha tomado una decisión desfavorable porque le enviaremos una carta. Esta carta se denomina NOA (Aviso de determinación adversa de beneficios). Si no está de acuerdo con la medida que se ha tomado, puede solicitar una apelación por teléfono o por escrito. La solicitud se debe presentar en un plazo de 60 días a partir de la fecha del NOA. En el NOA se brinda información sobre cómo presentar una apelación.

El CMDP tomará una decisión definitiva acerca de las apelaciones dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una apelación verbal o escrita. Se enviará por correo una carta a la persona que presentó la apelación para informarle la decisión del CMDP y el motivo por el que se tomó la decisión.

Apelación acelerada

Si considera que el hecho de esperar 30 días la decisión definitiva del CMDP con respecto a su apelación podría poner en peligro la vida o la salud del afiliado, usted puede solicitar una apelación acelerada para que la revisión se haga con más rapidez. El proveedor de atención médica del afiliado debe proporcionar la documentación correspondiente para respaldar la solicitud de una apelación acelerada.

Si aceptamos tomar una decisión más rápida, lo haremos en el plazo de tres días hábiles. Si rechazamos su solicitud de una decisión más rápida, usted recibirá una llamada telefónica y una carta de seguimiento en dos días hábiles. En la carta de seguimiento, se le informará que recibirá un aviso de la decisión en 30 días calendario.

Aviso de prórroga

Algunas veces, se necesita más información para tomar una decisión sobre la apelación. Si no es posible tomar una decisión en el plazo estipulado, se puede solicitar una prórroga de 14 días. Esto lo puede hacer el afiliado, el representante autorizado del organismo que posee la custodia o el CMDP.

Solicitud de una audiencia imparcial del estado

Si el afiliado o el representante autorizado no están de acuerdo con la decisión definitiva que tomó el CMDP respecto de la apelación, pueden solicitar una audiencia imparcial del estado. La audiencia imparcial del estado se debe solicitar escribiendo al CMDP a más tardar 30 días después de la recepción de la decisión de la apelación.

El CMDP remitirá el expediente y la información del caso a la Office of Administrative Legal Services (Oficina de Servicios Jurídicos y Administrativos u OALS, por sus siglas en inglés) del AHCCCS. Si el afiliado o el representante autorizado tienen alguna pregunta o necesitan obtener más información con respecto a la audiencia imparcial del estado, deben comunicarse con el gerente de Disputas y Apelaciones llamando al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795.

El afiliado o el representante autorizado pueden solicitar la continuación de los servicios mientras esté pendiente la apelación. Las solicitudes de continuación se deben presentar en un plazo de 10 días después de la fecha en que el CMDP envió por correo el NOA o de la fecha en que entró la acción en vigencia, como se indica en el NOA. Si la decisión de la audiencia imparcial del estado o del contratista confirma la denegación de la autorización de los servicios y si los servicios en disputa se recibieron mientras estaba pendiente la decisión de la apelación o de la audiencia imparcial, el contratista puede cubrir el costo de dichos servicios para el afiliado.

El CMDP y nuestros proveedores tienen prohibido discriminar a una persona que hace uso de su derecho de apelación o que presenta una queja formal. Si tiene alguna pregunta o necesita más información, llame al gerente de Disputas y Apelaciones del CMDP al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795, o escriba a la siguiente dirección:

Arizona Department of Child Safety
CMDP C010-18
A la atención de: Dispute and Appeal Manager
P.O. Box 29202
Phoenix, AZ 85038-9202

DERECHOS DE LOS AFILIADOS

Los afiliados del CMDP y los encargados de su cuidado tienen derecho a que se los trate con respeto y consideración cuando reciben los servicios de atención médica que necesitan y merecen.

Los afiliados y los encargados del cuidado tienen los siguientes derechos:

- El derecho a recibir información sobre el CMDP, los servicios que provee el CMDP, la red de proveedores del CMDP y el directorio de proveedores del CMDP, sin costo alguno.
- El derecho a no ser discriminados en la prestación de servicios de atención médica por su raza, origen étnico, país de origen, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o solvencia económica.
- El derecho a recibir los servicios de una manera culturalmente competente, con consideración por los afiliados con dominio limitado del idioma inglés o de las habilidades de lectura, de aquellos que tienen diversos orígenes culturales y étnicos, así como de los afiliados que tienen limitaciones visuales o auditivas, sin costo alguno.
- El derecho a elegir un PCP (proveedor de atención primaria) y a un PDP (proveedor de atención dental primaria) dentro de la red de proveedores, así como a elegir a otros proveedores según sea necesario, siempre que estén afiliados a la red; esto también incluye el derecho a rechazar la atención de proveedores específicos.
- El derecho a obtener una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado registrado en el AHCCCS, sin costo para el afiliado.
- El derecho a recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles de una manera acorde a la afección del afiliado y su capacidad de comprensión.

- El derecho a revisar sus expedientes médicos de acuerdo con las leyes federales y estatales pertinentes.
- El derecho a solicitar anualmente y a recibir sin costo una copia de sus expedientes médicos según lo estipulado en el título 45, sección 164.524 del Code of Federal Regulations (Código de Regulaciones Federales o CFR, por sus siglas en inglés). El derecho a inspeccionar y obtener una copia de sus expedientes médicos puede ser denegado si la información incluye lo siguiente:
 - Notas de psicoterapia.
 - Información recopilada para un proceso civil, penal o administrativo, o como previsión razonable para este.
 - Información médica protegida que está sujeta a las Federal Clinical Laboratory Improvements Amendments (Enmiendas Federales para el Mejoramiento de los Laboratorios Clínicos) de 1988 o que está exenta, de conformidad con el título 42, sección 493.3(a)(2) del CFR. A una persona se le puede denegar el acceso a leer o recibir una copia de la información de su expediente médico sin oportunidad de revisión, de acuerdo con el título 45, sección 164 (arriba) del CFR, en los siguientes casos:
 - La información cumple con los criterios indicados arriba.
 - El proveedor es una institución penitenciaria o actúa bajo la dirección de una institución penitenciaria, según se define en el título 45, parte 164.501 del CFR.
 - La información se obtiene durante el transcurso de la actual investigación que incluye el tratamiento, y el afiliado aceptó suspender el acceso a la información durante el transcurso de la investigación cuando dio su consentimiento para participar en la investigación.
 - La información se recopiló durante la revisión de la calidad de la atención con el propósito de mejorar la prestación general de la atención y los servicios.
 - La denegación del acceso cumple con los requisitos de la Privacy Act (Ley de Privacidad), título 5, sección 552a del USC.
 - La información se obtuvo de alguna persona que no es un proveedor de atención médica conforme a la protección de la confidencialidad, y el acceso podría revelar, razonablemente, la fuente de la información.
- A excepción de lo indicado anteriormente, el afiliado tiene derecho a pedir una revisión si se le deniega el acceso a inspeccionar o solicitar una copia de la información de su expediente médico en los siguientes casos:
 - El profesional de atención médica con licencia ha determinado que el acceso solicitado podría, razonablemente, poner en peligro la vida o la seguridad física del afiliado o de otra persona.
 - La información médica protegida se refiere a otra persona, y el acceso podría causar, razonablemente, daños sustanciales al afiliado o a otra persona. El CMDP debe responder en un plazo de 30 días después de que el afiliado solicite una copia del expediente. La respuesta puede ser una copia del expediente o, si es necesario rechazar la solicitud, la carta de denegación debe incluir el fundamento de la denegación e información acerca de cómo solicitar una revisión de la denegación, de acuerdo con el título 45, sección 164 del CFR.

- El derecho a modificar o corregir sus expedientes médicos, según se especifica en el título 45, sección 164.526 del CFR (es posible que el CMDP exija que se haga la solicitud por escrito).
- El derecho a estar libre de todo tipo de restricción o reclusión como medio de coacción, medida disciplinaria, conveniencia o represalia.
- El derecho a obtener información sobre el beneficiario e información sobre el plan.
- El derecho a que se lo trate con respeto y a que se reconozca la dignidad y la necesidad de privacidad del afiliado; el derecho a la privacidad incluye la protección de toda la información de identificación, a menos que las leyes exijan o permitan lo contrario.
- El derecho a saber que puede existir la coordinación de atención con escuelas y organismos estatales, dentro del alcance de las normas pertinentes.
- El derecho a participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento (título 42, sección 438.100 del CFR), o a tener un representante que tome decisiones respecto de la atención o del tratamiento en caso de que el afiliado no sea capaz de hacerlo.
- El derecho a recibir información, en un idioma y un formato que el afiliado entienda, acerca de los derechos y las responsabilidades del afiliado; la cantidad, la duración y el alcance de todos los servicios y beneficios; los proveedores de servicios; los servicios incluidos y excluidos como condición de inscripción; y demás información, lo que incluye lo siguiente:
 - Disposiciones para obtener servicios de atención médica fuera del horario habitual de atención o en caso de emergencia, que incluyen el derecho a tener acceso a los servicios de atención médica de emergencia de un proveedor sin autorización previa, en congruencia con la determinación del afiliado de que la necesidad de los servicios es prudente.
 - Información sobre las opciones de tratamiento disponibles (incluida la opción de no recibir tratamiento) o las opciones de atención alternativas.
 - Procedimientos para obtener servicios, incluidos los requisitos de autorización y los procedimientos especiales para obtener servicios de salud mental y por abuso de sustancias, o derivaciones para recibir servicios especializados que el PCP del afiliado no ofrece.
 - Procedimientos para obtener servicios fuera de la red de proveedores del CMDP.
 - Disposiciones para obtener los servicios cubiertos del AHCCCS que no se ofrecen por medio del CMDP, y aviso sobre el derecho a obtener servicios de planificación familiar del proveedor correspondiente que esté registrado en el AHCCCS.
 - Una descripción de la forma en la que el CMDP evalúa las nuevas tecnologías para su inclusión como un beneficio cubierto.
- El derecho a pedir información respecto de si el CMDP tiene planes de incentivos para médicos que repercuten en la derivación de los médicos.
- El derecho a conocer el tipo de acuerdos de compensación con los proveedores, ya sea que se requiera seguro de lucro cesante de los proveedores, y el derecho a revisar los resultados de las encuestas hechas a los afiliados.
- El derecho a solicitar información sobre la estructura y las actividades del CMDP o de los contratistas del CMDP (título 42, sección 438.10[g][3][i] del CFR).
- El derecho a conocer los criterios utilizados como fundamento para las decisiones.
- El derecho a recibir información sobre las quejas formales, las apelaciones y las solicitudes de audiencia sobre el CMDP o la atención proporcionada.
- El derecho a presentar una reclamación ante el CMDP acerca de cartas de Aviso de acción inadecuadas o cualquier aspecto del servicio del CMDP.

- El derecho a presentar una reclamación ante la Unidad de Administración Médica de la Division of Health Care Management (División de Administración de la Atención Médica) del AHCCCS en medicalmanagement@azahcccs.gov si el CMDP no resuelve las reclamaciones acerca de la carta de Aviso de acción a entera satisfacción del afiliado.
- El derecho a comunicarse con Servicios para el Afiliado si se tienen preguntas con respecto a los derechos de los afiliados.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

La privacidad de la información médica de nuestros afiliados es muy importante para nosotros. Deseamos mantener la privacidad y confidencialidad de su información. El CMDP verifica la identidad de todas las personas que llaman, antes de proporcionar cualquier información. El personal de Servicios para el Afiliado solo proporcionará información al representante del organismo de custodia del afiliado, al encargado del cuidado del afiliado o al afiliado. Cualquier otra persona que solicite información será derivada al representante del organismo de custodia del afiliado para recibir más ayuda.

La Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos o HIPAA, por sus siglas en inglés) repercute en la atención médica de varias maneras. El CMDP tiene la obligación de adoptar medidas de seguridad para proteger la información médica de los afiliados. Esto se aplica a todos los proveedores de atención médica y a otros interesados.

La PHI (información médica protegida) del afiliado se puede usar por motivos de tratamiento, pago y operaciones del plan de salud, en la medida que esté permitida por las leyes. El afiliado o el tutor legal deben dar la aprobación por escrito para cualquier uso de la PHI que no sea con fines de atención médica.

El CMDP proporciona un aviso sobre los derechos y las responsabilidades de los afiliados con respecto al uso, la divulgación y el acceso a la PHI. Este se conoce con el nombre de “NPP” (Aviso de prácticas de privacidad). El NPP se envía al organismo de custodia del afiliado. Este también está incluido en el Paquete para afiliados nuevos. El funcionario de Privacidad del CMDP puede explicar lo que es el NPP y responder preguntas sobre la Ley HIPAA. Si desea obtener ayuda del funcionario de Privacidad del CMDP, llame al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795 y pida hablar con él.

FRAUDE, ABUSO Y DESPILFARRO

Las leyes federales definen al **fraude** como un engaño intencional hecho con el conocimiento de que podría dar como resultado un beneficio no autorizado para uno mismo o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude de acuerdo con las leyes estatales o federales, según se define en el título 42, sección 455.2 del CFR.

Las leyes federales definen al **abuso** como la acción de un proveedor que no cumple con las buenas prácticas comerciales o médicas. Esto da lugar a que el CMDP pague servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico.

Las leyes federales definen al **despilfarro** como el uso excesivo o inadecuado de servicios, el uso indebido de recursos o las prácticas que podrían ocasionar costos innecesarios.

Un ejemplo de fraude y abuso por parte de un proveedor es un médico que factura por servicios que no le proporcionó al afiliado o por servicios que el afiliado no necesitaba. Un ejemplo de fraude y abuso de un afiliado es prestar, proporcionar o vender las tarjetas de identificación del CMDP a otras personas. El fraude y el abuso son penados por ley.

Si toma conocimiento de algún caso de fraude, despilfarro y abuso, o si considera que se produjo una de estas infracciones, comuníquese de inmediato con Servicios para el Afiliado llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov. También puede presentar una denuncia anónima llamando a la línea directa de cumplimiento corporativo del CMDP al 602.771.3555.

DEJAR DE CONSUMIR TABACO

Existen productos que pueden ayudar a los afiliados del CMDP a dejar de consumir tabaco. El CMDP cubre estos productos si el médico extiende una receta médica. Esto incluye productos de venta libre y productos, como la nicotina, para la terapia de reemplazo. Los afiliados también pueden llamar sin cargo a la ASH (línea de ayuda para fumadores de Arizona) al 1-800-556-6222. Este servicio telefónico ayuda a las personas a dejar de fumar. Puede encontrar otra información sobre cómo dejar de fumar, y sobre los servicios de atención y tratamiento en el sitio web del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Arizona: <https://www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php>.

RECURSOS EN LA COMUNIDAD

Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC)

El Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños o WIC, por sus siglas en inglés) se dedica a proteger la salud de las mujeres, los bebés y los niños de hasta 5 años de edad que corren riesgos nutricionales. Los afiliados del CMDP reúnen los requisitos para recibir los servicios del WIC. El WIC proporciona muchos servicios familiares y muchos alimentos nutritivos que complementan los regímenes alimentarios. También puede proporcionar información sobre alimentación saludable y derivaciones para recibir atención médica. El WIC proporciona servicios a las mujeres embarazadas, que están amamantando o que están en el puerperio, así como a los niños menores de 5 años. La cobertura para la madre dura 6 meses después del embarazo si no está amamantando. La cobertura es de 1 año si está amamantando. El número gratuito del WIC es 1.800.252.5942. También puede encontrar información adicional en el sitio web del Arizona Department of Health Services, <https://www.azdhs.gov/prevention/azwic/index.php>.

Head Start

Head Start y Early Head Start son programas de desarrollo infantil que ofrecen servicios a los niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, a las mujeres embarazadas y a sus familias. Tienen el objetivo general de mejorar la preparación académica de los niños pequeños de familias con bajos ingresos. Los niños que se encuentran en un hogar de crianza sustituto tienen prioridad para participar en los programas de Head Start. Para obtener más información sobre Head Start, llame al 1.866.763.6481 o visite su sitio web, www.azheadstart.org.

Arizona Early Intervention Program (AzEIP)

El Arizona Early Intervention Program (Programa de Intervención Temprana de Arizona o AzEIP, por sus siglas en inglés) es un sistema de programas y servicios que se ofrecen en todo el estado. El AzEIP está destinado a brindar apoyo a las familias de bebés y niños pequeños (desde el nacimiento hasta los 3 años de edad) que tienen discapacidades o retrasos. El objetivo es ayudar a estos niños a alcanzar su máximo potencial. Un niño, desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, que sea víctima de maltrato, abuso o abandono puede someterse a una evaluación del AzEIP. Para obtener más información sobre el programa AzEIP, llame al 602.532.9960 o al número gratuito 1.888.439.5609, o visite el sitio web, www.azdes.gov/azeip/.

Area Agency on Aging

La Area Agency on Aging (Agencia Zonal para Asuntos de la Vejez) es un sistema de programas, servicios y defensoría disponible en todo el estado para apoyar a los adultos de 60 años o más y a los adultos de 18 años o más que tienen VIH/SIDA, discapacidades y necesidades de atención a largo plazo. Para encontrar una oficina local, visite su sitio web, <https://des.az.gov/services/aging-and-adult/aging-and-disability-services/area-agency-aging>.

Alzheimer's Association

La Alzheimer's Association (Asociación sobre el Alzheimer) es un sistema de información y recursos para las personas que viven con Alzheimer o con otro tipo de demencia, o para los encargados del cuidado de dichas personas. Para obtener más información, llame a la línea de ayuda gratuita al 1.800.272.3900, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite el sitio web, <https://www.alz.org/dsw>, para ver los recursos disponibles en su zona.

Mentally Ill Kids in Distressed (MIKID)

Mentally Ill Kids in Distressed (Niños con Enfermedades Mentales y Angustia o MIKID, por sus siglas en inglés) es una organización sin fines de lucro que está disponible en todo el estado para brindarles asistencia a los niños y a sus familias con las necesidades de salud mental mediante apoyo familiar, educación comunitaria y grupos de apoyo. Para encontrar una sede cercana a su hogar, haga clic en <http://www.mikid.org/locations/> o comuníquese con la oficina de Phoenix llamando al 602.253.1240 para obtener asistencia.

AZ Suicide Prevention Coalition

La AZ Suicide Prevention Coalition (Coalición de Prevención del Suicidio de Arizona) es una organización sin fines de lucro que está disponible en todo el estado y cuya misión es modificar las condiciones que conducen a actos suicidas en Arizona mediante la concientización, la intervención y la acción. Las reuniones de la coalición se llevan a cabo el segundo martes de cada mes impar. Para obtener más información, escriba por correo electrónico a AZSPC@gmail.com.

National Alliance on Mental Illness (NAMI)

La National Alliance on Mental Illness (Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales o NAMI, por sus siglas en inglés) es una organización nacional comunitaria que se dedica a abogar por un tratamiento de calidad para las personas que sufren enfermedades mentales, a fomentar los programas de apoyo comunitario y a actuar como centro para la recopilación y la divulgación de la información en Arizona. Para encontrar una sede local cerca de su hogar, consulte el sitio web, <http://www.namiarizona.org/>.

Dump the Drugs AZ

Para encontrar un buzón para desechar los medicamentos que ya no necesita, haga clic en <https://www.azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/>.

Algunos recursos adicionales para el tratamiento de la obesidad e información nutricional son los siguientes: Nutrition, Physical Activity and Obesity (Nutrición, Actividad Física y Obesidad o NUPAO, por sus siglas en inglés), www.azdhs.gov/phs/bnp/nupao/; y Arizona Nutrition Network (Red de Nutrición de Arizona), www.eatwellbewell.org/.

Si necesita ayuda para recibir servicios de cualquiera de estos programas, también puede comunicarse con Servicios para el Afiliado del CMDP llamando al 602.351.2245 o a la línea gratuita 1.800.201.1795, o por correo electrónico escribiendo a CMDPMemberServices@azdcs.gov.

DEFENSORES DE LOS AFILIADOS

Un defensor es cualquier persona que apoya o promueve los derechos del afiliado. A continuación, se indican los defensores de los niños y jóvenes que se encuentran en hogares de crianza sustitutos:

- El PCP o médico del niño.
- El especialista en seguridad infantil (representante de la custodia), y el supervisor o el gerente del programa del especialista en seguridad infantil.
- El oficial de libertad condicional de justicia juvenil del afiliado.
- El AAG (fiscal general adjunto) asignado al caso del afiliado.
- El Arizona Center for Disability Law (Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad), un despacho de abogados sin fines de lucro y de interés público dedicado a la protección y defensa de las personas con discapacidades. Para obtener más información, visite su sitio web, <https://www.azdisabilitylaw.org/>, o llame al 602.274.6287 o a la línea gratuita 1.800.927.2260 si se encuentra en Phoenix, o al 520.327.9547 o a la línea gratuita 1-800-922-1447 si se encuentra en Tucson.
- La oficina de Ombudsman-Citizens Aide (Ayuda al Ciudadano-Defensor) de Arizona. Si cree que un administrador del estado lo ha tratado injustamente, si está en desacuerdo con algún asunto determinado o si tiene una disputa con un organismo o un departamento del estado, puede comunicarse con el encargado de Ombudsman-Citizens Aide llamando al 602.277.7292 o a la línea gratuita 1.800.872.2879.

GLOSARIO

Afección de emergencia: afección que ocasiona síntomas tan graves o intensos (como un dolor intenso) que podría esperarse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pondría en grave riesgo la salud de la persona (o la salud de un feto), o que provocaría un deterioro importante en las funciones corporales o una disfunción grave de los órganos.

Apelación: solicitud de revisión de una acción.

Atención ambulatoria hospitalaria: servicios proporcionados en un contexto ambulatorio dentro de un hospital, pero que no derivan en una hospitalización.

Atención de enfermería especializada: cuidados intensivos que suelen requerirse las 24 horas del día, y que son prestados o supervisados por una enfermera titulada o un auxiliar de enfermería. Solo se proporcionan por indicación de un médico y, por lo general, se brindan a pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada. La atención de enfermería especializada puede incluir la administración de medicamentos, la alimentación por sonda, el cambio de vendajes de las heridas y algunos tipos de cirugía menor.

Atención de urgencia: puesto de atención médica básica que se centra en brindar atención ambulatoria en un centro médico especializado fuera de una sala de emergencias tradicional. Principalmente, los centros de atención de urgencia brindan tratamiento para lesiones o enfermedades que requieren atención inmediata, pero que no son tan graves como para tener que acudir a la ER (sala de emergencias).

Atención en la sala de emergencias: todos los servicios que se prestan cuando un paciente acude a una sala de emergencias debido a una afección de emergencia.

Atención médica en el hogar: servicios y suministros que proporciona una agencia de atención domiciliaria, la cual coordina los servicios intermitentes prestados en el hogar para la atención terapéutica y de habilitación, incluidos los servicios de un auxiliar de atención domiciliaria, los servicios de una enfermera con licencia, y suministros, equipos y aparatos médicos.

Autorización previa: decisión que toma su compañía de seguro médico o plan de salud con respecto a si un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento de venta con receta o equipo médico duradero son necesarios desde el punto de vista médico. También se la conoce como aprobación previa o precertificación. Es posible que el seguro médico o el plan de salud requiera una autorización previa para determinados servicios antes de que usted los reciba, excepto en casos de emergencia. La autorización previa no constituye una promesa de que su seguro médico o plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos de venta con receta: seguro médico o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos de venta con receta.

Copago: monto que los afiliados le pagan directamente a un proveedor por cada artículo o servicio que reciben cuando los atienden.

Equipo médico duradero: artículo o aparato que no sea ortopédico ni protésico, y que se haya diseñado con un fin médico.

Especialista: médico que no actúa como médico de atención primaria, sino que proporciona atención secundaria y que se especializa en un campo específico de la medicina.

Hospitalización: servicios relacionados con una estancia en el hospital, ya sea para intervenciones programadas, accidentes o emergencias médicas.

Medicamento de venta con receta: medicamento que solo puede adquirirse con la receta de un médico y que ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos).

Médico de atención primaria: es posible que el paciente deba elegir un PCP (médico de atención primaria). Por lo general, el médico de atención primaria actúa como el proveedor de atención médica de cabecera. El PCP es el primer contacto para recibir atención médica y puede derivar al paciente a especialistas para que le proporcionen servicios adicionales.

Necesario desde el punto de vista médico: servicios o suministros de atención médica que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o afección, o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Plan: beneficio que se le proporciona a un afiliado o miembro de la familia para cubrir los servicios de atención médica que recibe.

Prima: dinero que se cobra por la cobertura del seguro.

Proveedor de atención primaria: médico (MD, doctor en medicina, o DO, doctor en medicina osteopática), enfermera practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico que, según lo permiten las leyes estatales, proporciona o coordina diversos servicios de atención médica, o ayuda a los pacientes a acceder a ellos.

Proveedor no participante: proveedor que no firmó un contacto con un plan de salud.

Proveedor participante: proveedor de atención médica que tiene un contrato o un acuerdo con compañías de seguro médico al mismo nivel. A veces, algunos proveedores que tienen contratos con compañías de seguro médico en niveles más bajos se llaman “proveedores participantes” en lugar de “proveedores preferidos”.

Proveedor: término que las compañías de seguro médico usan con frecuencia para designar a cualquier proveedor de atención médica, sea un médico o una enfermera, un hospital o una clínica.

Queja formal: expresión de insatisfacción respecto de cualquier asunto que no sea una acción. Algunos motivos para presentar una queja formal son, entre otros, la calidad de la atención o de los servicios prestados, y algunos aspectos de las relaciones interpersonales, como la conducta grosera de un proveedor o empleado, o la vulneración de los derechos de un afiliado.

Red: los centros, proveedores y suministros que su plan o compañía de seguro médico contrató para proveer servicios de atención médica.

Seguro médico: contrato por el que se establece que su compañía de seguro médico debe pagar todos o algunos de los costos de la atención médica que usted recibe a cambio del pago de una prima.

Servicios brindados por médicos: servicios que proporciona una persona que, de acuerdo con las leyes estatales, tiene una licencia para ejercer la medicina o la osteopatía.

Servicios de emergencia: servicios hospitalarios y ambulatorios cubiertos que se proporcionan después de la aparición repentina de una afección de emergencia, según se definió anteriormente. Estos servicios deben estar a cargo de un proveedor calificado y deben ser necesarios para evaluar o estabilizar la afección de emergencia.

Servicios excluidos: afecciones, servicios y tratamientos específicos que el plan de seguro médico no cubre.

Servicios para personas con enfermedades terminales: atención hospitalaria o proporcionada en el hogar para un enfermo terminal. A menudo conocidos como “cuidados paliativos” o “atención de apoyo”, los servicios para personas con enfermedades terminales se centran en el tratamiento del dolor y de las molestias, y en el apoyo emocional para el paciente y su familia.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios o dispositivos de atención médica que pueden ayudar a un afiliado a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios o dispositivos de atención médica que ayudan al afiliado a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana que haya perdido o que se hayan visto afectadas debido a una enfermedad, lesión o discapacidad.

Transporte médico de emergencia: servicios de transporte en ambulancia terrestre y aérea para tratar una afección en el lugar de la emergencia y durante el traslado hasta el centro correspondiente más cercano.

Atención por maternidad

La **atención por maternidad** incluye la identificación del embarazo, la atención prenatal, los servicios para el parto/trabajo de parto y la atención puerperal.

La **atención puerperal** es la atención médica proporcionada durante un período de hasta 60 días después del parto. Los servicios de planificación familiar están incluidos si los proporciona un médico o una enfermera practicante, según se estipula en el Medical Policy Manual (Manual de políticas médicas) del AHCCCS.

Los servicios de **asesoramiento para la etapa previa a la concepción** se proporcionan como parte de la consulta ginecológica anual cuando son necesarios desde el punto de vista médico. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y el manejo de los factores de riesgo antes del embarazo, e incluye las iniciativas por influir en las conductas que pueden afectar al feto (incluso cuando ya se haya confirmado la concepción), así como la atención médica habitual. El objetivo de la orientación para la etapa previa a la concepción es asegurar que la mujer esté sana antes del embarazo. Este tipo de asesoramiento no incluye pruebas genéticas.

La **atención prenatal** es la atención médica que se proporciona durante el embarazo y que comprende tres componentes principales:

- Evaluación temprana y continua de los riesgos.
- Educación en cuestiones de salud y promoción de la salud.
- Supervisión, intervención y seguimiento médico.

CNM (enfermera partera certificada): enfermera certificada por el American College of Nursing Midwives (Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras o ACNM, por sus siglas en inglés) mediante un examen de certificación nacional y que cuenta con una licencia de la State Board of

Nursing (Junta Estatal de Enfermería) para ejercer en Arizona. Las CNM ofrecen una coordinación independiente de los cuidados de las embarazadas y los recién nacidos, y proporcionan atención prenatal, durante el parto, durante el puerperio, así como atención ginecológica y para el recién nacido dentro de un sistema de atención médica que ofrece consultas médicas, un abordaje colaborativo, derivaciones o tratamiento.

La **coordinación de la atención por maternidad** consiste en las siguientes actividades relacionadas con este tipo de atención: determinar las necesidades médicas o sociales de la afiliada mediante una evaluación de los riesgos; elaborar un plan de atención para abordar dichas necesidades; coordinar las derivaciones de la afiliada a los proveedores de servicios y a los recursos comunitarios correspondientes; supervisar las derivaciones para garantizar que la afiliada reciba los servicios; y modificar el plan de atención según corresponda.

Una **enfermera practicante** se refiere a enfermeras certificadas en obstetricia, asistentes médicos y otras enfermeras especializadas. Los asistentes médicos y las enfermeras practicantes se definen en los capítulos 25 y 15, respectivamente, del título 32 de las ARS.

Embarazo de alto riesgo: embarazo en el que la madre, el feto o el recién nacido corren, o se anticipa que correrán, un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes del parto o después de él. El riesgo alto se determina mediante el uso de las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de la Medical Insurance Company of Arizona (Compañía de Seguro Médico de Arizona o MICA, por sus siglas en inglés) o del American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos o ACOG, por sus siglas en inglés).

Partera con licencia: persona que cuenta con una licencia del Department of Health Services de Arizona para proporcionar atención por maternidad de conformidad con las Arizona Revised Statutes (Leyes Revisadas de Arizona o ARS, por sus siglas en inglés), título 36, capítulo 6, artículo 7, y el título 9 del Arizona Administrative Code, capítulo 16 (este tipo de proveedores no incluye a las enfermeras parteras certificadas que cuentan con una licencia de la Junta de Enfermería como enfermeras practicantes en obstetricia ni a las asistentes médicas que cuentan con una licencia de la Arizona Medical Board [Junta Médica de Arizona]).

Los **servicios de maternidad** incluyen, entre otros, el asesoramiento necesario desde el punto de vista médico para la etapa previa a la concepción, la identificación del embarazo, la educación necesaria desde el punto de vista médico y los servicios prenatales para la atención durante el embarazo, el tratamiento de afecciones relacionadas con el embarazo, los servicios para el parto y el trabajo de parto, y la atención puerperal.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Programa/Empleador que ofrece igualdad de oportunidades • De conformidad con los títulos VI y VII de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964 (títulos VI y VII), la Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Discapacidades o ADA, por sus siglas en inglés) de 1990, la sección 504 de la Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación) de 1973, la Age Discrimination Act (Ley Contra la Discriminación por Edad) de 1975 y el título II de la Genetic Information Nondiscrimination Act (Ley de No Discriminación por Información Genética o GINA, por sus siglas en inglés) de 2008, el Departamento prohíbe la discriminación en ingresos,

programas, servicios, actividades o empleos por razones de raza, color de la piel, religión, sexo, país de origen, edad, discapacidad, información genética y represalias. Para solicitar este documento en un formato alternativo o para obtener más información sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la ADA de la Division of Developmental Disabilities (División para Personas con Discapacidades del Desarrollo) llamando al 602-542-0419; servicios de TTY/TDD: 7-1-1. Si lo solicita, tiene a disposición asistencia gratuita con el idioma para los servicios del DCS. Disponible en español en línea o en la oficina local.



ARIZONA
DEPARTMENT
of **CHILD SAFETY**

Comprehensive Medical
and Dental Program

Servicios para el Afiliado del
CMDP

dcs.az.gov/services

602.351.2245 línea local

1.800.201.1795 línea gratuita

FECHA DE MODIFICACIÓN: 10-1-2018