

¿Qué servicios cubre la Ayuda Médica de AHCCCS?

- Medicamentos recetados*
- Consultas con doctores
- Servicios de hospitales
- Diálisis
- 90 días de servicios de atenciones de enfermería
- Recursos médicos
- Quimioterapia
- Atenciones de salud mental
- Inmunizaciones (vacunas)
- Atenciones médicas de emergencia
- Transporte médico necesario
- Servicios de rehabilitación
- Servicios de laboratorios y radiología
- Servicios de rehabilitación
- Atenciones de especialistas necesarias médicamente

* La cobertura de recetas de AHCCCS se limita a personas que tienen *Medicare*.

¿Qué cuesta la Ayuda Médica de AHCCCS?

Primas

La mayor parte de las personas no pagan primas mensuales para la Ayuda Médica de AHCCCS. Algunas personas cuyos ingresos mensuales son tan elevados que no reúnen los requisitos para la Ayuda Médica de AHCCCS sin primas mensuales pudieran obtenerla al pagar una prima mensual. Si tuviera que pagar una prima, las primas mensuales serían:

- \$10 - \$70 para *KidsCare*
- \$10 - \$35 por persona para personas empleadas con discapacidades

Indígenas estadounidenses y alasqueños: De conformidad con las leyes federales, los indígenas estadounidenses inscritos con una tribu reconocida por el gobierno federal, hijos y nietos de tales indígenas inscritos en tribus reconocidas por el gobierno federal, y ciertos indígenas alasqueños no tienen que pagar primas. A fin de conseguir Ayuda Médica de AHCCCS sin que le cueste, deberá comprobar su inscripción con una tribu.

Copagos

Un copago es la cantidad que se le paga a un proveedor de atenciones médicas cuando recibe un servicio médico. Su copago dependerá de en qué programa AHCCCS se inscriba y los servicios que necesite. Para algunos programas de AHCCCS, su proveedor(a) podrá denegarle los servicios si no se efectuara el copago. Los copagos por los servicios serán:

- de \$2.30 a \$10.00 por medicamentos recetados
- de \$0 a \$30.00 por usar una sala de emergencias al no haber emergencia
- de \$2.30 a \$3.00 por terapias físicas, ocupacionales o del habla
- de \$3.40 a \$5.00 por visitas ambulatorias para servicios de evaluación y control de condiciones, incluso consultas médicas

Acuérdese de dar a conocer cualquier cambio en ingresos porque esto pudiera cambiar su cantidad de copago.

A las personas siguientes jamás se les pedirá que paguen copagos:

- Menores de 19 años de edad
- Personas de hasta 20 años de edad que reúnan los requisitos para recibir servicios del programa de Servicios de Rehabilitación de Menores.
- Personas que reciban servicios en hogares de hospicio.
- Personas que el Departamento de Servicios de Salud de Arizona determine que tienen males mentales graves.
- Indígenas estadounidenses que sean miembros activos o anteriores del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribal que operen de conformidad con la Ley Pública 93-638 o programas de salud urbana para indígenas.
- Personas que sean miembros que reciban atenciones por condiciones agudas y que residan en sanatorios o instalaciones residenciales, tales como hogares con ayuda para vivir y sólo cuando la

condición médica de tal paciente de atenciones médicas agudas exigiría que de lo contrario se le internara en un hospital. La exención de copagos para miembros con atenciones por condiciones agudas se limita a 90 días por año de contrato.

Además, nunca se cobrarán copagos por los servicios siguientes:

- Internarse en un hospital
- Servicios de emergencia
- Servicios y efectos de planificación familiar
- Pagos por servicios prestados
- Atenciones médicas de embarazo, incluso tratamiento de cese de tabaco para mujeres embarazadas

¿Cómo funciona la Ayuda Médica de AHCCCS?

Si se le autorizara la Ayuda Médica de AHCCCS, recibirá sus atenciones médicas de un plan médico de AHCCCS a menos que:

- Sea indígena estadounidense y prefiera como plan médico el Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses.
- Se le autorice para uno de los Programas de Ahorro de *Medicare*.
- AHCCCS sólo podrá pagar sus servicios de emergencia a causa de su calidad ante los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos. Si se le autorizara únicamente para servicios de emergencia, pudiera recibir servicios médicos de cualquier proveedor(a) que tuviera un acuerdo de cobrar a AHCCCS por servicios de emergencia cubiertos.

¿Cómo funciona un plan médico?

- El plan médico colabora con los proveedores de atenciones médicas (doctores, hospitales, farmacias, etcétera) para proporcionar todos los servicios cubiertos por AHCCCS.
- El plan médico le enviará un manual de miembros en cuanto se inscriba.
- Podrá llamar al plan médico si tuviera cualquier duda en cuanto a sus beneficios o servicios, o si necesitara una adaptación por discapacidad o por necesitar servicios de intérprete. Podrá hallar el teléfono para los servicios a miembros o clientes de su plan médico en su credencial de identificación de AHCCCS y en su manual de miembros.

¿Cómo obtener servicios de salud mental?

- Podrá recurrir a su doctor(a) médico de cabecera, o
- Llame al teléfono de salud mental en su credencial de identificación de AHCCCS

¿Qué tal si tuviera Medicare o cualquier otro seguro de salud?

- Asegúrese de notificarse a su plan médico si tiene Medicare o cualquier otro seguro médico.
- Si su doctor(a) no tuviera contrato con su plan médico de AHCCCS, su doctor(a) deberá llamar al plan médico de AHCCCS para coordinar las atenciones, o usted pudiera resultar responsable por cualquier copago o deducible de Medicare u otro seguro médico.
- Si estuviera en un plan HMO, deberá escoger un(a) doctor(a) de cabecera que trabaje tanto con su HMO como con su plan médico AHCCCS.
- Si tuviera Medicare, su cobertura para recetas bajo AHCCCS será limitada. Si tuviera dudas sobre las recetas, llame al 1-800-MEDICARE (633-4227) o a su plan médico de AHCCCS.

¿Qué hacen los médicos de cabecera y los especialistas?

Una vez se inscriba, recibirá de su plan médico una lista de médicos de cabecera en su área. Deberá escoger su médico de cabecera o se le designará uno/a. Tendrá el derecho de cambiar de médico de cabecera en cualquier momento al llamar a los servicios para miembros o clientes de su plan médico. Su doctor(a) de cabecera:

- Se encargará de sus atenciones médicas.
- Se hará responsable de autorizar sus servicios médicos que no sean de emergencia.
- Será la primera persona a quien usted acudirá para sus atenciones médicas que no sean de emergencia.
- Le remitirá a un(a) especialista cuando haga falta.

Como seleccionar un plan de salud

Usted necesita seleccionar un plan de salud que ofrezca servicios en su condado.

- Todos los planes de salud de AHCCCS le proporcionan la misma cobertura médica.
- Antes de seleccionar un plan de salud, consulte con su doctor, farmacia, o hospital para verificar que trabajan con el plan de salud que usted quiere. Si desea más información sobre los doctores, especialistas, o hospitales que trabajan con los planes de salud ofrecidos en su condado, llame al teléfono de el plan de salud al número indicado a continuación o visite el sitio web de el plan.
- Indígenas estadounidenses pueden seleccionar entre el Programa de Salud Indígena Estadounidense o un plan de salud de AHCCCS.
- Si usted no selecciona un plan, uno se le será asignado.
- Si usted ha estado inscrito/a en un plan de salud de AHCCCS en los últimos 90 días, usted será inscrito/a en plan de salud anterior.
- Si necesitara ayuda para escoger un plan, pudiera visitar a www.azahcccs.gov/choice o hable con un Especialista de Apoyo al Beneficiario llamando a (602) 417-7100 de los códigos de área (480), (602) y (623) o 1- (800) -334-5283 de los códigos de área (520) y (928).

Area de servicios geográficos (GSA)	Plan de Salud
<p><u>Norte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apache • Coconino • Mohave • Navajo • Yavapai 	<ul style="list-style-type: none"> • Care1st Health Plan • Steward Health Choice Arizona (anteriormente Health Choice AZ) • American Indian Health Program
<p><u>Central</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maricopa • Gila • Pinal, excluyendo códigos postales 85542, 85192, y 85550 	<ul style="list-style-type: none"> • Arizona Complete Health - Complete Care Plan (anteriormente Health Net Access) • Banner-University Family Care • Care1st Health Plan • Magellan Complete Care • Mercy Care • Steward Health Choice Arizona (anteriormente Health Choice AZ) • UnitedHealthcare Community Plan • American Indian Health Program
<p><u>Sur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cochise • Graham • Greenlee • La Paz • Pima • Santa Cruz • Yuma • Códigos postales 85542, 85192, y 85550 	<ul style="list-style-type: none"> • Banner-University Family Care • Arizona Complete Health - Complete Care Plan (anteriormente Health Net Access) • UnitedHealthcare Community Plan (Pima County Only) • American Indian Health Program

Plan de Salud	Teléfono	Sitio web
American Indian Health Program	Maricopa: 602-417-7100 Otros condados: 1-800-334-5283	www.azahcccs.gov/AmericanIndians/AIHP/
Arizona Complete Health - Complete Care Plan (anteriormente Health Net Access)	1-888-788-4408	www.azcompletehealth.com/completecure
Banner-University Family Care	1-800-582-8686	www.bannerufc.com/acc
Care1st Health Plan	1-866-560-4042	www.care1staz.com
Magellan Complete Care	1-800-424-5891	www.mccofaz.com
Mercy Care	1-800-624-3879	www.mercycareaz.org
Steward Health Choice Arizona (anteriormente Health Choice AZ)	1-800-322-8670	www.StewardHealthChoiceAZ.com
UnitedHealthcare Community Plan	1-800-348-4058	www.uhccommunityplan.com

Cambiando el plan de salud

Cuando un cliente tenga opciones para escoger su plan de salud de AHCCCS, podrá cambiar de plan de salud:

- Siempre que sea con justificación. Por justificación, queremos decir:
 - que tal cliente se mudara fuera del área en la que sirviera tal plan de salud;
 - tal plan de salud no cubriera los servicios que necesitara tal cliente a causa de las creencias morales o religiosas del plan de salud;
 - existiera riesgo innecesario para tal cliente cuando no se pudieran proporcionar los servicios médicos afines de una vez, y el plan de salud no le pudiera proporcionar todos los servicios médicos de una vez;
 - los cambios de proveedores interrumpirían la residencia en el domicilio o el empleo; u
 - otras justificaciones, tales como que el o la miembro no pudiera recibir servicios médicos, o mala calidad de atenciones.
- Sin mediar justificaciones:
 - en los primeros 90 días civiles después de que tal cliente quedara inscrito/a automáticamente en el plan de salud;
 - durante el período anual de inscripción abierta; o
 - cuando el estado le notificara a tal cliente que pudiera cambiar de plan de salud sin tener que justificarse.

Cuando un(a) cliente reúna los requisitos para cambiar de planes de **salud sin justificación**, el estado se lo notificará por correo. Los clientes deberán seguir las instrucciones en las notificaciones escritas para poder cambiar los planes de salud sin justificarse.

Para cambiar los planes de salud por causa, el cliente o su representante debe:

- Someter una solicitud por escrito a:
 - AHCCCS
 - PO Box 25520
 - Phoenix, AZ 85002; o
 - El plan de salud que el cliente está inscrito actualmente en.
- Someter una solicitud verbal hablando con un especialista de apoyo beneficiario por llamada (602) 417-7100 de códigos de área (480), (602) y (623) o 1-(800)-334-5283 de códigos de área (520) y (928).

El pedido de cambio de planes de salud **con justificación** deberá contener la información siguiente:

- el plan de salud actual en el que tal cliente esté inscrito/a
- el nombre del plan en el que tal cliente prefiriera inscribirse
- una declaración detallada del motivo por el que tal cliente quiera cambiar de planes de salud.

Si necesitara ayuda, podrá visitar la página de Internet www.azahcccs.gov/choice o hablar con un(a) Especialista de Apoyo al Beneficiario llamando a (602) 417-7100 de los códigos de área (480), (602) y (623) o 1-(800)-334-5283 de los códigos de área (520) y (928).

El sistema de Contención de Costos de Atenciones Médicas de Arizona (*Arizona Health Care Cost Containment System/AHCCCS*) no excluirá ni negará ni niega beneficios, ni de alguna otra manera discriminará contra las personas por motivo de raza, color de la piel, origen nacional, discapacidad, sexo o edad para admitir, permitir la participación o la recepción de los servicios o beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sea que las lleve a cabo *AHCCCS* directamente, mediante contratistas o por vía de cualquier otra entidad con la cual *AHCCCS* acuerde desempeñar sus programas y actividades.

Si le pareciera que se hubiere discriminado en su contra el algún(a) programa o actividad de *AHCCCS*, podrá presentar una querrela ante la Administración de *AHCCCS* o la Oficina Para Derechos Civiles de la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos.

Podrá presentar una querrela escrita ante *AHCCCS* en cualquier momento en plazo de 180 días de la fecha en la que le pareciera que los empleados o contratistas de *AHCCCS* hubieran discriminado en su contra. Por favor, proporcione cuando detalle pueda sobre lo sucedido en su querrela escrita sobre lo que sucedió, cuándo sucedió, quién intervino, y cómo pudiéramos resolver su querrela. Remita la querrela a:

Office of Administrative Legal Services
Arizona Health Care Cost Containment System
Attn.: General Counsel
701 E. Jefferson St.
Mail Drop 6200
Phoenix, AZ 85034

Podrá presentar una querrela ante la Oficina Para Derechos Civiles de la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos:

- Por Internet al <http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints>;
- Llamando al 1-800-368-1019 (los usuarios de TDD deberán llamar al 1-800-537-7697); o
- Por escrito a:
Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201