



Programa Médico y Dental Integral (CMDP) "Sirviendo a los Niños de Arizona en cuidado fuera del hogar"



2019-2020

Manual Para Miembros

Servicios de los miembros del CMDP

dcs.az.gov/services

602.351.2245 local

1.800.201.1795

gratuito

FECHA DE REVISIÓN 01/10/2019



ARIZONA
DEPARTMENT
of CHILD SAFETY

Comprehensive Medical
and Dental Program

TABLA DE CONTENIDOS

BIENVENIDOS A CMDP.....	3
CONTÁCTENOS	4
ATENCIÓN DESPUÉS DEL HORARIO (URGENTE).....	5
SERVICIOS DE CRISIS DE SALUD MENTAL CONDUCTUAL.....	5
SERVICIOS LINGÜÍSTICOS Y CULTURALES.....	6
PROGRAMAS DE CUIDADO CONTROLADO.....	7
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO (ID).....	7
RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS Y CUIDADORES	8
CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN.....	9
CAMBIO DE PLANES DE SALUD	10
SERVICIOS DE EMERGENCIA Y TRANSPORTE.....	10
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD CUBIERTOS	11
SERVICIOS DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA	13
ESPECIALISTAS Y OTROS PROVEEDORES	13
PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) Y PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DENTAL (PDP).....	14
CUIDADO DE LOS NIÑOS Y EXÁMENES DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PERIÓDICA, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO (EPSDT, por sus siglas en inglés)	17
VACUNAS	19
SERVICIOS DE SALUD Y EMBARAZO DE LA MUJER.....	20
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	22
CUIDADO DENTAL.....	24
OBTENER MEDICAMENTOS.....	24
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL	26
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS (CRS, por sus siglas en inglés).....	30
PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA	33
SI LE FACTURA A USTED	34
OTROS SEGUROS Y MEDICARE	35
DERECHOS DE LOS MIEMBROS	38
AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD EN EL PLAN DE SALUD	41
FRAUDE, ABUSO Y DESPERDICIO	41
DEJAR EL TABACO	42
RECURSOS COMUNITARIOS.....	42
MIEMBROS DEFENSORES	45

GLOSARIO..... 45
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN 49

BIENVENIDO A CMDP

El programa Integral Médico y Dental (CMDP, por sus siglas en inglés) es un programa administrado por el Departamento de seguridad Infantil de Arizona (DCS, por sus siglas en inglés). El CMDP es el plan de salud para los niños y jóvenes de Arizona que reciben atención fuera del hogar. Los miembros están inscritos en el CMDP por su agencia de custodia (la agencia que los puso en la atención fuera del hogar).

Las agencias de custodia son:

- Departamento de seguridad Infantil de Arizona (DCS, por sus siglas en inglés)
- Departamento de Correccionales Juveniles (ADJC, por sus siglas en inglés)
- Oficina administrativa del Tribunal/Oficina de Libertad Vigilada de Menores (AOC/JPO, por sus siglas en inglés)

Cada miembro del CMDP cuenta con un Especialista en DCS o un representante de la agencia de custodia asignado a ellos. El especialista o representante de la agencia de custodia le llamará o le visitará en persona para hablar sobre las necesidades de atención médica del miembro y los servicios que puede obtener. Le harán preguntas sobre la salud del miembro.

Nuevo Paquete para el Miembro

Usted debe recibir un nuevo paquete de Inscripción de Miembros del especialista en DCS o representante de la agencia de custodia. El nuevo paquete de inscripción incluye una carta de bienvenida, una tarjeta de Identificación de membresía del CMDP, información sobre la elección de un proveedor de atención médica, información sobre la competencia cultural, un aviso de EPSDT, una carta de notificación de planificación familiar (si el miembro es adecuado para su edad), un aviso sobre las Prácticas de Privacidad e instrucciones sobre cómo acceder al manual y a los boletines informativos de los miembros del CMDP.

El nuevo paquete para miembros también incluirá un formulario titulado *Noticia a Proveedores (fuera-del-hogar, educativo y médico)*. El formulario tendrá el número de identificación del miembro CMDP de nueve dígitos. Si el número no es de nueve dígitos, añada ceros a la parte delantera del número hasta que haya un total de nueve dígitos. Por ejemplo, el número de ID es 123456 (no tiene nueve números), añada 000 al 123456 para obtener 000123456 (nueve números).

Mostrar el formulario de notificación a los proveedores de atención de la salud y farmacias, o darles el número de identificación CMDP. Utilice este formulario hasta que reciba una tarjeta de identificación permanente del especialista de DCS del miembro o representante de la agencia de custodia.

Si no recibe un nuevo paquete de miembro o número de identificación de membresía del CMDP, póngase en contacto con el Especialista en DCS o representante de la agencia de custodia. También puede ponerse en contacto con los servicios de los Miembros al 602.351.2245, sin cargo, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov

Este es tu manual de miembro

El manual de los miembros del CMDP es para los miembros y sus cuidadores. Por favor, tómese su tiempo para leer este manual. Responderá a muchas preguntas que pueda tener. Si tiene algún problema leyendo o entendiendo este manual, por favor póngase en contacto con los servicios de miembros al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Podemos ayudar a explicarle la información a usted. También podemos proporcionar la información en su idioma principal sin costo alguno para usted.

El manual de los miembros del CMDP se revisa cada año. El manual se puede encontrar en nuestro sitio web en <https://dcs.az.gov/services/cmdp>.

Los servicios cubiertos se financian por contrato con AHCCCS. El sistema de contención de costos del cuidado Médico de Arizona (AHCCCS) es el programa Medicaid y *KidsCare* de Arizona. El CMDP es el plan de AHCCCS para sus miembros. Los miembros no tienen que ser elegibles para AHCCCS o el programa *KidsCare*. El CMDP presta los mismos servicios a todos los miembros que se encuentran fuera del hogar, independientemente de su situación de elegibilidad.

CONTÁCTENOS

Los representantes de servicios del CMDP están disponibles para ayudarle con preguntas, preocupaciones o cuestiones sobre la coordinación de la atención médica del miembro.

Representantes de Servicio CMDP pueden:

- Responder preguntas sobre los beneficios del cuidado de la salud;
- Ayudar a resolver un problema o preocupación que pueda tener con su médico o con cualquier parte del plan de salud;
- Ayudarle a encontrar un médico;
- Contarle nuestros médicos, sus antecedentes e instalaciones de cuidado;
- Ayudarle si recibe una factura médica;
- Informarle sobre los recursos de la comunidad disponibles para usted; y
- Ayudarle si habla otro idioma, tiene problemas de visión, necesita servicios de intérprete o de lenguaje de señas.

Puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono o por escrito para obtener ayuda. También puede visitar el sitio web de CMDP en <https://dcs.az.gov/services/cmdp> para más información.

Llámenos

Local.	602.351.2245
Gratuito (24 horas/7 días a la semana).....	1.800.201.1795
TDD (para personas con discapacidad auditiva).....	711 o 1.800.367.8939
Quejas.	602.351.2245
Línea de ayuda del miembro de la farmacia	1.855.577.6310 Línea
directa de abuso infantil (24 horas/7 días a la semana).....	1.888.767.2445

Envíenos Un Fax

Servicios Para Los Miembros	602.264.3801
Servicios Médicos	602,351,8529
Administración.	602.255.3551

Envíenos Un Correo Electrónico

Servicios Para Miembros	CMDPMemberServices@azdcs.gov
Servicios Médicos	CMDPNurse@azdcs.gov
Servicios CRS.....	CMDPCRSNurse@azdcs.gov
La Salud Conductual.....	DCSBHUnit@azdcs.gov

Cuando Nos Llame:

Hacemos preguntas para comprobar su identidad. Hacemos esto para declarar la privacidad del miembro. Esto es una ley federal y estatal.

Reúna la siguiente información antes de llamar:

- * Número de identificación del miembro;
- * Dirección y número de teléfono del miembro; y
- * Fecha de nacimiento del miembro.

Escríbanos:

Departamento de seguridad infantil de Arizona
 Programa completo Médico y Dental S/C C010-18 P. O. Box
 29202, Phoenix, AZ 85038

ATENCIÓN DESPUÉS DEL HORARIO LABORAL (URGENTE)

La atención después del horario laboral también se llama atención urgente. Si el miembro necesita atención de inmediato, pero no está en peligro de daño duradero o de perder la vida, puede visitar un centro de atención urgente. Hay algunas lesiones y enfermedades que probablemente no son una emergencia pero que pueden convertirse en una emergencia si no se tratan dentro de las 24 horas.

Algunos ejemplos de asuntos no-emergentes son:

- Quemaduras menores o cortes
- Oído
- Tos
- Esguinces/torcidos musculares

Si usted no sabe si necesita visitar un centro de urgencias, llame al médico, incluso por la noche y los fines de semana. **Si es una emergencia que amenaza la vida, llame al 911.** Usted no necesita obtener autorización previa antes de hacerlo. Coménteles siempre al médico sobre cualquier visita a un centro u hospital de urgencias.

Usted puede encontrar el centro de atención urgente más cercano revisando el directorio de Proveedores en el sitio web de CMDP en <https://dcs.az.gov/services/cmdp> o póngase en contacto con los servicios de los miembros al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico al, CMDPMemberServices@azdcs.gov, para asistencia.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La mayoría de los miembros del CMDP reciben servicios de salud conductual, incluidos servicios de abuso de drogas y alcohol, de la Autoridad Regional de salud Conductual (RBHA, por sus siglas en inglés) de la AHCCS. Los miembros son asignados a un RBHA cuando se inscribe con el CMDP. La asignación se basa en

el Tribunal de jurisdicción del miembro.

Si el miembro tiene una emergencia de salud conductual, es importante obtener ayuda de inmediato. Si usted piensa que el miembro podría lastimarse a sí mismo o a alguien más, llame al 911 o a un número de teléfono de la crisis de la salud del comportamiento que se enumera a continuación.

Listas RBHA

Salud completa De Arizona

Los condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma

Línea Directa De Hogares de Acogida	1.844.365.3144
Vínculo con los niños.....	520.809.6432
Servicios Para Los Miembros	1.866.495.6738
Línea De Crisis	1.866.495.6735
Correo electrónico	AzCHDCS@azcompletehealth.com

Mercy Care

Condado de Maricop

Línea Directa De Hogares de Acogida	602.633.0763
Vínculo con los niños.....	602.453.8095
Servicios Para Los Miembros	1.800.564.5465
Línea De Crisis.....	1.800.631.1314
Correo electrónico	DCS@mercycaarez.org

Steward Health Choice Arizona

Línea de Ayuda de Cuidado de Acogida los Condados de Apache, Coconino, Gila, partes de Graham, Mohave, Navajo y Yavapai.....

.....	928.293.7038
Vínculo con los niños.....	928.214.2370
Servicios Para Miembros.....	1.800.640.2123
Línea De Crisis.....	1.877.756.4090
Correo	HCIC_dcs@steward.org

SERVICIOS LINGÜÍSTICOS Y CULTURALES

Una comunicación clara es importante para obtener la atención sanitaria que el miembro necesita. CMDP le proporciona con materiales para los miembros en un idioma o formato que puede ser más fácil de entender. También podemos proporcionarle material impreso para el cuidado de la salud, incluyendo este manual, en un idioma o formato que sea más fácil de leer. Tenemos intérpretes a su disposición si el proveedor de atención médica no habla su idioma.

Si un proveedor de atención médica no entiende sus necesidades culturales, o si usted tiene un problema para leer o para entender esta información o cualquier otra información del CMDP, póngase en contacto con los servicios de Miembros al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico a CMDPMemberServices@azdcs.gov, para asistencia. Podemos explicar esta información, en inglés o en su idioma principal sin costo alguno para usted.

Apoyos Auxiliares

Los apoyos auxiliares son servicios o dispositivos que ayudan a las personas con deficiencias de la vista, del habla o de la audición. Podemos ayudarle en la obtención de ayudas auxiliares incluyendo lectores, materiales 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 obtener ayudas y servicios auxiliares, póngase en contacto con los servicios de los miembros al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, TTD (para las personas con problemas de audición) 711 o 1.800.367.8939, o por correo electrónico al, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

RED DE PROVEEDORES

La red de proveedores de CMDP incluye médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que trabajarán para satisfacer las necesidades de atención médica únicas de nuestros miembros. Nuestros proveedores se asegurarán de que la atención médica sea accesible, continua, integral, coordinada, compasiva y culturalmente efectiva.

CMDP trabaja con todos los proveedores registrados de AHCCS, incluidos los proveedores acreditados por CMDP. Si desea ver a un proveedor no registrado en CMDP o AHCCCS, póngase en contacto con los servicios para miembros CMDP al 602.351.2245, sin costo para usted, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov. Nos pondremos en contacto con el médico con información sobre el proceso de registro.

El directorio de proveedores del CMDP enumera los nombres, ubicaciones, números de teléfono e idiomas distintos del inglés hablado por nuestros proveedores del plan. Esto incluye a los proveedores dentales y otros especialistas de la salud. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor que pueda alojar a miembros con discapacidades físicas, y proporcionar un intérprete médico experto en la oficina del proveedor. Puede acceder al directorio de proveedores de CMDP visitando el sitio web de CMDP en <https://dcs.az.gov/services/cmdp>. Si usted quisiera que se le envíe una copia del directorio de proveedores de CMDP sin costo alguno, comuníquese con los servicios de miembros al 602.351.2245, llamada gratuita, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN GESTIONADA

La atención dirigida es un sistema que gestiona la prestación de atención sanitaria para controlar los costos. Una organización de atención dirigida también se llama plan de salud. CMDP es el plan de salud del miembro y es responsable de la atención médica del miembro.

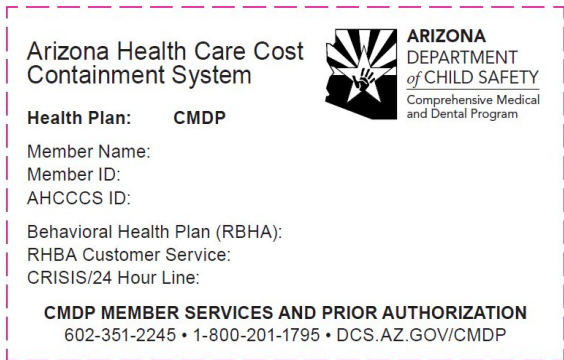
Como un programa de cuidado administrado, CMDP requiere que el médico presente una solicitud de autorización para ciertos servicios. El CMDP también examina los servicios prestados para verificar que se prestan los servicios apropiados. El proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es el proveedor de atención de la salud que coordina la atención de la salud para el miembro y hace las derivaciones necesarias para los servicios.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

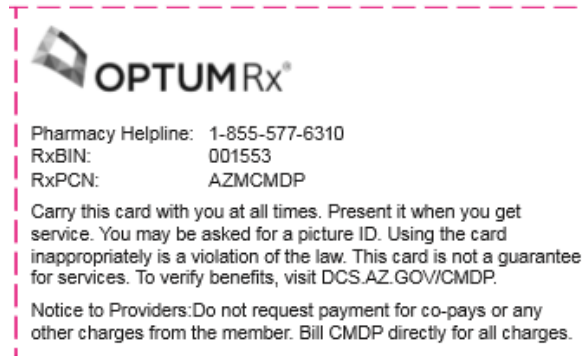
Cuando un miembro se inscribe, usted recibirá una tarjeta de identificación de miembro (ID) similar a la de abajo. La tarjeta es su clave para obtener servicios de atención médica para el miembro. Tiene la identificación del miembro, su número, nombre y otra información importante. La tarjeta de identificación del miembro

parece a la tarjeta de abajo.

ENFRENTÉ



ATRÁS



Su tarjeta de identificación tiene un número de teléfono para acceder a servicios de salud conductual y uso de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor en función de su lugar de residencia. Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener servicios de salud mental, por favor llame al número de su tarjeta.

La información de la farmacia se encuentra en la parte posterior de la tarjeta de identificación del miembro. Si tiene problemas para obtener una receta en la farmacia, llame al número de teléfono de línea de ayuda de la farmacia que aparece en la parte de atrás de la tarjeta.

Si el miembro tiene una licencia de conducir de Arizona o un documento de identidad emitido por el estado, AHCCCS obtendrá la imagen del miembro de la división de vehículos automotores del Departamento de Transporte de Arizona (MVD, por sus siglas en inglés). La pantalla de verificación de los requisitos de elegibilidad del AHCCS vista por los proveedores contiene la imagen del miembro (si está disponible) y los detalles la cobertura.

Se debe cuidar la tarjeta de identificación del miembro. No tire la tarjeta. Usted lo necesitará cada vez que reciba servicios médicos para el miembro. No permita que otra persona use la tarjeta de identificación del miembro. Es contra la ley. Vender o dejar que alguien use la tarjeta del miembro es un fraude. Se podrían tomar acciones legales contra usted incluyendo la pérdida de elegibilidad.

La tarjeta de identificación de miembro está disponible sin costo alguno para el miembro. Si usted no recibe el carné de socio o necesita una tarjeta de reemplazo, póngase en contacto con los servicios de miembros CMDP al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS Y CUIDADORES

Los miembros del CMDP y los cuidadores tienen las siguientes responsabilidades:

- * Proteger la tarjeta de identificación del miembro en todo momento e informar a CMDP de la pérdida o robo de una tarjeta de identificación del miembro.
- * Presentar la tarjeta de identificación del miembro del CMDP al utilizar los servicios de salud.
- * Presentar el formulario de notificación al proveedor al utilizar los servicios de atención médica si la tarjeta de identificación del miembro CMDP no está disponible.
- * Incluir siempre a los DCS/CMDP como la parte responsable del pago de los servicios de atención de la salud.
- * Proporcionar información médica exacta y completa a los proveedores de atención de la salud.

- * Siga las instrucciones que le hayan dado los proveedores de atención médica y haga preguntas si no entiende las instrucciones.
- * Informar al CMDP sobre cualquier otra cobertura de seguro que el miembro pueda tener.
- * Seguir el tratamiento prescrito de la atención recomendada por el proveedor o dejar que el proveedor sepa las razones por las cuales no se puede seguir el tratamiento, tan pronto como sea posible.
- * Programar citas con el médico durante las horas laborales siempre que sea posible antes de usar atención urgente o una sala de emergencia del hospital.
- * Programar citas fuera del horario escolar del miembro, siempre que sea posible.
- *Hacer todo lo posible por mantener las citas acordadas y las citas de seguimiento, y acceder a los servicios de atención preventiva.
- * Llevar al miembro a citas médicas y a exámenes dentales o póngase en contacto con el especialista de DCS asignado, representante de la agencia de acogida o CMDP para obtener ayuda con el transporte.
- * Utilizar las clínicas interdisciplinarias de multi-especialidad (MSIC, por sus siglas en inglés) si el miembro tiene una condición de calificación CRS cuando se le pide que lo haga por CMDP o el proveedor de atención médica.
- * Cooperar con el especialista del DCS, el representante de los organismos de acogida, el CMDP y los proveedores de atención médica para asegurarse de que el miembro está recibiendo la mejor atención posible.
- * Notificar a CMDP y a los proveedores de atención médica si hay algún cambio en la dirección o número de teléfono.
- * Notificar a DCS/CMDP cuando el tamaño de la familia o cualquier otro cambio en la información demográfica.

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN

Si se va a mudar con un miembro a otro condado, estado o país, póngase en contacto con los servicios de los miembros del CMDP y el especialista o representante de la agencia de acogida del miembro para obtener asistencia en la obtención de servicios de atención médica en el nuevo estado. Los servicios de los miembros pueden ayudarle a encontrar una nueva farmacia para el miembro, o con problemas para llenar los medicamentos. También debe ponerse en contacto con el proveedor de atención primaria (PCP) y el proveedor de atención primaria dental (PDP) del miembro. Aviso previo de la nueva dirección del miembro permitirá tiempo para la transferencia de archivos médicos a un nuevo proveedor. Esto asegura la continuidad del cuidado del miembro.

El especialista DCS del miembro o el representante de la agencia de acogida averiguará si el miembro puede obtener servicios de atención médica en el nuevo estado. También le informarán sobre cómo solicitar servicios de Medicaid en nombre del miembro. Si el miembro no es elegible para los servicios de Medicaid en el nuevo estado, CMDP cubrirá todos los servicios de atención médica médicamente necesarios. El CMDP también trabajará con el Especialista o representante sobre los detalles de custodia para localizar y registrar a los proveedores.

El Departamento de seguridad Infantil de Arizona (DCS), en la mayor medida posible, consultará con los padres biológicos del niño y el miembro a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud.

Si los DCS tienen custodia temporal de un niño o tienen custodia legal en virtud de una orden judicial, los DCS pueden dar su consentimiento a los siguientes servicios:

- * Evaluación y tratamiento de condiciones de emergencia que no son de riesgo para la vida.
- * Tratamiento y procedimientos médicos y dentales de equipaje, incluyendo servicios de diagnóstico y tratamiento periódico de detección temprana (EPSDT, por sus siglas en inglés), y servicios por parte de los proveedores de atención médica para aliviar el dolor y tratar los síntomas de enfermedades o afecciones comunes en la niñez.
- Cirugía.

- * Anestesia General.
- * Transfusión de sangre.
- * Prueba de la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana.

Servicios los cuidadores no pueden autorizar:

- * Anestesia General
- * Transfusiones de sangre
- * Interrupción del embarazo
- * Cualquier cirugía o tratamiento médico que no sea rutinario

CAMBIOS EN LOS PLANES DE SALUD

El CMDP facilita la transición de la atención a todos los miembros para asegurar el acceso continuo a los servicios cuando éstos están saliendo de la atención fuera del hogar y necesitan cambiar su plan de salud. Vamos a coordinar los servicios de transición para los miembros que ya no son AHCCS elegibles por un máximo de 60 días. Esto permite una cobertura continua para el miembro.

Los miembros que están saliendo de la casa, pero son elegibles para Medicaid continúan con la cobertura de salud con otro plan de Salud AHCCCS hasta que se haga una nueva determinación.

Los miembros de 18 años de edad que reúnan los requisitos para ser elegibles para el AHCCCS mientras estén en cuidado fuera del hogar pueden optar al Programa de Seguro de Transición para adultos jóvenes (YATI) para recibir una cobertura médica continua con los AHCCCS.

Póngase en contacto con el Especialista en DCS del miembro o el representante de la agencia custodial para obtener más información sobre la inscripción de AHCCCS Y la transición a otro plan de salud AHCCS.

SERVICIOS DE EMERGENCIA Y TRANSPORTE

Una emergencia es una afección repentina que pone en peligro la vida del miembro o puede causarle daño si no se trata con rapidez.

Ejemplos de situaciones de emergencia son:

- * Hemorragia mayor;
- * Huesos fracturados;
- * Dificultad para respirar;
- * Convulsiones; y
- * Inconsciente.

Usted puede obtener atención de emergencia las 24 horas del día, siete días a la semana. **Si usted necesita atención de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.** Los servicios de emergencia están cubiertos por el CMDP y no requieren autorización previa.

Los servicios de emergencia no deben tomar el lugar de la consulta del médico.

Notificar al especialista o representante de la agencia de custodia del DCS que tiene el miembro y al CMDP inmediatamente después de que un miembro haya recibido servicios de emergencia.

Transporte de emergencia

Si el miembro necesita transporte en una emergencia que ponga en peligro su vida, marque el número de emergencias (911 en los Estados Unidos) o póngase en contacto con el servicio de ambulancias local. Los servicios de transporte de emergencia están cubiertos por el CMDP y no requieren autorización previa.

Transporte No De Emergencia que este Medicamento Necesario

Los cuidadores deben llevar a los miembros a las citas médicas. Si necesitas que te lleven a una cita, pregunta a un familiar, amigo o usa el transporte público. Si usted no puede obtener un paseo, póngase en contacto con el especialista de DCS del miembro o representante de la agencia de custodia, o póngase en contacto con los servicios del miembro en el 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov, al menos 24 horas antes de la cita médica.

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD CUBIERTOS

Los servicios cubiertos son los servicios de atención de la salud que el CMDP paga. Esto incluye la salud física y la atención de la salud mental, los servicios, las ayudas, los suministros, los medicamentos de venta con receta y de venta libre, el equipo y otros servicios. La atención debe ser médicamente necesaria. Médicamente necesario significa razonable y necesario para prevenir o tratar enfermedades o condiciones de salud o discapacidades. Esto incluye los cuidados que te impiden ir al hospital. También significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con las normas aceptadas de la práctica médica.

CMDP paga por los servicios médicos que son médicamente necesarios. Los servicios médicamente necesarios incluyen:

- * Visitas al consultorio del médico;
- * Exámenes del niño sano o exámenes de Detección Temprana y Periódicos, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés);
- * Visitas a chequeo para miembros mayores de 21 años;
- * Pruebas de detección como la tuberculosis, el plomo, la anemia, la audición, la visión, la infección transmitida por vía libre, la detección del cáncer de cuello uterino, etc.;
- Inmunización;
- * Servicios de salud conductual (véase la sección de servicios de salud Conductual de este manual);
- * Atención hospitalaria;
- * Atención especializada, según sea necesario;
- * Servicios de planificación familiar;
- * Servicios basados en el hogar y la comunidad;
- * Servicios de laboratorio y de rayos-X;
- * Cuidado del embarazo;
- * Atención médica de emergencia las 24 horas;
- * Prevención, diagnóstico y cuidados dentales de restauración;
- * Transporte de emergencia;
- * Cuidado de la visión y anteojos;
- * Transporte Médicamente necesario;

- * Servicios de farmacia, suministros y equipo médicos, y
- * Transplantes cubiertos por AHCCS.

CMDP no paga por:

- * Atención que no sea médicamente necesario;
- * Ingreso hospitalario, servicio o artículo que necesitó autorización previa (PA) pero no fue aprobado por adelantado o fue denegado;
- * Servicios o artículos con fines cosméticos;
- * Servicios necesarios para el bienestar psicológico del miembro, ya que estos servicios son proporcionados por la RBHA. Si estos servicios son solicitados a CMDP, necesitarán un PA;
- * Servicios o artículos que son gratuitos o por los cuales no se suelen hacer cargos;
- * Terminación del embarazo, a menos que previamente aprobado y terminado el embarazo;
- * Artículos de cuidado personal como: champú, enjuague bucal, pañales para recién nacidos de hasta tres años de edad;
- * Fórmulas dietéticas o suplementos dietéticos proporcionados por WIC (a menos que sean la única fuente de nutrición y/o médicamente necesarios y no estén cubiertos por WIC). WIC presta servicios a miembros menores de 5 años;
- * Servicios médicos a un recluso de una institución pública, como una cárcel o correccional;
- * Atención proporcionada por personas que no están debidamente autorizadas o certificadas y que no están registradas en el CMDP.

CMDP paga por servicios dentales de equipaje sin autorización previa (PA) o predeterminación. Servicios dentales de equipaje incluyen:

- Exámenes dentales y radiografías;
- * Tratamiento para el dolor, infección, hinchazón y lesiones dentales;
- * Limpiezas y tratamientos con flúor;
- * Selladores dentales;
- * Empastes, extracciones y coronas de amalgama médicamente necesarias;
- * Terapia de pulpa y canales de raíz;
- * Barniz de flúor aplicado por un PCP o PDP, y
- * Educación Dental.

Un dentista necesita una AP para los principales servicios dentales incluyendo anestesia general y aparatos de ortodoncia.

CMDP paga por servicios de visión de equipaje sin Autorización previa (PA) o predeterminación. Los servicios de visión de equipaje incluyen:

- * Exámenes oculares;
- * Gafas y bifocales;
- * Rayaduras;
- * Reparación y sustitución de anteojos;
- * Lentes tintadas (cuando sea necesario médicamente), y
- * Lentes de contacto (con una declaración de por qué se necesitan médicamente).

Informes de Incontinencia

Los calzoncillos (pantalones) para incontinencia, incluyendo la pértiga y/o las almohadillas de incontinencia, pueden ser pagados por CMDP si el miembro es mayor de 3 años de edad y tiene una condición médica documentada que está causando que tengan problemas con el control de la vejiga y / o el aula.

CMDP utiliza las siguientes directrices para determinar la cobertura de los resúmenes de incontinencia:

- El niño debe ser mayor de 3 años;
- El niño necesita los resúmenes incontinentes para prevenir la descomposición de la piel y permitir la participación en actividades sociales, terapéuticas y de educación en circunstancias limitadas; y
- El médico ha escrito una prescripción para la incontinencia breve (total de 240 calzoncillos de incontinencia por mes están permitidos). Si se necesita más, el médico tendrá que proporcionar documentación específica sobre por qué.

Si el Departamento de Seguridad Infantil actualmente proporciona un estipendio para la compra de calzoncillos de incontinencia y CMDP va a suministrarlos, el estipendio se interrumpirá. CMDP mandará que una empresa de suministro designada entregará a la casa los calzoncillos de incontinencia. Para preguntas acerca de los calzoncillos de incontinencia, por favor póngase en contacto con CMDP Medical Services al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Visitas guiadas (Miembros mayores de 21 años)

Las visitas de chequeo (exámenes de bien), como los exámenes de mujeres, los exámenes de mama y los exámenes de próstata están cubiertos para los miembros mayores de 21 años. La mayoría de las visitas del chequeo (también llamadas chequeos o exámenes físicos) incluyen una historia clínica, examen físico, exámenes de salud, vacunas saludables y médicas necesarias.

Para miembros menores de 21 años, vea la sección EPSDT de este manual.

Servicios de Miembros de contacto al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov, si tiene alguna pregunta sobre los servicios de salud cubiertos.

SERVICIOS DE CUIDADO PALIATIVOS

La atención paliativa (EOL, por sus siglas en inglés) es un enfoque centrado en los miembros de la atención médica con el objetivo de mantener los derechos y la dignidad de los miembros a medida que reciben otros servicios cubiertos de Medicaid que sean necesarios desde el punto de vista médico. La atención en la EOVS incluye información sobre la salud y la selección del tratamiento en todas las etapas de la enfermedad del miembro.

La atención en la EOVS, cuando sea necesario, puede incluir la planificación anticipada de la atención. Las directivas anticipadas son preparados por la oficina del fiscal general de Arizona para los miembros del CMDP menores de 18 años.

ESPECIALISTAS Y OTROS PROVEEDORES

El proveedor médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) y el proveedor dental de atención primaria (PDP, por sus siglas en inglés) pueden atender la mayoría de las necesidades de atención médica del miembro. También tenemos otros proveedores (médicos) que son especialistas. CMDP registra a los

proveedores que cumplen con los estándares de calidad del CMDP. Queremos que nuestros miembros reciban el mejor cuidado posible.

Una referencia significa que usted necesita la aprobación de su médico para obtener un servicio o ir a otro médico para obtener atención especial. Usted no necesita una referencia de su PCP o PDP para ver a un especialista. Las evaluaciones y consultas iniciales no necesitan la autorización previa (AP) del CMDP, con la excepción de las evaluaciones quiroprácticas, podológicas, naturopáticas y pediátricas de salud del desarrollo/comportamiento. Su médico se hará cargo de cualquier referencia que necesite.

Una vez que el proveedor especializado haya decidido proporcionar tratamiento médico, el proveedor especializado solicitará un PA de CMDP antes de que comiencen los servicios de atención médica. Si el CMDP rechaza los servicios, el Especialista del DCS o el representante de la agencia de custodia recibirá una carta de rechazo en la que se indica por qué y cómo apelar la decisión.

Las miembros que son mujeres tienen acceso directo a la atención preventiva y a los servicios de atención de salud de un ginecólogo dentro de la red CMDP sin una referencia de un médico de atención primaria. Las mujeres embarazadas pueden elegir a su médico Ginecólogo Obstétrico (OB-GYN) como su PCP.

El directorio de proveedores de CMDP tiene una lista de proveedores especializados. Usted puede acceder al Directorio de proveedores en el sitio web de CMDP en <https://dcs.az.gov/services/cmdp>. Si necesita ayuda para seleccionar un proveedor especializado o para solicitar una copia del directorio de proveedores sin costo para usted, póngase en contacto con los servicios de Miembros al 602.351.2245, sin cargo, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Si un proveedor no cubre un servicio, incluidos los servicios de asesoría o de referencia, debido a objeciones morales o religiosas, póngase en contacto con los servicios para miembros del CMDP para obtener ayuda para encontrar un proveedor diferente.

Los miembros de los indio-americanos pueden recibir servicios de atención médica de cualquier proveedor de servicios de Salud de la India o de propiedad tribal y/o instalación operada en cualquier momento.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) Y PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DENTAL (PDP)

Si usted es nuevo en CMDP, recientemente trasladado o está listo para un cambio, la selección de un proveedor de atención primaria (PCP) y un proveedor de atención primaria dental (PDP) es un primer paso importante hacia el manejo de la atención médica del miembro.

El PCP y PDP son los proveedores que el miembro visitará más para las necesidades médicas y dentales, incluyendo visitas de bienestar y exámenes de equipaje, y enfermedades no de emergencia como dolor de oídos y dolor de garganta. El PCP y PDP son parte del hogar médico y el hogar dental que coordinan la atención para el miembro.

El PCP y el PDP:

- * Revisan y hacen un seguimiento de la historia clínica y dental del miembro;
- * Coordinan la atención para satisfacer las necesidades del miembro;
- * Trabajan con especialistas, farmacias, hospitales y otros proveedores para hacer un seguimiento de todos los cuidados que recibe un miembro; y

- * Proporciona la información médica y odontológica del miembro a aquellos que la necesiten.

Elegir un PCP y una PDP

Puede seleccionar un PCP y PDP del directorio de proveedores CMDP. El directorio incluye los idiomas que el proveedor habla y los servicios que proporciona a las personas con discapacidades físicas. Puede buscar la lista de proveedores por ubicación, especialidad o nombre. El directorio está disponible en el sitio web de CMDP en <https://dcs.az.gov/services/cmdp>, o póngase en contacto con los servicios de los Miembros al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov, para tener una copia del directorio enviada a usted sin costo alguno.

Cambiar un PCP y una PDP

Usted puede cambiar el PCP y el PDP del miembro en cualquier momento, por cualquier razón. Las razones para cambiar un PCP y una PDP incluyen:

- * Movimientos de los miembros;
- * Usted o el miembro no se siente cómodo;
- * La oficina está lejos de usted y el miembro, y
- * Usted o el miembro no entiende lo que dice el PCP.

Si cambia la PCP y la PDP del miembro, pida a los proveedores actuales que transfieran los registros médicos del miembro al nuevo PCP y la PDP. Para solicitar un cambio, o para notificar a CMDP de un cambio, póngase en contacto con los servicios de los miembros en 602.351.2245, llamada gratuita, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Hacer, Cambiar o Cancelar citas de PCP y PDP

Póngase en contacto con el PCP y el PDP para programar citas para el miembro. Cuando llame, dígame a la oficina que el miembro está cubierto por CMDP.

Tener la siguiente información lista:

- * Nombre del miembro;
- * Número de identificación del miembro CMDP, y
- * Razón por la que necesita la cita.

Para cancelar o cambiar las citas médicas y dentales, comuníquese con el médico al menos un día antes de la cita. Algunos proveedores pueden intentar cobrar una tarifa por las citas perdidas. Por ley del estado de Arizona, CMDP no puede pagar por citas perdidas o ausentes.

Acceso y disponibilidad de las Citas

Los miembros del CMDP deben ser capaces de obtener una cita para ver a los proveedores cuando sea necesario. Servicios de Miembros de contacto al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov, si no puede obtener citas dentro de los plazos que se indican a continuación:

Para las citas de atención primaria:

- * Atención urgente-tan rápida como la condición de salud del miembro requiere, pero no más de dos días hábiles después de la solicitud.
- * Atención de Equipaje-dentro de los 21 días calendario de la solicitud.

Para citas de especialidad, incluyendo la especialidad dental:

- * Atención urgente-tan rápida como la condición de salud del miembro requiere, pero no más de dos días hábiles después de la solicitud.
- * Atención de Equipaje-dentro de los 45 días calendario de la remisión.

Para citas dentales:

- * Atención urgente-tan rápida como la condición de salud del miembro requiere, pero no más de tres días hábiles después de la solicitud.
- * Atención de Equipaje-dentro de los 30 días calendario de la solicitud.

Para citas de atención de maternidad (atención prenatal):

- * Primer trimestre-dentro de los 14 días naturales después de la solicitud.
- * Segundo trimestre-dentro de los siete días naturales después de la solicitud.
- * Tercer trimestre-dentro de los tres días del negocio de la petición.
- * Embarazos de alto riesgo-tan rápida como la condición de salud del miembro requiere, pero no más de tres días hábiles de identificación de alto riesgo o inmediatamente si existe una emergencia.

Mantener A Los Niños Sanos

Como cuidador, usted puede ayudar a mantener a los miembros sanos si:

- * Se asegure de que los miembros reciban todas sus visitas a los niños sanos y dentales.
- * Haga un seguimiento de todas las remisiones hechas durante las visitas con el PCP.
- * Se asegure de que los miembros reciban todas sus vacunas. Se asegure de que las vacunas estén actualizadas (Consulte el sitio web del centro para el control y la prevención de enfermedades para ver los programas de inmunización y más información: <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html>).
- * Se asegure de que los adolescentes van a sus visitas del niño sano. Éstas incluyen visitas de mujeres para niñas. El médico de la adolescente debe hablar con ellos sobre la salud reproductiva y el control de la natalidad. También deberían hablar sobre el sexo seguro. El sexo seguro incluye cómo prevenir las enfermedades sexualmente transmisibles. A menudo se habla del consumo de drogas y alcohol en esas visitas. El cuidador del miembro también debe hablar con ellos sobre estos temas.

Todos los miembros del CMDP deben tener una visita completa al hospital y una visita dental dentro de los primeros 30 días de la remoción y colocación en el cuidado fuera de casa. Por favor, programe un examen físico y una visita dental para los miembros. Si el miembro tenía un examen antes de la remoción, CMDP solicita que la cita para la visita completa de chequeo y la visita dental se programe de nuevo dentro de los 30 días de la remoción y la colocación en la atención fuera del hogar.

CUIDADO DE LOS NIÑOS Y DETECCIÓN TEMPRANA Y PERIÓDICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (EPSDT)

Los exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos (EPSDT) son un programa integral de salud infantil de prevención y tratamiento, corrección y mejora (mejoría) de los problemas de salud física y mental de los miembros de AHCCS menores de 21 años.

El propósito de EPSDT es asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los recursos de atención médica, así como ayudar a los beneficiarios de Medicaid a utilizar eficazmente estos recursos.

Los servicios de EPSDT proporcionan atención integral de la salud mediante la prevención primaria, la intervención temprana, el diagnóstico, el tratamiento médicamente necesario y el seguimiento de los problemas de salud física y de comportamiento de los miembros de AHCCCS menores de 21 años. Los servicios de EPSDT incluyen servicios de detección, servicios de visión, servicios dentales, servicios auditivos y todos los demás servicios médicos necesarios y servicios opcionales enumerados en la ley Federal 42 U. S. C. 1396d (a) para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades físicas y mentales y las condiciones identificadas en un examen EPSDT, independientemente de que los servicios estén o no cubiertos por el plan estatal AHCCS. Las limitaciones y exclusiones, aparte del requisito de necesidad médica y eficacia en función de los costos, no se aplican a los servicios de EPSDT.

Una visita a un chequeo infantil es sinónimo de una visita al EPSDT e incluye todas las proyecciones y servicios descritos en los programas EPSDT y de periodicidad dental del AHCCCS.

Importe, duración y ámbito de aplicación: La ley de Medicaid define los servicios EPSDT para incluir servicios de detección, servicios de visión, servicios dentales, servicios auditivos y "otras medidas necesarias de atención de la salud, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en la Subdivisión 42 U. S. C. 1396d(a) de la ley federal para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades físicas y mentales y las condiciones descubiertas por los servicios de detección, independientemente de que tales servicios estén cubiertos bajo el plan estatal (AHCCCS)."

Esto significa que los servicios cubiertos por EPSDT incluyen servicios que corrigen o mejoran los defectos físicos y mentales, las condiciones y las enfermedades descubiertas por el proceso de selección cuando esos servicios caen dentro de una de las 29 categorías opcionales y obligatorias de "asistencia médica", según se define en la ley de Medicaid. Los servicios cubiertos bajo EPSDT incluyen todas las 29 categorías de servicios en la ley federal, incluso cuando no están incluidos como servicios cubiertos en el plan del estado AHCCS, estatutos, normas o políticas de AHCCS, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios y rentables.

EPSDT incluye, pero no se limita a, la cobertura de: servicios hospitalarios y ambulatorios, servicios de laboratorio y de rayos recordatorios, servicios médicos, servicios de enfermería, medicamentos, servicios dentales, servicios de terapia, servicios de salud conductual, suministros médicos, gafas, transporte y servicios de planificación familiar. El EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, detección, prevención y rehabilitación. Sin embargo, los servicios EPSDT no incluyen los servicios que se destinan exclusivamente a fines cosméticos, o que no son rentables en comparación con otras intervenciones.

Herramientas de detección del desarrollo

Es importante que los proveedores de atención de la salud utilicen una herramienta de detección del desarrollo durante un examen EPSDT. Su proveedor puede elegir una de las tres herramientas diferentes de detección del desarrollo:

- * Herramienta de evaluación del estado de desarrollo por los padres (PEDS, por sus siglas en inglés)
- * Lista modificada para el autismo en niños pequeños (M-CHAT), o
- * Cuestionario de edades y etapas (ASQ, por sus siglas en inglés).

Los cuidadores deben asegurarse de que se realice una prueba de detección del desarrollo en cada visita EPSDT del chequeo del niño. Sólo los proveedores que están certificados por AHCCCS en el uso de la herramienta de PEDS, M-CHAT, Y ASQ pueden completar estas proyecciones. Es importante encontrar un proveedor que esté certificado en estas herramientas de evaluación del desarrollo.

Póngase en contacto con CMDP Medical Services al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPNurse@azdcs.gov, si tiene alguna pregunta sobre EPSDT.

El CMDP apoya el programa de visitas mejoradas recomendado por la Academia Americana de Pediatría para niños que reciben atención fuera del hogar. Las visitas adicionales a los niños permiten que los proveedores de atención de la salud aborden problemas de salud complejos que los niños pueden enfrentar cuando se adaptan a nuevas colocaciones, escuelas, etc.

Recién Nacidos Expuestos A Sustancias (SENs)

Muchos niños colocados fuera del hogar son identificados como con exposición a sustancias al nacer y son considerados recién nacidos con exposición a sustancias (SENs, por sus siglas en inglés). Las sustancias identificadas por los hospitales y otros profesionales médicos pueden incluir la exposición al alcohol, las anfetaminas, la cocaína, los inhalantes, la marihuana, la heroína, los analgésicos con receta, los opioides y otras drogas de uso indebido. Ser consciente de los signos de un recién nacido expuesto a una sustancia es muy importante para aquellos que cuidan de estos bebés y niños vulnerables.

No todos los bebés/niños expuestos a sustancias al nacer tendrán problemas. Hay varios mitos asociados con los recién nacidos expuestos a sustancias. Las etiquetas de "bebés de hielo" o "bebés de metanfetaminas" son inexactas debido a la falta de evidencia científica para apoyar estas etiquetas.

Los efectos de las drogas en los bebés/niños dependerán de la cantidad de droga utilizada y de cuánto tiempo se usó durante el embarazo. El bebé expuesto al medicamento puede estar en riesgo de tener problemas más adelante en la vida, como retraso del habla, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y problemas de comportamiento que pueden no estar clínicamente presentes hasta que el niño tenga más de dos años de edad o incluso la edad escolar.

Los signos de exposición a fármacos no son exclusivos de una sustancia expuesta recién nacido y pueden estar presentes en otros casos. Una historia detallada de la droga/alcohol utilizada durante el embarazo, además de los factores de estrés y efectos ambientales es la clave para el diagnóstico de la exposición a las sustancias.

Algunos bebés que son recién nacidos expuestos a la sustancia pueden tener signos de malestar o dificultad para alimentarse. A medida que crecen, los síntomas pueden cambiar. Es importante hablar con su PCP y obtener ayuda de un especialista en salud mental para bebés y niños pequeños, si es necesario.

Se debe realizar el plan de atención para recién nacidos expuestos a sustancias con el PCP del bebé/niño para asegurar que se satisfacen las necesidades médicas adecuadas. El cuidado y/o tratamiento se basa en los síntomas que el bebé/niño puede estar mostrando, y no en el hecho de que el niño está expuesto a las drogas.

Es importante que el PCP siga al niño de cerca para monitorear el crecimiento y desarrollo. También es importante obtener servicios de especialistas en salud mental para bebés o niños pequeños cuando sea necesario para lidiar con las dificultades de conducta.

CMDP publica un folleto titulado "*Manejar con Cuidado: Cuidado especial para el recién nacido expuesto a sustancias*". Este folleto contiene información y consejos sobre el cuidado de recién nacidos con exposición a sustancias. Usted puede obtener el folleto de la CMDP sitio web en <https://dcs.az.gov/services/cmdp>. o póngase en contacto con los servicios médicos al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPNurse@azdcs.gov, para una copia del folleto o si tiene alguna pregunta sobre los servicios disponibles.

Sueño seguro para los bebés

Las siguientes son pautas de sueño seguro para reducir el riesgo de Síndrome de muerte Infantil súbita (SIDS, por sus siglas en inglés) y otras causas relacionadas con el sueño de muerte infantil:

- * Siempre coloque al bebé de espaldas para dormir seguramente.
- * Use una cuna aprobada por seguridad cubierta por una sábana ajustada.
- * No hay almohadas, mantas, pieles de oveja, o protectores de cuna.
- No hay objetos blandos, juguetes y ropa de cama suelta cerca del área de sueño del bebé.
- * No fumar alrededor del bebé.
- * El bebé no debe dormir en una cama de adulto, en un sofá, o en una silla solo o con usted.
- * Nada debe cubrir o estar cerca de la cabeza del bebé.

Si usted tiene cualquier pregunta o para más información sobre el sueño seguro para los bebés visitar el CMDP sitio web en <https://dcs.az.gov/services/cmdp>.

VACUNAS

Las vacunas pueden evitar que los niños y jóvenes enfermen en el futuro. Hable con el PCP del miembro sobre las vacunas que se necesitan y cuándo se necesitan. Usted debe usar un programa de vacunación y tener el programa actualizado cuando usted visita al médico del miembro.

Para solicitar una tarjeta de inmunización, póngase en contacto con los servicios miembros CMDP en 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Calendario De Vacunación Recomendado

Los cuidadores en el estado de Arizona están obligados a cumplir con los estatutos que rigen la salud de los niños colocados fuera del hogar. Artículo 58 del Código Administrativo de Arizona, R6-5-5830, atención Médica y Dental, dice:

"El cuidador hará que el niño de acogida reciba atención rutinaria médica y dental, que incluirá un examen médico anual, exámenes dentales semestrales, inmunizaciones y exámenes médicos estándar".

La ley de Arizona requiere que los niños en edad escolar y los niños matriculados sean inmunizados apropiadamente. Las excepciones y adiciones a las reglas:

- * Los padres biológicos cuyas creencias religiosas no permiten inmunizaciones deben firmar una exención religiosa.
- * El médico del niño debe firmar un formulario de exención médica si hay evidencia de inmunidad o una razón médica por la que el niño no puede recibir vacunas. Una copia de los resultados del laboratorio debe ser guardada en el archivo para probar la inmunidad del niño.

Es política del Departamento de seguridad infantil (DCS) que todos los niños colocados fuera del hogar sean inmunizados apropiadamente por edad, excepto cuando:

- * Los objetos de un padre basados exclusivamente en motivos religiosos; o
- * La vacunación es médicamente contraindicado.

Las denegaciones de la inmunización de los niños colocados fuera del hogar son atendidas por el especialista del DCS, el Fiscal General Adjunto y el Tribunal de jurisdicción.

Rara vez ocurren reacciones a la vacuna. Las reacciones graves son muy raras. Los peligros de no ser vacunado son mucho peores que la posibilidad de una reacción grave.

Las vacunas no son sólo para bebés. Los niños reciben la mayoría de sus vacunas entre el nacimiento y los 4-6 años. Los adolescentes también necesitan vacunas. Hable con su PCP sobre las vacunas necesarias.

Para obtener más información sobre las vacunas y para revisar los programas de inmunización recomendados, visite los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/easy-to-read/index.html> o póngase en contacto con CMDP Medical Services al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPNurse@azdcs.gov.

Nota: Los programas de inmunización recomendados son cambiados periódicamente por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Hable sobre las vacunas con el PCP o el médico del miembro.

SERVICIOS DE SALUD Y EMBARAZO DE LA MUJER

Es muy importante que los miembros activos o adecuados a su edad obtengan un examen para mujeres sanas al menos una vez al año. Los exámenes para mujeres sanas ayudan a los proveedores a determinar los servicios de atención preventiva adecuada.

Los servicios de salud y embarazo de las mujeres incluyen:

- Papanicolau;
- * Examen de mama;
- * Mamografía (cuando sea médicamente necesario);
- * Vacunas (incluyendo la vacuna contra el VPH); y
- * Detección de infecciones de transmisión libre

El cuidado de la mujer sana está disponible desde el PCP y a menudo incorporado en el EPSDT o *well check* (cita de chequeo).

Los miembros que son mujeres tienen acceso directo a la atención preventiva y a los servicios de atención de salud de un Ginecólogo dentro de la red CMDP, sin una referencia de un PCP.

Atención Durante el Embarazo y la Maternidad

El CMDP cubre los servicios de maternidad para todos los miembros. Los servicios de maternidad incluyen:

- * Identificación del embarazo;
- * Atención Prenatal;
- * Servicios del parto;
- * Atención postparto;
- * Educación y tratamiento de las condiciones relacionadas con el embarazo;
- * Educación en planificación de la familia; y
- * Pruebas prenatales, incluidas las pruebas del VIH, y realizadas.

Si un miembro piensa que está embarazada, debe hacer una cita con el PCP de inmediato. El PCP puede proporcionar los nombres de los obstetras (OB) para que el miembro elija.

El CMDP se hace cargo de los servicios obstétricos. El médico observa y trata a las mujeres embarazadas durante el embarazo. Los servicios incluyen la atención durante el embarazo, el parto y posparto o después de la atención del parto. Se recomienda que los miembros permanezcan con el mismo proveedor de OB durante todo el embarazo. Si un miembro se traslada o tiene que cambiar de proveedor de OB por cualquier motivo, se hacen esfuerzos para asegurar la comunicación entre los proveedores de OB de modo que no haya interrupción en la atención.

Si el miembro es nuevo en CMDP y ya ha estado recibiendo atención de un proveedor de OB, el miembro puede continuar viendo al mismo proveedor de OB para el cuidado. Si el proveedor de OB no está registrado con CMDP, se harán esfuerzos para registrar al proveedor de OB con CMDP para que el miembro pueda continuar viéndolos.

El médico examinará regularmente al miembro para asegurarse de que el embarazo va bien. La atención médica temprana y los chequeos regulares durante el embarazo son importantes para la salud de la madre y el bebé.

Los estándares de tiempo de cita para que todas las embarazadas vean a su proveedor de OB son:

- * Primer Trimestre (los primeros 3 meses de embarazo), dentro de los 14 días siguientes a la solicitud;
- * Segundo Trimestre (los 3 meses de embarazo), dentro de los 7 días siguientes a la solicitud;
- * Tercer Trimestre (los últimos 3 meses de embarazo), dentro de los 3 días siguientes a la solicitud;
- * Alto riesgo (tener necesidades especiales que pongan a la madre o al bebé en riesgo de daño), dentro de los 3 días siguientes a la solicitud; y
- * Emergencia (cuando un miembro tiene que ser visto inmediatamente debido a una crisis, como sangrado, etc.), inmediatamente.

Es importante que el miembro cumpla todas las citas con el proveedor de obstetricia, incluyendo la visita posparto. La visita posparto es extremadamente importante para la salud de la nueva madre y debe realizarse dentro de los 56 días posteriores al parto.

Si el miembro está teniendo problemas para programar las citas de control dentro de los plazos estándar, póngase en contacto Con los servicios del Miembro al 602.351.2245, sin cargo, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Coordinadores De Salud Materna

El CMDP Maternal Health Coordinators (MHC) está disponible para ayudar con los servicios necesarios para las mujeres embarazadas. El MHC trabaja con el miembro y el Especialista del DCS o representante de la agencia de custodia para asegurarse de que el miembro está recibiendo atención prenatal. El MHC asegura que el proveedor de OB ofrezca al miembro las pruebas y exámenes apropiados durante y después de su embarazo. Esto incluye la realización de pruebas de detección del VIH y la detección de la depresión durante y después del embarazo. El MHC también seguir con el DCS Especialista o de la custodia del representante de la agencia para coordinar la atención de servicios y asesoramiento, según sea necesario.

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta relacionada con el embarazo y la maternidad, póngase en contacto con los servicios Médicos al 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPNurse@azdcs.gov y solicitar un Coordinador de salud Materna.

Infecciones De Transmisión Sexual (ITS)

Los proveedores de CMDP enseñan a los miembros acerca de las infecciones transmitidas por vía libre (ITS) y cómo se transmiten a otras personas. Servicios adicionales están disponibles en el caso de que la prueba sea positiva. También enseñan a los miembros cómo prevenir las infecciones de transmisión Sexual. CMDP cubre las pruebas para las infecciones de transmisión Sexual, incluyendo el VIH (el virus que causa el SIDA).

Si se necesitan pruebas de VIH, el miembro debe recibir pruebas de VIH de un proveedor de atención médica o del Departamento de salud local. Los miembros mayores de 12 años pueden solicitar y dar su consentimiento para someterse a pruebas de detección del VIH. No se necesita otra aprobación. Los miembros menores de 12 años deben contar con la aprobación del cuidador, el Especialista en DCS o el representante de la agencia de custodia. La aprobación también puede provenir de un representante de la justicia de menores si el miembro está bajo el cuidado y custodia del Departamento de correccionales de Menores de Arizona (ADJC, por sus siglas en inglés) o de la Oficina Administrativa del Tribunal/oficina de libertad Condicional de menores (AOC/JPO, por sus siglas en inglés).

Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

El virus del papiloma humano (VPH, por sus siglas en inglés) es un virus común. Puede causar cáncer del cuello uterino. El virus se propaga a través del contacto sexual. A menudo, el VPH no tiene síntomas. Esto hace que sea difícil para alguien saber que lo tiene. Es importante que tanto los hombres como las mujeres reciban la vacuna contra el VPH. Deben recibir la vacuna antes de ser sexualmente activos. Esto es cuando la vacuna puede dar la mayor protección.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Los servicios de planificación de la familia están disponibles sin costo alguno para hombres y mujeres en edad reproductiva. Los servicios de planificación de la familia no requieren una remisión. Los servicios de planificación de la familia a menudo se incorporan en el EPSDT o bien comprueban la edad de los miembros apropiados. Los miembros pueden elegir a cualquier médico registrado de AHCCCS, clínica, hospital,

farmacia u oficina de planificación familiar para obtener servicios de planificación familiar.

Servicios de planificación familiar incluyen:

- Educación sobre cómo prevenir un embarazo;
- Medicamento;
- * Suministros (incluidos los diafragmas, condones, espumas, parches y métodos de control de la natalidad implantados);
- * Exámenes físicos anuales;
- * Pruebas de laboratorio;
- * Exámenes radiológicos relacionados con la planificación familiar;
- * Tratamiento de los problemas causados por el uso de anticonceptivos, y
- * Anticoncepción oral de emergencia dentro de las 72 horas después de las relaciones sexuales sin protección.

Los siguientes servicios no están cubiertos para la planificación de la familia:

- * Servicios de infertilidad;
- * Consejería para la interrupción del embarazo;
- * Interrupción del embarazo;
- * Esterilización, y
- * Histerectomía.

Los miembros que deseen tomar anticonceptivos deben hablar con su médico. Es posible que se necesiten exámenes físicos y pruebas de laboratorio antes de comenzar el control de natalidad. También se pueden necesitar citas de control programadas regularmente. Las mujeres miembros pueden ver su PCP o elegir un Ginecólogo sin una referencia.

Terminaciones Del Embarazo Medicamento Necesarias

Las interrupciones del embarazo son un servicio cubierto por AHCCS sólo en situaciones especiales. AHCCCS cubre la terminación del embarazo si uno de los siguientes criterios está presente:

1. El miembro embarazada sufre un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física, incluida una afección física que ponga en peligro su vida causada por el propio embarazo o que se derive del mismo, que, según la aprobación de un médico, pondría al miembro en peligro de muerte, a menos que se ponga fin al embarazo.
2. El embarazo es resultado del incesto.
3. El embarazo es resultado de una violación.
3. La interrupción del embarazo es médicamente necesaria de acuerdo con el juicio médico de un médico autorizado, quien confirme que la continuación del embarazo podría esperarse razonablemente que plantear un problema grave de salud física o de comportamiento para el miembro embarazado:
 - a. La creación de un problema grave de salud física o de comportamiento para el miembro embarazado,
 - b. Perjudicar gravemente la función física del miembro embarazado,
 - c. Causar disfunción de un órgano corporal o parte del miembro embarazado,

- d. Exacerbar un problema de salud del miembro embarazado, o
- e. Evitar que el miembro embarazado obtenga tratamiento por un problema de salud.

CUIDADO DENTAL

Los servicios dentales incluyen la atención dental integral a través de la prevención primaria, la intervención temprana, el diagnóstico, el tratamiento médico necesario y la atención de seguimiento.

Todos los miembros del CMDP deben tener una visita completa al hospital y una visita dental dentro de los primeros 30 días de la remoción y colocación en el cuidado fuera de casa.

Los miembros de CMDP pueden elegir un proveedor dental primario (PDP) y un *Dental Home* al inscribirse en CMDP. Usted puede cambiar el PDP/*Dental Home* del miembro en cualquier momento, por cualquier razón. Algunas razones para cambiar un PCP y PDP son:

- Si el miembro se muda;
- Si usted o el miembro no se siente cómodo;
- Si la oficina está lejos de usted y del miembro, o
- Si usted o el miembro no entiende lo que dice el PCP.

Si cambia el PDP del miembro, pida a los proveedores actuales que transfieran los registros médicos del miembro al nuevo PDP.

Para solicitar un cambio o para notificar a CMDP de un cambio, póngase en contacto con los servicios de los Miembros en 602.351.2245, llamada gratuita, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

La caries dental puede ocurrir a cualquier edad, incluso en los dientes del bebé, por lo que es importante empezar a recibir atención dental a una edad temprana y continuar con regularidad. Los miembros del CMDP deben comenzar los servicios dentales a más tardar a un 1 año. Esta visita temprana se conoce como un chequeo del bebé sano y establece un *Dental Home* para cuidados futuros. Los chequeos dentales regulares deben ocurrir cada 6 meses después de la primera visita. Los chequeos incluyen limpieza dental y tratamiento con flúor para ayudar a asegurar la salud a largo plazo de los dientes y las encías del niño.

Un examen de salud oral es parte de un examen EPSDT realizado por un PCP. Otros proveedores pueden aplicar el barniz de flúor a los miembros que tengan al menos 6 meses, con al menos una erupción dental. El examen de salud bucal en la visita del EPSDT NO toma el lugar de un examen por parte de un dentista. El bebé todavía debe ser visto por el odontólogo a la edad de 1 año.

Los miembros no necesitan una referencia para el cuidado dental y pueden ver a cualquier dentista que aparece en el directorio de proveedores. Para hacer, cambiar o cancelar una cita dental, llame al proveedor al menos un día antes de la cita. Algunos proveedores pueden intentar cobrar una tarifa por una cita perdida. La ley de Arizona establece que CMDP no puede pagar por citas perdidas o ausentes.

OBTENCIÓN DE RECETAS (MEDICAMENTOS)

CMDP cubre los medicamentos que son médicamente necesarios, rentables y permitidos por la legislación federal y estatal. Cuando un proveedor escribe una receta, debe llenarse en una farmacia que está registrada

con AHCCCS y en la red de farmacia CMDP. Los medicamentos de venta libre médicamente necesarios también se cubren con una receta del médico.

Las farmacias CMDP se encuentran en el Directorio de Proveedores de CMDP. Muchas farmacias están abiertas las 24 horas, siete días a la semana. Si tiene preguntas sobre los servicios de farmacia durante o después del horario de oficina, llame a la línea de ayuda para miembros de farmacias al número 1.888.577.6310. El número de teléfono de la línea de ayuda para miembros de la Farmacia también se muestra en la parte posterior de la tarjeta de identificación del miembro del CMDP. Si se le niegan recetas en una farmacia, puede llamar a la línea de ayuda de los miembros de la Farmacia o al proveedor que recetó el medicamento para obtener asistencia.

CMDP tiene una lista de Medicamentos preferidos (PDL). El PDL, o formulario, es una lista de medicamentos aprobados por CMDP. Los proveedores de atención de la salud deben referirse al PDL cuando recetan medicamentos. Para los medicamentos que no están en la PDL, su proveedor necesitará una autorización previa (PA) de CMDP antes de ir a la farmacia.

Las recetas escritas por los proveedores de RBHA deben llenarse usando el número de identificación RBHA, no la tarjeta de identificación CMDP.

Cobertura Para Medicamentos De Medicare

Para los beneficiarios de CMDP con Medicare, CMDP no paga por ningún medicamento pagado por Medicare Parte D, o por la participación en los costos (Co-seguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos.

Cobertura de Medicamentos de Medicare para Barbitúricos y Benzodiazepinas

CMDP no paga por barbitúricos para tratar epilepsia, cáncer, o problemas de salud mental o cualquier benzodiazepina para los miembros de Medicare Parte D. CMDP paga por barbitúricos para los miembros de Medicare que no se usan para tratar epilepsia, cáncer o enfermedades mentales crónicas.

Restricción Farmacéutica

CMDP evalúa el uso de medicamentos que tienen un potencial de abuso o mal uso. CMDP podrá restringir a un miembro el uso de una farmacia o prescriptor específicos, durante un período de hasta 12 meses, si se cumplen los siguientes criterios:

Parámetro De	Criterios mínimos para iniciar las intervenciones
Exceso de utilización	<p>Miembro utilizado el siguiente en un período de tiempo de 3 meses: > 4 prescriptores; y > 4 diferentes drogas de potencial abuso; y > 4 farmacias.</p> <p>O</p> <p>Miembro ha recibido 12 o más recetas de los siguientes medicamentos en los últimos tres meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Antipsicóticos atípicos, * Benzodiazepinas,

	<ul style="list-style-type: none"> * Hipnóticas, * Relajantes musculares, * Opioides, y * Estimulante.
Fraude	Miembro ha presentado una falsificación o la receta de modificada a la farmacia.

Esto no se aplica a los miembros que están en tratamiento para el cáncer, en cuidados paliativos o en una Institución de enfermería especializada.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Problemas de salud del comportamiento son los problemas de salud más comunes en niños en casa. Si no se abordan los problemas, pueden surgir problemas que den lugar a problemas de comportamiento a largo plazo. Los servicios incluyen servicios de salud mental para bebés y niños pequeños, así como servicios para niños mayores y adolescentes.

Los miembros pueden recibir cobertura de salud mental a través de una autoridad de salud mental contratada por la AHCCS (RBHA) y/o CMDP.

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

- * Fácil acceso a los cuidados;
- * Receptora de salud conductual y participación de miembros de la familia;
- * Colaboración con la comunidad mayor;
- * Innovación efectiva;
- * Expectativas de mejora, y
- * Competencia Cultural.

Los doce principios para la prestación de servicios a los niños:

1. Colaboración con el niño y la familia:

- a. El respeto y la colaboración activa con el niño y los padres es la piedra angular para lograr resultados positivos de salud conductual, y
- b. Los padres y los niños son tratados como asociados en el proceso de evaluación, y la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud mental, y sus preferencias son tomadas en serio.

2. Resultados funcionales:

- a. Los servicios de salud conductual están diseñados e implementados para ayudar a los niños a lograr el éxito en la escuela, vivir con sus familias, evitar la delincuencia, y convertirse en adultos estables y productivos, y
- b. La implementación del plan de servicios de salud conductual estabiliza la condición del niño y minimiza los riesgos de seguridad.

3. Colaboración con otros:

- a. Cuando los niños tienen una participación multinstitucional y multisistema, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa un plan de servicios de salud conductual establecido conjuntamente.,
 - b. Los equipos centrados en el cliente planean y ofrecen servicios, y
 - c. El equipo de cada niño incluye al niño y a los padres y a cualquier padre adoptivo, a cualquier persona importante en la vida del niño que es invitada a participar por el niño o los padres. El equipo también incluye a todas las demás personas necesarias para elaborar un plan eficaz, incluido, según proceda, el maestro del niño, el asistente social y/o el asistente social del niño, y el oficial de libertad vigilada del niño.
 - d. Equipo:
 - i. Elabora una evaluación común de las fortalezas y necesidades del niño y la familia,
 - ii. Desarrolla un plan de Servicio individualizado,
 - iii. Monitorea la implementación del plan, y
 - iv. Hace ajustes en el plan si no está teniendo éxito.
4. Servicios accesibles:
- a. Los niños tienen acceso a una amplia gama de servicios de salud conductual, suficiente para asegurar que reciben el tratamiento que necesitan,
 - b. La gestión de casos se proporciona según sea necesario,
 - c. Los planes de servicios de salud conductual identifican el transporte que los padres y el niño necesitan para acceder a los servicios de salud conductual, y cómo se proporcionará la asistencia en materia de transporte, y
 - d. Los servicios de salud conductual se adaptan o se crean cuando son necesarios, pero no están disponibles.
5. Mejores prácticas:
- a. Los servicios de salud conductual son proporcionados por individuos competentes que son entrenados y supervisados,
 - b. Los servicios de salud conductual se prestan de acuerdo con las directrices que incorporan las "mejores prácticas" basadas en pruebas.”
 - c. Los planes de servicios de salud conductual identifican y tratan apropiadamente los síntomas conductuales que son reacciones a la muerte de un miembro de la familia, abuso o negligencia, trastornos de aprendizaje, y otras circunstancias traumáticas o atemorizantes similares, problemas de abuso de sustancias, las necesidades especializadas de salud conductual de los niños con discapacidades de desarrollo, comportamiento sexual mal adaptivo, incluyendo conducta abusiva y comportamiento riesgoso, y la necesidad de estabilidad y la necesidad de promover la permanencia en la vida de los miembros de la clase, especialmente los miembros de la clase en hogares de crianza, y
 - d. Los servicios de salud conductual son continuamente evaluados y modificados si son ineficaces para lograr los resultados deseados.
6. Ajuste más apropiado:
- a. Los niños se les proporcionan servicios de salud conductual en su hogar y comunidad en la medida de lo posible, y
 - b. Los servicios de salud conductual se proporcionan en el entorno más integrado y adecuado a las necesidades del niño. Cuando se proporciona en un entorno residencial, el entorno es el más integrado y parecido al hogar que se adecua a las necesidades del niño.
7. Puntualidad:
- a. Los niños identificados como que necesitan servicios de salud conductual son evaluados y atendidos con prontitud.

8. Servicios adaptados al niño y la familia:

- a. Las fortalezas y necesidades únicas de los niños y sus familias dictan el tipo, la mezcla y la intensidad de los servicios de salud conductual que se proporcionan, y
- b. Se alienta y ayuda a los padres y a los niños a que articulen sus propias fortalezas y necesidades, las metas que buscan y los servicios que consideran necesarios para alcanzar esas metas.

9. Estabilidad:

- a. Planes de servicios de salud conductual se esfuerzan por minimizar las colocaciones múltiples,
- b. Los planes de servicio identifican si un miembro de la clase está en riesgo de experimentar una interrupción de la colocación y, si es así, identificar los pasos a seguir para minimizar o eliminar el riesgo,
- c. Planes de servicios de salud conductual anticipan crisis que podrían desarrollarse e incluir estrategias y servicios específicos que se emplearán si se desarrolla una crisis,
- d. Al responder a las crisis, el sistema de salud conductual utiliza todos los servicios de salud conductual apropiados para ayudar al niño a permanecer en el hogar, minimizar las interrupciones de la colocación, y evitar el uso inapropiado de la policía y el sistema de justicia penal, y
- e. Los planes de servicios de salud mental anticipan y planean apropiadamente las transiciones en la vida de los niños, incluyendo las transiciones a nuevas escuelas y nuevas colocaciones, y las transiciones a servicios para adultos.

10. Respeto por el patrimonio cultural único del niño y de la familia:

- a. Los servicios de salud conductual se prestan de una manera que respeta la tradición cultural y el patrimonio del niño y la familia, y
- b. Los servicios se prestan en español a los niños y padres cuya lengua materna es el español.

10. Independencia:

- a. Los servicios de salud conductual incluyen apoyo y capacitación para los padres en el cumplimiento de las necesidades de salud conductual de sus hijos, y apoyo y capacitación para los niños en la autogestión, y
- b. Los planes de servicios de salud identifican la necesidad de los padres y los niños de recibir capacitación y apoyo para participar como socios en el proceso de evaluación, y en la planificación, entrega y evaluación de los servicios, y proveen que dicha capacitación y apoyo, incluyendo asistencia en transporte, discusiones anticipadas y ayuda con la comprensión de materiales escritos, estén disponibles.

12. Conexión a soportes naturales:

- a. El sistema de salud conductual identifica y utiliza apropiadamente los apoyos naturales disponibles de la red de asociados del niño y de los padres, incluyendo amigos y vecinos, y de organizaciones de la comunidad, incluyendo organizaciones religiosas y de servicio.

Los servicios de salud conductual incluyen, pero no se limitan a:

- * Manejo de la conducta (asistencia personal de salud mental, apoyo familiar, entrenamiento para el cuidado del hogar, autoayuda, apoyo de pares);
- * Servicios de manejo de casos de salud mental (limitados);

- * Servicios de enfermería de salud mental;
- * Establecimientos residenciales de salud mental/BHR Torturas (previamente llamados hogares grupales terapéuticos o TGHs, por sus siglas en inglés);
- * Servicios terapéuticos de atención domiciliar de salud conductual (a veces llamados cuidados terapéuticos de acogida);
- * Atención de salud conductual de emergencia;
- * Transporte de emergencia y no de emergencia;
- Evaluación y valoración;
- * Terapia individual, grupal y familiar;
- Servicios hospitalarios;
- * Instalaciones psiquiátricas no hospitalarias (Centros de salud Conductual para pacientes Hospitalizados / BHIFs previamente llamados centros de tratamiento residencial o RCT, por sus siglas en inglés);
- * Servicios de laboratorio y radiología para la regulación y diagnóstico de medicamentos psicotrópicos;
- * Tratamiento con agonistas opioides;
- * Atención parcial (programa de día supervisado, programa de día terapéutico y programa de día médico);
- * Rehabilitación psicosocial (preparación para la vida, promoción de la salud, servicios de empleo de apoyo);
- * Medicamentos psicotrópicos, ajuste y monitoreo
- * Cuidados temporales;
- * Servicios de transición de la agencia de toxicomanía rural, y/o
- * Examen de salud mental.

Un PCP puede tratar a los miembros que tienen depresión, ansiedad y trastornos de déficit de atención con hiperactividad. El PCP puede prescribir medicamentos y realizar visitas de control de medicamentos.

Los servicios de salud conductual siempre se recomiendan para los niños que reciben atención fuera del hogar para tratar sus problemas de conducta. Esto es especialmente importante para los niños menores de seis años. Es la mejor práctica tener un profesional de la salud mental, como un psiquiatra, evaluar y monitorear las necesidades de salud conductual únicas de los niños que reciben atención fuera del hogar.

Todos los miembros del CMDP han sufrido traumas y deben recibir un servicio de respuesta rápida en un plazo de 24 a 96 horas desde su traslado y su colocación en centros de atención fuera del hogar. Este servicio es para evaluar el miembro para cualquier necesidad de salud conductual aguda que puedan tener. Además, el miembro debe tener una evaluación de la salud del comportamiento dentro de los 7 días del Servicio de respuesta rápida, y debe comenzar a recibir servicios de salud del comportamiento, si es necesario, dentro de los 21 días de la evaluación.

El CMDP cubre el transporte hasta la evaluación y otros servicios de salud conductual hasta que se asigne a la Autoridad Regional de salud Conductual (RBHA, por sus siglas en inglés).

Autoridad regional de salud mental (RBHA)

La mayoría de los miembros de AHCCCS y *KidsCare* elegibles del CMDP reciben servicios de salud conductual, que incluyen servicios de abuso de drogas y alcohol, de la Autoridad Regional de salud Conductual del AHCCCS (RBHA). Los miembros son asignados a una RBHA cuando están inscritos en el CMDP. La asignación de una RBHA se basa en el tribunal de jurisdicción del miembro.

Las tarjetas de Identificación de los miembros del CMDP tienen un número de teléfono para acceder a los servicios de salud mental y abuso de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor en función de dónde vive el miembro. La RBHA pagará por la mayoría de los servicios de salud del comportamiento, incluyendo las prescripciones para las condiciones de salud del comportamiento.

Por favor, no use la tarjeta de identificación de CMDP para pagar los medicamentos RBHA. CMDP no cubre este servicio. La RBHA es responsable del pago. Pregunte al proveedor de RBHA qué farmacia usar, y dé el número de identificación RBHA del miembro al farmacéutico.

Puede encontrar información publicada sobre los servicios de salud mental y contactos adicionales en el sitio web de la AHCCS: <https://www.azahcccs.gov/Members/AlreadyCovered/MemberResources/Foster/>

Si desea compartir cualquier dificultad o apreciación para obtener servicios de salud mental, comuníquese con AHCCCS Clinical Resolution al 1-800-867-5808, o al dcx@azahcccs.gov

Para obtener información sobre la Designación de Salud Mental Seria (SMI, por sus siglas en inglés), póngase en contacto con su RBHA asignado.

Información de salud conductual y privacidad

Hay leyes sobre quién puede ver su información de salud conductual con o sin su permiso. El tratamiento del abuso de sustancias y la información sobre enfermedades transmisibles (por ejemplo, información sobre el VIH/SIDA) no pueden compartirse con otras personas sin su autorización por escrito.

A veces, su permiso no es necesario para compartir su información de salud mental para ayudar a organizar y pagar su atención. Estos tiempos podrían incluir el intercambio de información con:

- * Médicos y otros organismos que prestan servicios de salud, sociales o de bienestar social;
- * Su médico de atención primaria;
- * Ciertas agencias estatales involucradas en su cuidado y tratamiento, según sea necesario; y
- * Miembros del equipo clínico involucrado en su cuidado.

En otras ocasiones, puede ser útil compartir su información de salud mental con otras agencias, como las escuelas. Su permiso por escrito puede ser requerido antes de que su información sea compartida.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL (CRS, por sus siglas en inglés)

¿Qué es CRS?

Los servicios de rehabilitación infantil son una designación otorgada a ciertos miembros de la AHCCS que tienen condiciones de salud calificativas. Los miembros con una designación de CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos de AHCCS que los miembros no pertenecientes a CRS AHCCS y son capaces de obtener atención en la comunidad, o en las clínicas llamadas Clínicas de Multiespecialidad e Interdisciplinarias (MSIC, por sus siglas en inglés). Los MSIC traen a muchos proveedores especializados en un solo lugar. Su plan de salud ayudará a un miembro con una Designación de CRS con una coordinación más estrecha de la atención y el seguimiento para asegurarse de que se cumplen las necesidades especiales de atención de la salud. La División de servicios de Los Miembros (DMS) del AHCCS determina la elegibilidad para la Designación de CRS.

¿Quién es elegible para una Designación CRS?

Los miembros de AHCCCS puede ser elegible para un CRS designación cuando:

- * Sean menores de 21 años; y
- * Tengan una condición médica CRS calificada.

La condición médica debe:

- * Requieren tratamiento activo; y
- * Ser encontrado por AHCCCS DMS para cumplir con los criterios especificados en la R9-22-1301-1305.

Cualquier persona puede llenar una solicitud de CRS, incluyendo un miembro de la familia, médico o representante de un plan de salud. Para solicitar una designación CRS por correo o fax:

- * Una solicitud de CRS completada; y
- * La documentación médica que sostiene que el solicitante tiene una condición de calificación CRS que requiere tratamiento activo.

El CMDP proporcionará la atención médica necesaria para los servicios físicos y de salud y la atención de la condición de la CRS.

El CMDP se encarga de examinar, evaluar y proporcionar tratamiento médico y rehabilitación a los menores de 18 años con Servicios de rehabilitación para niños que califican como condición o condiciones crónicas e incapaces, según se definen en el acuerdo de A.A. C. R9-22-1303. Los miembros también deben ser AHCCCS (Título XIX) elegibles para recibir servicios de atención especializada.

Algunas condiciones de calificación de CRS incluyen:

- * Espina bífida;
- * Condiciones cardíacas debido a defectos congénitos/deformidades;
- * Parálisis Cerebral;
- * Ciertos defectos congénitos, labio leporino y/o paladar hendido;
- * Pies de palo;
- * Cadera dislocada;
- * Trastornos Metabólicos;
- * Trastornos musculares y nerviosos;
- * Neurofibromatosis, y
- * Anemia Drepanocítica.

Cuando se conoce a un miembro con una posible condición de cualificación CRS, CMDP completa el proceso de solicitud CRS con el Especialista DCS o representante del detalles de custodia. El CMDP se encargará de la evaluación y el tratamiento de la afección calificada CRS del miembro, así como de todos los demás servicios de atención de la salud.

Los miembros con diagnóstico(s) de calificación CRS son asignados a una Clínica interdisciplinaria multi-Especialidad (MSIC). Los MSA son instalaciones en las que múltiples proveedores de atención primaria, atención especializada y salud conductual pueden reunirse con los miembros y prestar servicios interdisciplinarios en el mismo lugar y cita. El MSIC es donde todos los especialistas pueden evaluar al miembro en una manera coordinada para proporcionar la mejor atención. En el MSIC, usted puede reunirse

cara a cara con el equipo de atención de los miembros y recibir servicios médicos.

Los servicios ofrecidos por MSIC incluyen:

- * Audiología para trastornos auditivos y del equilibrio;
- * Cardiología para cardiopatías debidas a defectos congénitos;
- * Endocrinología para las condiciones hormonales y las enfermedades relacionadas con las hormonas;
- ENT para las enfermedades del oído, nariz y garganta;
- * Gastroenterología para condiciones del tracto digestivo;
- * Genética para condiciones que pueden causar problemas hereditarios;
- * Nefrología para afecciones que afectan los riñones;
- * Neurología para condiciones que afectan el cerebro, la columna vertebral y los nervios;
- * Neurocirugía para el cuidado quirúrgico de las condiciones que afectan el cerebro, la columna vertebral y los nervios;
- * Nutrición fortalecida con nutrientes en los alimentos y cómo el cuerpo utiliza los nutrientes;
- * Terapia ocupacional para ayuda especializada que apoya la independencia con actividades cotidianas;
- * Oftalmología para condiciones que afectan la salud y la estructura del ojo;
- * Ortopedia para las condiciones que involucran el sistema musculoesquelético incluyendo trastornos congénitos;
- * Cirugía pediátrica para bebés, niños y adolescentes;
- * Fisioterapia para el movimiento, el ejercicio y el masaje que promueven la flexibilidad y la función;
- * Cirugía plástica para la reconstrucción quirúrgica o reparación de parte del cuerpo para mejorar la función;
- * Psicología para el estudio de la mente y el comportamiento;
- * Psiquiatría para el cuidado especializado de condiciones de salud conductual incluyendo el uso de medicamentos;
- * Reumatología para condiciones que involucran articulaciones, músculos y ligamentos como la artritis;
- * Escoliosis para una condición que involucra la curvatura de la columna a un lado o grado específico;
- * Terapia del habla y del lenguaje para la rehabilitación del uso del lenguaje por parte de una persona, alimentación / golondrina;
- * Urología para las condiciones que involucran el tracto urinario;
- * Especialistas en la vida del niño para promover habilidades para hacer frente a través del juego para los niños y las familias que se ocupan de la hospitalización, la enfermedad o el procedimiento médico;
- * Servicios al paciente y a la familia, incluidos los trabajadores sociales y los defensores de los pacientes, para proporcionar a los miembros y a sus familias apoyo, información y recursos comunitarios.

Para hacer, cambiar o cancelar la cita del miembro en el MSIC, póngase en contacto con el MSIC asignado del miembro QUE será capaz de ayudarle. Los MSIC y los servicios que ofrecen se enumeran a continuación:

Región Central	
DMG (grupo Médico del distrito) servicios de Rehabilitación para Niños * Atención especializada * Servicios de atención primaria * Ampliación de los servicios de salud	DMG Servicios de Rehabilitación infantil 3141 n 3rd Avenue Phoenix, AZ 85013 602-914-1520 1-855-598-1871 www.dmgaz.org
Región Sur	
Clínicas infantiles para servicios de Rehabilitación * Atención especializada * Servicios de atención primaria * Ampliación de los servicios de salud mental	Children's Clinics Square & Compass Building 2600 North Wyatt Drive Tucson, AZ 85712 520-324-5437 1-800-231-8261 www.childrensclinics.org
Región Del Norte	
Servicios de Rehabilitación de Niños en Flagstaff Regional Medical Center * Atención especializada	Children's Rehabilitative Services 1215 North Beaver Flagstaff, AZ 86001 928-773-2054 1-800-232-1018 https://nahealth.com/childrens-health-center/
Región Suroeste	
Servicios de Rehabilitación para Niños Del centro Médico Regional De Yuma * Atención especializada	Servicios de Rehabilitación de niños de la Toscana Medical Plaza 2851 s Avenue B, Suite 25 Yuma, AZ 85364 928-336-7095 o 1-800-837-7309 www.yumaregional.org/Medical-Services/Pediatric-Care/Pediatric-Sub-Speciality-Clinic/Children-s-Rehabilitation-Services

PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Una autorización previa (PA) es el proceso por el cual su PCP o especialista contacta a CMDP para la aprobación de proporcionar servicios especiales. Depende del proveedor de atención médica obtener una AP de CMDP. CMDP revisa la solicitud de Servicio de usted o su PCP o especialista. Su médico le dirá si el servicio está aprobado.

Las decisiones de autorización normales se adoptan en un plazo de 14 días naturales a partir de la fecha de Recepción de la solicitud. Se pueden conceder extensiones de hasta 14 días naturales si es en el mejor interés del miembro.

Por ejemplo, es posible que estemos esperando para recibir su historial médico de su médico. En lugar de tomar una decisión sin esos registros, podemos preguntarle si está bien tener más tiempo para recibir los registros. De esa manera, la decisión puede tomarse con la mejor información. Le enviaremos una carta pidiendo la extensión.

Las decisiones expeditivas (urgentes) en situaciones urgentes que pongan en peligro la vida se toman dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud de autorización, a menos que esté en vigor una prórroga.

Si el servicio ha sido denegado, CMDP le enviará una carta, llamada notificación de determinación de beneficio Adverso (NOA, por sus siglas en inglés). Usted tiene el derecho de apelar la decisión (vea la *sección de Quejas de los Miembros* de este manual).

Puede revisar una lista de servicios que requieren autorización previa en el sitio web de CMDP en <https://dcs.az.gov/services/cmdp> (bajo Autorización Previa).

Para obtener más información sobre el proceso PA o para solicitar los criterios utilizados para tomar una decisión PA, póngase en contacto con CMDP Medical Services al 602.351.2245, llamada gratuita, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPNurse@azdcs.gov.

Aprobación previa de un Proveedor externo a la Red

Le recomendamos que utilice proveedores registrados con AHCCCS y CMDP. Usted puede revisar una lista de los proveedores de nuestra Red de proveedores ubicados en el CMDP sitio web en <https://dcs.az.gov/services/cmdp>.

Sin embargo, puede haber ocasiones en las que el miembro necesita atención de un proveedor que no aparece en nuestra red. Si desea ver a un proveedor no registrado en CMDP o AHCCCS, póngase en contacto con los servicios para miembros CMDP al 602.351.2245, sin costo para usted, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov. Nos pondremos en contacto con el médico con información sobre el proceso de registro.

SI A USTED LE MANDAN LA FACTURA

Usted no es responsable de pagar de los costos de bolsillo, incluyendo AHCCCS (Medicaid) copagos. Si usted recibe una factura, póngase en contacto con los servicios miembros CMDP en 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov. Nos pondremos en contacto con el médico para resolver el problema de facturación.

No acepte pagar por ningún servicio a menos que haya hablado primero con CMDP o sea una emergencia.

Usted puede ser facturado si solicita un servicio no cubierto y acepta por escrito pagar por él antes de recibir el Servicio.

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA: Cuando el PCP escribe una prescripción para un medicamento que no está en la lista de medicamentos preferidos, un medicamento genérico alternativo puede estar disponible. Si usted insiste en el medicamento cuando hay una alternativa disponible, usted puede ser responsable del pago del medicamento.

CMDP debe ser listado como el responsable en cualquier formulario que se le pida que firme. No incluya a su domicilio, número de teléfono o número de seguro social en las facturas o reclamaciones. Si se le pide que firme cualquier formulario, por favor, escriba la siguiente información en el formulario:

(Su nombre) para DCS/CMDP
Enviar todos los sintéticos o
reclamaciones a: DCS/CMDP
C010-18
Box 29202 Phoenix, AZ
85038-9202

No hay pagos, honorarios, o copagos para los miembros. Usted no debe ser facturado por ningún servicio que CMDP cubre.

OTROS SEGUROS Y MEDICARE

CMDP es el pagador de último recurso para los miembros con otro seguro de salud. El CMDP coordina los beneficios con los demás planes de seguro médico. Los deducibles y co-pagos son pagados por CMDP. Los cuidadores y los representantes de las agencias de custodia deben notificar a los servicios de los miembros por escrito si un nuevo miembro tiene otro seguro de salud. Esto debe hacerse en el momento de la inscripción o tan pronto como se conozca.

No pagar de los costos de bolsillo para los servicios. Pida al proveedor que facture CMDP.

Doble Elegibilidad

Los miembros del CMDP que son elegibles para los servicios de Medicare y Medicaid (AHCCC) tienen doble elegibilidad. Pueden clasificarse como beneficiarios calificados de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) o como no elegibles de QMB. Los miembros elegibles para QMB reciben cobertura para todos los servicios de Medicaid, incluyendo servicios psiquiátricos, psicológicos, de alivio y quiroprácticos.

Para los miembros con doble elegibilidad, Medicare es el pagador principal y CMDP es el pagador secundario. El CMDP se encarga del pago del coaseguro o de los deducibles. (En este caso, por favor llame a CMDP Miembros de los Servicios para obtener instrucciones sobre la presentación de estos cargos para el reembolso. Los miembros del CMDP deben utilizar a los profesionales de la salud inscritos en AHCCCS y CMDP.

Cobertura Para Medicamentos De Medicare

Para los beneficiarios de CMDP con Medicare, AHCCS no paga por ningún costo compartido, coaseguro, deducibles o copagos para medicamentos que son elegibles para la cobertura bajo la parte de Medicare. AHCCS puede cubrir los medicamentos que están excluidos de la cobertura bajo la parte D de Medicare basado en la necesidad médica. Un medicamento excluido es un medicamento que no es elegible para cobertura bajo la Parte D de Medicare. AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos que son de venta libre, consulte la Lista de Medicamentos de Venta Libre de CMDP para obtener una lista de productos disponibles en nuestro sitio web en https://dcs.az.gov/sites/default/files/CMDP_AdditionalListofDrugs.pdf o llame a

servicios de Miembros para solicitar una copia impresa."

Medicamentos recetados NO Cubiertos (Beneficiarios de Medicare)

El CMDP no paga ningún medicamento pagado por Medicare. No pagamos ningún costo de bolsillo por estos medicamentos. Si tiene preguntas sobre cómo coordinar los beneficios entre Medicare o su seguro privado y CMDP, comuníquese con los servicios de Afiliados al 602.351.2245, sin cargo, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

Cobertura de Medicamentos de Medicare para Barbitúricos y Benzodiazepinas

CMDP no paga por barbitúricos para tratar epilepsia, cáncer, o problemas de salud mental o cualquier benzodiazepina para los miembros de Medicare parte D. CMDP paga por barbitúricos para los miembros de Medicare que **NO** se usan para tratar epilepsia, cáncer o enfermedades mentales crónicas.

RECLAMACIONES DE LOS MIEMBROS

Una queja es una queja que desea presentar porque no está satisfecho con los servicios de salud recibidos. Las razones para presentar una queja podrían incluir:

- Usted o el miembro no está satisfecho con la calidad de la atención o los servicios prestados;
- Usted o el miembro experimentó la grosería de un proveedor o empleado, o
- Usted o los derechos del miembro donde no se respeta.

Cómo presentar una queja

Un miembro o un representante de la custodia puede presentar una queja. Un proveedor puede presentar una queja en nombre del miembro, pero sólo con el consentimiento por escrito del representante autorizado del miembro. Una queja puede presentarse en cualquier momento oralmente o por escrito. Para presentar una queja, póngase en contacto con los servicios miembros CMDP en 602.351.2245, gratuito, 1.800.201.1795, Fax 602.264.3801 o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov.

También puede escribirnos a:

Departamento de seguridad Infantil de
Arizona CMDP C010-18
Atención: Miembro Reclamaciones
P. O. Box 29202
Phoenix, AZ 85038-9202

Se ha completado una determinación y una respuesta proporcionada a más tardar 90 días después de que el CMDP recibiera la queja. Una queja determinación/respuesta no puede ser apelada o ser objeto de una audiencia.

De Cumplimiento Corporativo

Cada empleado del CMDP tiene el deber de tomar la decisión correcta cuando se enfrenta a situaciones que involucran cuestiones legales y éticas en su actividad diaria. Si desea informar, de buena fe, de las preocupaciones que involucran a los empleados de CMDP y el posible fraude, prácticas no éticas, ilegales o inaceptables o violaciones de cumplimiento, póngase en contacto con la línea directa de Cumplimiento Corporativo de CMDP.

La línea Directa de Cumplimiento Corporativo es un buzón de voz confidencial disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Todas las llamadas se mantienen confidenciales en la medida permitida por la ley. Los llamantes pueden identificarse a sí mismos o la llamada puede ser un informe anónimo. El Oficial de Cumplimiento del CMDP investigará todas las denuncias de conducta indebida y tomará medidas de manera equitativa y coherente. Los informes se pueden hacer llamando a la línea Directa de Cumplimiento Corporativo al 602-771-3555.

Cómo presentar una Apelación

Un recurso es una solicitud de revisión de una decisión adversa tomada por CMDP. Una decisión adversa es cuando CMDP:

- * Niega la atención solicitada;
- * Disminuye la cantidad de cuidados;
- * Termina la atención que ha sido aprobada previamente; o
- * Niega el pago por el cuidado y es posible que tenga que pagar por ello.

Sabrán que CMDP ha tomado una decisión adversa porque les enviaremos una carta. La carta se llama notificación de la determinación de beneficio Adverso (NOA). Si no está de acuerdo con la acción, puede solicitar una apelación por teléfono o por escrito. La solicitud deberá presentarse dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la NOA. La información sobre cómo presentar una apelación en el NOA.

El CMDP adoptará una decisión definitiva sobre las apelaciones dentro de los 30 días siguientes a la recepción de una apelación escrita u oral. Una carta será enviada a la demandante (quien presentó la apelación), indicando CMDP la decisión y el motivo de la decisión.

Apelación Expedita

Si usted cree que la vida o la salud del miembro podrían estar en peligro esperando 30 días para la decisión final de CMDP sobre su apelación, usted puede solicitar una apelación expedita. Una apelación expedita es una revisión más rápida. El proveedor de atención médica del miembro debe proporcionar documentación que respalde la solicitud de una apelación urgente.

Si estamos de acuerdo en tomar una decisión más rápida, la decisión se tomará dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la apelación expedita. Si negamos su petición de una decisión más rápida, usted recibirá una llamada telefónica con una carta de seguimiento en dos días hábiles. La carta de seguimiento le dirá que recibirá una decisión en 30 días naturales.

Aviso de Extensión

A veces se necesita más información para tomar una decisión de apelación. Si una decisión no puede adoptarse a tiempo, podrá solicitarse una prórroga de 14 días. Esto puede ser hecho por el miembro, representante autorizado de la agencia custodio o CMDP.

Solicitud de audiencia pública

Si el miembro o el representante autorizado no está de acuerdo con la decisión final que el CMDP ha tomado en una apelación, podrá solicitarse una audiencia pública. La solicitud de audiencia pública debe presentarse por escrito al CMDP dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la decisión de apelación.

El CMDP remitirá el expediente y la información del caso a la oficina de Servicios jurídicos Administrativos del AHCCCS. Si el miembro o representante autorizado tiene preguntas o necesita más información con respecto a una audiencia pública justa, póngase en contacto con el Gerente de Controversia y Apelación de CMDP en el 602-351-2245 o 1-800-201-1795.

El miembro o representante autorizado podrá solicitar la continuación de los servicios mientras esté pendiente la apelación o la audiencia pública. Las solicitudes de prórroga deberán presentarse en el plazo de 10 días a partir de la fecha en que CMDP envió por correo el NOA o la fecha de entrada en vigor de la acción, como se indica en el NOA. Usted puede ser obligado a pagar el costo de los servicios si la apelación o la audiencia justa del estado no se resuelve a su favor.

CMDP y nuestros proveedores no pueden discriminar a nadie que sea sucesor de sus derechos de apelación o si están presentando una queja. Si tiene alguna pregunta o necesita más información, llame al CMDP Dispute and Appeal Manager al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795, o escriba a:

Departamento de seguridad Infantil de
Arizona CMDP C010-18
Atención: Dispute and Appeal Manager P.O.
Box 29202
Phoenix, AZ 85038-9202

DERECHOS DE LOS DIPUTADOS

Los miembros del CMDP y los cuidadores tienen derecho a ser tratados con respeto y consideración cuando reciban los servicios de atención de la salud que necesitan y merecen.

Los miembros y cuidadores tienen los siguientes derechos:

- * Derecho a recibir información sobre CMDP, los servicios que ofrece CMDP, la red de proveedores CMDP y el directorio de proveedores CMDP sin cargo alguno.
- * Derecho a no ser discriminado en la prestación de servicios de atención de salud por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o fuente de pago.
- * Derecho a servicios prestados de manera culturalmente competente, teniendo en cuenta a los miembros con conocimientos limitados del inglés o lectura, y a los que tienen diversos antecedentes culturales y étnicos, así como a los miembros con limitaciones visuales o auditivas, sin costo alguno.
- * Derecho a saber acerca de los proveedores que hablan idiomas distintos del inglés.

- * Derecho a utilizar cualquier hospital u otro entorno para atención de emergencia [42 CFR 457.1207, 42 CFR 438.10]
- * Derecho a ser tratado con justicia independientemente de la raza, etnia, origen nacional, religión, género, edad, condición conductual de salud (intelectual) o discapacidad física, preferencia sexual, información genética o capacidad de pago.
- * Derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y un proveedor de atención primaria dental (PDP) dentro de los límites de la red de proveedores, y elegir otros proveedores según sea necesario entre los afiliados a la red; esto también incluye el derecho a rechazar la atención de proveedores específicos.
- * Derecho a una segunda opinión de un profesional de la salud calificado registrado en AHCCCS sin costo alguno para el miembro.
- * Derecho a recibir información sobre las opciones de tratamiento y alternativas disponibles, de una manera apropiada a la condición del miembro y la capacidad de entender.
- * Derecho a revisar su historial médico de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables.
- Derecho a solicitar anualmente y recibir sin costo alguno, una copia de sus registros médicos como se especifica en 45 CFR 164.524. El derecho de acceso del miembro a inspeccionar y obtener una copia de su historial médico puede ser denegado si la información es:
 - notas de Psicoterapia;
 - Información compilada para, o en anticipación razonable de, un civil, criminal o la acción administrativa, o
 - información de salud protegida que está sujeta al laboratorio Clínico Federal
 - Mejoras Enmiendas de 1988, o exentas de conformidad con 42 CFR 493.3(a)(2). A una persona se le puede negar el acceso a leer o recibir una copia de la información del historial médico sin la oportunidad de revisar de acuerdo con el párrafo 45 CFR Parte 16 debería (arriba) si:
 - La información cumple con los criterios establecidos anteriormente;
 - El proveedor es una institución correccional o está actuando bajo la dirección de una institución correccional, como se define en 45 CFR 164.501;
 - La información se obtiene durante el curso de la investigación actual que incluye tratamiento y el miembro acordó suspender el acceso a la información durante el curso de la investigación al consentir en participar en la investigación;
 - La información se recopiló durante un examen de la calidad de la atención con el fin de mejorar la prestación general de cuidados y servicios;
 - La denegación de acceso cumple con los requisitos de la Ley de Privacidad, 5 U. S. C. 552a; o
 - La información fue obtenida de alguien que no fuera un proveedor de atención médica bajo la protección de la confidencialidad, y el acceso sería razonablemente probable que revele la fuente de la información.
- * Derecho a solicitar revisión si se tiene acceso a la inspección o solicitud para obtener una copia del historial médico la información se deniega cuando:
 - un profesional de la salud con licencia ha determinado que el acceso solicitado es razonablemente susceptible de poner en peligro la vida o la seguridad física del miembro o de otra persona; o

- la información de salud protegida se refiere a otra persona y el acceso sería razonable probable de causar un daño sustancial al miembro o a otra persona. CMDP debe responder en un plazo de 30 días a la solicitud del miembro de una copia de los registros, la respuesta puede ser la copia del registro o, si es necesario para denegar la solicitud, la denegación por escrito debe incluir la base de la denegación y la información por escrito acerca de cómo solicitar la revisión de la denegación de acuerdo con 45 CFR Parte 16 debería.
- * Derecho a modificar o corregir su historial médico según lo especificado en 45 CFR 164.526 (CMDP puede requerir que la solicitud se haga por escrito).
- * El derecho a no ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia;
- * Derecho a obtener información sobre el beneficiario y el plan;
- * Derecho a ser tratado con respeto y con el reconocimiento de la dignidad del miembro y la necesidad de privacidad; el derecho a la privacidad incluye la protección de cualquier información identificativa excepto cuando se requiera o permita de otra manera por la ley;
- * Derecho a saber que puede haber coordinación de la atención con las escuelas y los organismos del estado, dentro de los límites de las normas aplicables.
- * Derecho a participar en las decisiones relativas a la atención de su salud, incluido el derecho a rechazar el tratamiento (42 CFR 438.100), y/o a que un representante facilite las decisiones relativas a la atención o el tratamiento cuando el miembro no pueda hacerlo;
- * Derecho a recibir información, en un idioma y formato que el miembro entienda, sobre los derechos y responsabilidades del miembro, la cantidad, duración y alcance de todos los servicios y beneficios, proveedores de servicios, servicios incluidos y excluidos como condición de inscripción, y otra información, incluyendo:
 - las disposiciones para los servicios de atención de la salud después del horario de trabajo y de emergencia, que incluyen el derecho a acceder a los servicios de atención sanitaria de emergencia de un proveedor sin autorización previa, en consonancia con la determinación del miembro de la necesidad de dichos servicios, según prevalezca;
 - Información sobre las opciones de tratamiento disponibles (incluyendo la opción de no tratamiento) o cuidados alternativos; Procedimientos para la obtención de servicios, incluyendo los requisitos de autorización y
 - procedimientos especiales para la obtención de servicios de salud mental y abuso de sustancias, o remisiones para servicios especializados no proporcionados por el PCP del miembro;
 - Procedimientos para la obtención de servicios fuera de la red de proveedores CMDP;
 - Procedimientos para la obtención de servicios cubiertos por AHCCS que no se ofrecen o están disponibles a través de CMDP, y notificación del derecho a obtener servicios de planificación familiar de un proveedor registrado de AHCCS apropiado, y
 - una descripción de cómo CMDP evalúa la nueva tecnología para su inclusión como un beneficio cubierto.
- * Derecho a solicitar información sobre si CMDP tiene planes de incentivos médicos que afectan la remisión de los médicos;
- * Derecho a conocer el tipo de acuerdos de compensación con los proveedores, si se requiere un seguro de *Stop-loss* a los proveedores y el derecho a revisar los resultados de la encuesta de los miembros;
- * Derecho a solicitar información sobre la estructura y el funcionamiento del CMDP o de los contratistas del CMDP (42 CFR 438.10 (g) (3) (i));
- * Derecho a los criterios utilizados como base para la adopción de decisiones

- * Derecho a recibir información sobre quejas, apelaciones y solicitudes de audiencia sobre el CMDP o la atención proporcionada.
- * Derecho a solicitar una audiencia pública justa después de que CMDP haya hecho una determinación adversa
- * Derecho a presentar quejas y apelaciones
- * Derecho a recibir asistencia para presentar quejas y apelaciones
- * Derecho a presentar una queja a CMDP sobre aviso inadecuado de cartas de determinación adversa o cualquier aspecto del servicio de CMDP.
- * Derecho a presentar una queja ante AHCCCS, División de gestión de la Salud, unidad de gestión médica medicalmanagement@azahcccs.gov, si CMDP no resuelve las quejas sobre la Notificación De la Carta de determinación de beneficios adversos a satisfacción del miembro.
- * Derecho a ponerse en contacto con los servicios de los Miembros si hay alguna pregunta sobre los derechos de los miembros.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD EN EL PLAN DE SALUD

La privacidad de la información médica de nuestros miembros es muy importante para nosotros. Queremos mantener la información de los miembros privada y confidencial. CMDP verifica la identidad de todos los llamadas entrantes antes de librar cualquier información. Nuestro personal de servicios para miembros sólo dará información al representante de la agencia de custodia del miembro, al cuidador del miembro y/o al miembro. Cualquier otra llamada que solicite información será remitida al representante de la agencia custodial del miembro para recibir asistencia adicional.

La Ley de portabilidad y rendición de cuentas del seguro de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) afecta la atención de la salud de varias maneras. El CMDP debe contar con salvaguardias para proteger la información sanitaria de los miembros. Esto se aplica a todos los proveedores de atención de la salud y otras partes interesadas.

La información de salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de un miembro puede utilizarse para el tratamiento, los pagos y las operaciones del plan de salud y según lo permita la ley. El miembro o el tutor legal debe dar la aprobación por escrito para cualquier uso no sanitario de PHI.

CMDP proporciona un aviso de los derechos y responsabilidades de los miembros sobre el uso, la divulgación y el acceso a PHI. Se llama el "Aviso De prácticas de Privacidad" (NPP, por sus siglas en inglés). El NPP es enviado al representante de la agencia de custodia del miembro. También se incluye en los paquetes de nuevos miembros. El oficial de Privacidad del CMDP puede explicar el NPP y responder preguntas sobre HIPAA. Para obtener ayuda del oficial de Privacidad del CMDP, llame al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795 y pida hablar con el oficial de Privacidad.

FRAUDE, ABUSO Y DESPILFARRO

El **fraude** se define en la ley federal y se describe como un engaño intencional o tergiversación hecha por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para él o para otra persona. Incluye cualquier entiendo que constituya fraude en virtud de la legislación estatal O Federal aplicable. [42 CFR 455.2].

El abuso se define en la ley federal y se describe como las prácticas del proveedor que son incompatibles con buenas prácticas fiscales, comerciales o médicas y dan lugar al reembolso de los servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares profesionalmente reconocidos para la atención de la salud. [42 CFR 455.2].

El **desperdicio** se define en la ley federal y se describe como la sobreutilización o la utilización inapropiada de los servicios, el mal uso de los recursos, o las prácticas que resultan en costos innecesarios para el programa de Medicaid.

Un ejemplo de fraude y abuso de proveedores es la facturación de un médico por servicios que no se han dado al miembro o servicios que el miembro no necesitaba. Un ejemplo de fraude y abuso de los miembros es prestar, dar o vender tarjetas de identificación CMDP a otros. El fraude y el abuso están penalizados por ley.

Si usted ha sido informado de fraude, despilfarro y abuso o si usted siente que se ha producido fraude o abuso, póngase en contacto con los servicios de miembros inmediatamente al 602.351.2245, de forma gratuita, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov. También puede hacer un informe anónimo a la línea Directa de Cumplimiento Corporativo CMDP en 602.771.3555.

DEJAR DE FUMAR

Hay productos que pueden ayudar a los miembros del CMDP a dejar de consumir tabaco. CMDP pagará por estos productos si el médico escribe una receta. Esto incluye productos de venta libre y productos como el tratamiento de reemplazo de Nicotina. Los miembros también pueden llamar a la de Arizona a los Fumadores de la línea de ayuda (ASH) en 1-800-556-6222 sin costo alguno. Este Servicio telefónico ayuda a la gente a dejar de fumar. Otra información sobre dejar de fumar, tratamiento, atención y servicios se puede encontrar en el Departamento de Salud de Arizona sitio web en <https://www.azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php>.

RECURSOS COMUNITARIOS

Programa de nutrición complementaria Para mujeres, lactantes Y niños (WIC)

El programa de nutrición complementaria para mujeres, lactantes y niños (WIC) sirve para salvaguardar la salud de las mujeres, los lactantes y los niños de hasta 5 años de edad que están en situación de riesgo nutricional. Los miembros del CMDP califican para los servicios de WIC. WIC proporciona muchos servicios familiares y muchos alimentos nutritivos para complementar las dietas. También proporcionan información sobre alimentación saludable y referencias para atención médica. La WIC presta servicios a las mujeres embarazadas, lactantes o después del parto, así como a los niños menores de 5 años. La cobertura para la madre dura 6 meses después del embarazo, si no está amamantando. Cubren por 1 año si amamantan. El número gratuito de WIC es 1.800.252.5942. Información adicional también se puede encontrar en el Departamento de Salud de Arizona sitio web en <https://www.azdhs.gov/prevention/azwic/index.php>.

Head Start

Head Start y Early Head Start son programas de desarrollo infantil que sirven a niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, a mujeres embarazadas y a sus familias. Tienen el objetivo general de aumentar la preparación escolar de los niños pequeños de familias de bajos ingresos. Se da preferencia a los niños en el cuidado fuera del hogar para que participen en programas de Head Start. Para obtener más información sobre Head Start, llama al 1.866.763.6481 o visite su sitio web en www.azheadstart.org.

El Programa De Intervención Temprana De Arizona (AzEIP, por sus siglas en ingles)

El programa de intervención Temprana de Arizona (AzEIP) es un sistema estatal de programas y servicios. AzEIP está diseñado para proporcionar apoyo a las familias de bebés y niños pequeños, recién nacidos hasta los 3 años con discapacidades o retrasos. El objetivo es ayudar a estos niños a alcanzar su máximo potencial

El objetivo es ayudar a estos niños a alcanzar su máximo potencial. Un recién nacido a un niño de 3 años que es víctima de abuso o negligencia puede obtener una evaluación AzEIP. Para obtener más información sobre el programa AzEIP, llame al 602.532.9960, gratuito 1.888.439.5609 o visite el sitio web en www.azdes.gov/azeip/.

Agencia de área en el envejecimiento (Area Agency on Aging)

El Area Agency on Aging es un sistema estatal de programas, servicios y promoción para apoyar a adultos de 60 años y mayores, adultos de 18 años y mayores con VIH/ SIDA, discapacidades, necesidades de cuidado a largo plazo. Para encontrar su oficina local, visite su sitio web en <https://des.az.gov/services/aging-and-adult/aging-and-disability-services/area-agency-aging>.

Asociación de Alzheimer

La Asociación de Alzheimer es un sistema estatal de información y recursos para aquellos que viven con o cuidando a alguien con Alzheimer u otras demencias. Para obtener más información, llame a su línea de Ayuda gratuita, 24/7 al 1.800.272.3900 o visite su sitio web para los recursos en su área, <https://www.alz.org/dsw>

Niños mentalmente enfermos en Dificultades (MIKID, por sus siglas en inglés)

Niños con enfermedades mentales en aflicción (MIKID) es una organización estatal sin fines de lucro que atiende a niños y familias con necesidades de salud mental a través del apoyo familiar, educación comunitaria y grupos de apoyo. Para encontrar un lugar cerca de usted, haga clic en <http://www.mikid.org/locations> o póngase en contacto con la oficina de Phoenix al 602.253.1240 para obtener asistencia.

Coalición para la prevención del Suicidio A-Z (AZ Suicide Prevention Coalition)

Coalición para la prevención del Suicidio A-Z es una organización estatal sin fines de lucro cuya misión es cambiar aquellas condiciones que resultan en actos suicidas en Arizona a través de conciencia, intervención y acción. Las reuniones de la coalición se llevan a cabo el segundo martes de cada mes impar. Por favor, envíe un correo electrónico a AZSPC@gmail.com para más información.

La Alianza Nacional de Enfermedad Mental (NAMI, por sus siglas en inglés)

El NAMI es una organización de base nacional dedicada a abogar por un tratamiento de calidad para las personas con enfermedades mentales, promover programas de apoyo comunitario, y servir como un centro dentro de Arizona para la recolección y diseminación de información. Visite su sitio web en <http://www.namiarizona.org/> para un afiliado local cerca de usted.

Criando Niños especiales (RSK, por sus siglas en ingles)

Una organización estatal sin fines de lucro cuya misión es mejorar la vida de los niños con toda la gama de discapacidades o necesidades especiales de atención médica, desde el nacimiento hasta los 26 años de edad, proporcionando apoyo, capacitación, información y asistencia individual para que las familias puedan convertirse en defensores eficaces de sus hijos. Para encontrar un lugar cerca de usted, haga clic en <http://www.raisingsspecialkids.org> o contacte a la oficina de Phoenix al 602-242-4366, sin cargo 800-237-3007 para asistencia.

Tirar las Drogas AZ

Para localizar un buzón para la eliminación de medicamentos no deseados, haga clic en <https://www.azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/>.

Los recursos adicionales para el tratamiento de la obesidad y la información nutricional incluyen: Nutrición, actividad física y obesidad (NUPAO) en www.azdhs.gov/phs/bnp/nupao/ y la red de Nutrición de Arizona en www.eatwellbewell.org/.

También puede ponerse en contacto con los servicios de los miembros del CMDP al 602.351.2245, sin cargo, 1.800.201.1795, o por correo electrónico, CMDPMemberServices@azdcs.gov, para obtener servicios de cualquiera de estos programas.

Línea De Vida Adolescente

Teen Lifeline es un servicio de crisis seguro, confidencial y crucial, donde los adolescentes ayudan a los adolescentes a tomar decisiones saludables a través de una línea telefónica de emergencia de 24 horas y servicios de prevención de suicidios.

602-248-8336 (TEEN) o a nivel estatal en Arizona 800-248-8336 (TEEN) <https://teenlifeline.org/>

Línea Nacional De Prevención De Suicidios

El National Suicide Prevention Lifeline es una red de prevención de suicidios con sede en los Estados Unidos, compuesta por 161 centros de crisis, que ofrece una línea telefónica gratuita disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para cualquier persona que se encuentre en una crisis suicida o en una situación de angustia emocional.

1-800-273-8255 <https://suicidepreventionlifeline.org/>

Recursos Adicionales

www.healtharizonaplus.gov www.azlinks.gov

Todos los miembros elegibles de Medicaid CMDP son transferidos a otro plan de salud AHCCS cuando su cobertura CMDP termine.

Los miembros que no son elegibles para Medicaid pueden acceder a atención primaria y preventiva sin costo o a bajo costo. 2-1-1 Arizona proporciona información y servicios de referencia para la salud general y servicios dentales disponibles en todo el estado.

- Sitio web:
<https://211Arizona.org>
- Por Teléfono
 - 2-1-1 dentro de Arizona
 - 877-211-8661 desde cualquier lugar
 - 02-263-0979 Fax
 - 7-1-1 o 800-367-8939 TDD (Arizona Relay)
- Por Correo
 - 1275 W Washington ST. Ste 102
 - Tempe AZ 85281 perdidos59

MIEMBROS DEFENSORES

Un defensor es cualquier persona que apoye y promueva los derechos del miembro. A continuación, se enumeran los defensores de los niños y los jóvenes colocados fuera del hogar:

- * PCP o médico del miembro
- * Especialista en DCS y el Supervisor o el gerente del Programa.
- * Oficial de libertad condicional del juez de menores.
- * Fiscal General adjunto (AAG, por sus siglas en inglés) asignado al caso del miembro.
- * The Arizona Center for Disability Law: una firma de abogados de interés público sin fines de lucro dedicada a la protección y defensa de personas con discapacidades. Para obtener más información, visite su sitio web en <https://www.azdisabilitylaw.org/> o llame a Phoenix, 602.274.6287/toll free 1.800.927.2260, y Tucson 520.327.9547/ gratuito 1-800-922-1447.
- * The Arizona Ombudsman-Citizens Aide: si usted siente que ha sido tratado injustamente por un administrador del estado, si se encuentra en un desacuerdo o disputa con una agencia o Departamento del estado, póngase en contacto con el defensor del pueblo-ciudadano al 602.277.7292; sin cargo 1.800.872.2879.
- * Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI, por sus siglas en inglés): una organización nacional de base dedicada a abogar por un tratamiento de calidad para las personas con enfermedades mentales, promover programas de apoyo comunitario, y servir como un centro dentro de Arizona para la recolección y diseminación de información. Visite su sitio web en <http://www.namiarizona.org/> para un afiliado local cerca de usted.
- * Coalición de Arizona para Erradicar la Violencia Sexual y Doméstica: una línea de ayuda para información y respuestas a preguntas relacionadas con los servicios de violencia sexual y doméstica en Arizona, incluyendo el sistema legal, sus derechos legales, recursos y referencias y planificación de seguridad. Visite su sitio web en <http://www.azcadv.org/>. Se puede comunicarse con la línea de Ayuda para los Servicios de violencia sexual y doméstica en (602) 279-2900, toll-free 1 (800) 782-6400, and TTD/TTY (602) 279-7270. O correo electrónico INFO@acesdv.org

GLOSARIO

Apelación: Solicitar la revisión de una decisión que niegue o limite un servicio.

Copago: Dinero que se le pide a un miembro que pague por un servicio de salud cubierto, cuando se brinda el servicio.

Equipo Médico Duradero: Equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención médica por una razón médica para el uso repetido.

Condición Médica De Emergencia: Una enfermedad, lesión, síntoma o condición (incluyendo dolor intenso) que una persona razonable podría esperar que no recibir atención médica de inmediato:

- * Poner en peligro la salud de la persona; o
- * Poner en peligro al bebé de una mujer embarazada; o
- * Causar daños graves a las funciones corporales; o
- * Causar daños graves a cualquier órgano o parte del cuerpo.

Transporte Médico De Emergencia: Ver servicios de ambulancias de emergencia

Servicios de ambulancias de emergencia: Transporte en una ambulancia para una situación de emergencia.

Atención a la sala de urgencias: Cuidado con entrar en una sala de emergencias.

Servicios De Emergencia: Servicios para tratar una condición de emergencia.

Servicios Excluidos: Ver Excluida

Excluir: Servicios que AHCCS no cubre. Ejemplos son servicios que son:

- Por encima de un límite,
- Experimental, o
- No se necesita medicamento.

Queja: Una queja que el miembro comunica a su plan de salud. No incluye una queja por la decisión de un plan de salud de denegar o limitar una solicitud de servicios.

Servicios y Dispositivos de habilitación: Ver Habilidadación

Habilitación: Servicios que ayudan a una persona a obtener y mantener las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Seguro Médico: Cobertura de los costos de los servicios de salud.

Cuidado De La Salud En El Hogar (Home Health Care): Ver Servicios De Salud En El Hogar

Servicios De Salud En El Hogar: Servicios de enfermería, asistencia sanitaria en el hogar y terapia; y suministros médicos, equipo y aparatos que un miembro recibe en el hogar por orden de un médico.

Servicios a Pacientes Terminales: Servicios de confort y apoyo para un miembro considerado por un médico que se encuentra en las últimas etapas (seis meses o menos) de la vida.

Atención Hospitalaria Ambulatoria: Atención en un hospital que por lo general no requiere una noche de estancia. **Hospitalización:** Ser admitido o permanecer en un hospital.

Medicamento Necesario: Un servicio brindado por un médico, o un profesional de la salud autorizado que ayuda con problemas de salud, detiene la enfermedad, discapacidad, o extiende la vida.

Red: Médicos, proveedores de atención médica, proveedores y hospitales que contratan con un plan de salud para dar atención a sus miembros.

Proveedor No Participante: Ver fuera del Proveedor de Red

Fuera del Proveedor de Red: Un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de proveedor con AHCCS pero no tiene un contrato con su plan de salud. . Usted puede ser responsable del costo del cuidado de los proveedores fuera de la red.

Proveedor Participante: Ver In-Network Provider

Proveedor De Red: Un médico que tiene un contrato con su plan de salud.

Servicios Médicos: Servicios de atención médica prestados por un médico autorizado.

Plan: Ver Plan De Servicio

Plan de Servicio: Una descripción escrita de los servicios de salud cubiertos, y otros apoyos que pueden incluir:

- * Objetivos individuales;
- * Servicios de apoyo a la familia;
- * Coordinación de la atención; y
- * Planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida.

Pre-autorización: Ver Autorización Previa

Autorización Previa: Aprobación de un plan de salud que puede ser requerido antes de obtener un servicio. Esto no es una promesa de que el plan de salud cubrirá el costo del Servicio.

Premium: La cantidad mensual que un miembro paga por el seguro de salud. Un miembro puede tener otros costos de cuidado incluyendo un deducible, copagos, y coaseguro.

Cobertura De Medicamentos Con Receta: Medicamentos con receta y medicamentos pagados por su plan de salud.

Medicamentos Con Receta: Medicamentos recetados por un profesional de la salud y administrados por un farmacéutico.

Médico De Atención Primaria: Un médico que es responsable de la gestión y el tratamiento de la salud del miembro.

Proveedor de Atención primaria (PCP): Una persona que es responsable de la gestión de la atención médica del miembro. Un PCP puede ser un:

- * Persona con licencia como médico alopático u osteopático, o
- * Médico definido como un asistente médico con licencia o
- * Enfermera profesional certificada.

Proveedor: Una persona o grupo que tiene un acuerdo con AHCCCS para prestar servicios a los miembros de AHCCS.

Servicios y Dispositivos de rehabilitación: Ver Rehabilitación

Rehabilitación: Servicios que ayudan a una persona a restablecer y mantener las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o se han deteriorado.

Atención De Enfermería Especializada: Servicios calificados proporcionados en su hogar o en un hogar de ancianos por enfermeras o terapeutas con licencia.

Especialista: Un médico que practica un área específica de la medicina o se enfoca en un grupo de pacientes.

Atención Urgente: Cuidado de una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para buscar atención inmediata, pero no lo suficientemente grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Cuidado De La Maternidad

La Enfermera Partera certificada (CNM, por sus siglas en inglés) está certificada por el American College of Nursing Midwives (ACNM, por sus siglas en inglés) sobre la base de un examen de certificación nacional y con licencia para ejercer en Arizona por la Junta Estatal de enfermería. El CNMs lleva a cabo una gestión independiente de la atención de las mujeres embarazadas y recién nacidos, que proporciona atención antes del parto, intraparto, postparto, ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención de la salud que prevé la consulta médica, la gestión colaborativa, la remisión o la gestión.

Los centros de Partos gratuitos son centros de atención obstétrica ambulatoria y no hospitalarios, con licencia de la dirección de salud y salud y certificados por la Comisión para la Acreditación de centros de Partos gratuitos. Estas instalaciones cuentan con personal de enfermería certificado para prestar asistencia en materia de mano de obra y servicios de parto. Están equipados para conducir sin complicaciones, mano de obra de bajo riesgo y practico. Estas instalaciones estarán afiliadas, y en estrecha proximidad, a un hospital de cuidados intensivos para la gestión de complicaciones, en caso de que surjan.

El embarazo de alto riesgo se refiere a un embarazo en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen, o se prevé que tendrán, un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El alto riesgo se determina mediante el uso de las herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de la compañía de Seguro Médico de Arizona (MEM) o del colegio americano de obstetras Y Ginecólogos (ACOG).

La partera con licencia se entiende como una persona autorizada por el Departamento de servicios de Salud de Arizona para prestar atención de maternidad de conformidad con el capítulo 6 del estatuto revisado de Arizona (A.R.S.) Título 36, artículo 7 y el capítulo 16 del Código Administrativo de Arizona (este tipo de Proveedor no incluye a las enfermeras parteras tituladas por la Junta de Enfermería como enfermeras profesionales en obstetricia o asistentes médicos licenciados por la Junta médica de Arizona).

La atención de la maternidad incluye la identificación del embarazo, la atención prenatal, los servicios de parto y cuidado posparto.

La coordinación de la atención de la maternidad consiste en las siguientes actividades relacionadas con la atención de la maternidad: determinación de las necesidades médicas o sociales de la mujer mediante una evaluación del riesgo; elaboración de un plan de atención destinado a atender esas necesidades; coordinación de las remisiones de la mujer a proveedores de servicios apropiados y recursos comunitarios; supervisión de las remisiones para garantizar la recepción de los servicios; y revisión del plan de atención, según proceda.

Los servicios de maternidad incluyen, pero no se limitan a, la atención prenatal necesaria desde el punto de vista médico, la identificación del embarazo, la educación médica necesaria y los servicios prenatales para el cuidado del embarazo, el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo, los servicios del parto y la atención posparto.

Los Servicios perinatales son servicios médicos para el tratamiento y tratamiento de pacientes y neonatos obstétricos (A.A.C. R9-10-201).

Posparto se refiere al período que comienza el día del parto y termina el último día del mes en el que la 57ª día tras el parto se produce.

La atención postparto es la atención de la salud prestada durante un período de hasta 60 días después del parto. Los servicios de planificación de la familia se incluyen si son proporcionados por un médico, según se indica en el Manual de Política Médica del AHCCS.

Practicante se refiere a enfermeras tituladas en obstetricia, asistentes de médicos y otros profesionales de enfermería. Médicos auxiliares y enfermeras profesionales se definen en A. R. S. Título 32, Capítulos 25 y 15, respectivamente.

Los servicios de **asesoramiento previo a la concepción**, como parte de una visita de chequeo de la mujer, se proporcionan cuando médicamente necesario. Este programa se centra en la prevención temprana y el manejo de los factores de riesgo antes del embarazo, e incluye esfuerzos para influir en los comportamientos que pueden afectar al feto (incluso antes de la concepción se confirma), así como en el cuidado de la salud regular. El propósito de la preconcepción es asegurar que la mujer esté sana antes del embarazo. La preconcepción no incluye las pruebas genéticas.

La atención prenatal es la atención de la salud proporcionada durante el embarazo y se compone de tres componentes principales:

- * Evaluación de riesgos temprana y continua
- * Educación y promoción de la salud, y
- * Vigilancia médica, intervención y seguimiento.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

* En virtud de los Títulos VI y VII de la ley de derechos Civiles de 1964 (título VI y VII), y la ley de estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), la Sección 50 debería de la ley de Rehabilitación de 1973, la ley de discriminación por Edad de 1975, y el Título II de la ley de no Discriminación por información Genética (GINA) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, genética y debieron. Para solicitar este documento en formato alternativo o para obtener más información sobre esta política, comuníquese con el Coordinador de la división de Discapacidades de desarrollo del ADA al 602-542-0 debería19; TTY/TDD Services: 7-1-1 Se puede solicitar asistencia lingüística gratuita para los servicios DCS. Disponible en español en línea o en la oficina local.



ARIZONA
DEPARTMENT
of CHILD SAFETY
Comprehensive Medical
and Dental Program