



Member Handbook

Evercare Select

3141 North 3rd Avenue

Suite 100

Mail Route: AZ060-N120

Phoenix, AZ 85013

Customer Service 1-800-377-2055 or 1-800-293-3740

TTY: 711

Monday – Friday

8:00 a.m. – 5:00 p.m. Central Time

www.evercarehealthplans.com/AZ_Select

Revision Date: October 2008

Table of Contents

Important Information 2

Welcome to Evercare Select! 3

Evercare Select’s Web Address. 3

Evercare Select’s Mission Statement 4

How Do I Get My ALTCS Card? 4

What Is a Case Manager and Case Management? 5

What Is Member Services? 6

What Is a Primary Care Provider (PCP)? 6

How Do I Choose a Primary Care Provider? 7

How Do I Change Primary Care Providers?..... 7

How Do I Make Appointments? 8

What if I Need a Ride?..... 9

What Is a Specialist?..... 9

Can I Change My Program Contractor (Plan)?..... 10

What Is the Transitional Program? 10

How Does My ALTCS Coverage Affect Me If I Have
Both Medicare and ALTCS Benefits? 11

How Can I Be Involved in My Healthcare? 12

What Services Does Evercare Select Cover? 13

Behavioral Health Services 15

Covered Long Term Care Services – Institutional Setting 17

Covered HCBS Alternative Residential Settings 17

What Services Are Not Covered by Evercare Select? 18

What if I Have an Emergency? 19

What if I Need Emergency Transportation? 20

What if I Get Pregnant? 20

What if I Don’t Want to Get Pregnant?..... 21

Is There Special Care for Children?..... 21

What if I Move Out of the County, State, or Country?..... 22

Your Role as a Member – Sharing Costs. 22

What Is Fraud and Abuse?..... 23

What Are My Rights as a Member of Evercare Select?..... 24

What Are My Responsibilities as a Member of
Evercare Select? 27

Community Resources 28

What if I Have Questions or Problems? 30

What if Evercare Select Denies a Requested Service?..... 31

Questions and Answers Regarding Appeals 36

Advance Directive 36

Arizona Long Term Care Offices 41

Important Information

In Case of Emergency Dial 9-1-1

My ALTCS ID# Is:

My Case Manager's Name Is:

My Case Manager's Phone Number Is:

Evercare Select After Hours: 1-800-293-3740

My Doctor's Name Is:

My Doctor's Phone Number Is:

My Number for Non-Emergency Transportation Is:

Welcome to Evercare Select!

Evercare® Select is a Program Contractor in five (5) Arizona counties for the Arizona Long Term Care System (ALTCS). ALTCS was created through AHCCCS to provide quality long-term care for all people in Arizona who cannot pay for services. Evercare Select provides services to Apache, Coconino, Maricopa, Mohave, and Navajo counties. The member, primary care doctor, and the Case Manager work together as a team to design and implement a proper plan of care. The assigned Case Manager performs an initial assessment visit with the member and establishes a schedule for future visits and assessments, depending on the member's needs and condition.

Evercare Select's Web Address

Go to **www.Evercareselect.com**

From this site you have access to:

- Information about Evercare Select
- Member-specific items, this handbook is online, member newsletters
- Provider information
- How to contact Evercare
- Links to other Evercare Health Plans
- Links to the Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) website
- And much more

You may also obtain a provider list and the current list of covered drugs.

You may print a free copy of the provider or drug list from your computer or you may ask Evercare Select to print a free copy for you by calling the Member Service Center at **1-800-293-3740**.

Please visit our website as often as you wish.

Evercare Select's Mission Statement

“To optimize the health and well-being of aging, vulnerable and chronically ill individuals.”

Keep this Handbook in a place you can easily find it. In here, you will find answers to most questions. Looking up the answer now, can save you much time later.

If you need this Handbook or other Evercare Select materials in a language/or format other than English or Spanish, please contact Customer Service at **1-800-293-3740**.

How Do I Get My ALTCS ID Card?

Your ID card will be sent to you by ALTCS, not Evercare Select. If you have not gotten your card within the first few weeks of enrollment, please contact ALTCS directly at **1-800-962-6690** or **(602) 417-7000** in Maricopa County. It is important to remember the following about your ID card:

- When you get your ID card, check the spelling of your name and that all other information on the ID card is right. If anything is wrong with your card, call ALTCS directly at **1-800-962-6690**.
- Always protect your ID card. If your ID card is lost or stolen, call ALTCS directly at **1-800-962-6690** or **(602) 417-7000** in Maricopa County.
- Your ID card will look like a credit card. If you lose your eligibility, the card will be inactivated. If you regain your eligibility and stay with the same plan, the card will be reactivated. If you change program contractors, you will get a new ID card.
- You must protect your ID card. If you loan, sell or give it to others, you could lose your eligibility and/or be in trouble with the law.

DO NOT THROW AWAY YOUR ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SWIPE ID CARD!

What Is a Case Manager and Case Management?

A Case Manager is a person who will help you in setting up your care. A Case Manager will not give you direct care. A Case Manager will set up services and may send you to other helpful services.

Case Management is the process of working with you and your chosen representatives to figure out what services you need to keep you safe and well cared for in the most home-like placement that is right for your level of care needs. The cost of that placement and/or services must generally be no more expensive than the cost of living in a skilled nursing home.

The goal of Evercare Case Management is to make sure you are living in the best place. Case Management includes setting up a plan for your personal care and medical needs. Your Case Manager will also help with any mental health needs you may have. They also help with any medically related social service needs to help keep you living in the best place for you.

You will be assigned a Case Manager when you enroll in Evercare Select. You will be mailed a letter that will have your Case Manager's name, address, and telephone number. If you have any questions or concerns regarding your care, please contact your Case Manager. Your Case Manager will visit you in person to help you with your health care needs. Your Case Manager can help you:

- Choose a doctor
- Arrange care with your doctor
- Plan and manage all medical services
- Solve problems you may have with your medical care
- Find ways for you to live at home
- Explain the service and placement options available to you
- Please refer to the Page 2 "Important Information" for your Case Manager's name and phone number

What Is Member Services?

Evercare Select has a Member Services Department to help you with questions you might have about Evercare Select. A Member Services Representative can answer questions and give you information on:

- Membership
- Covered services
- Changing your doctor
- Complaints
- Changing your Case Manager
- Anything else you may have a question about

Member Services can also give you material that will teach you all kinds of things, such as:

- Living with a chronic illness
- Preventing falls in your home
- Eating healthy foods
- How to get behavioral health care

Whenever you have a question or concern, Evercare Select Member Service Representatives are always there to help you. You can reach them at 1-800-293-3740, Monday-Friday, from 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

What Is a Primary Care Provider (PCP)?

Your Primary Care Provider (PCP) is your doctor or nurse and has the job of taking care of you. Your PCP will take care of you and refer you to a specialist when needed. He or she will be your personal PCP. Your PCP will work with you to manage your medical care and treatment. You should talk to your PCP about all your health care needs.

Female enrollees have access to Evercare Select's gynecology doctors without primary care provider referral or authorization.

***P.S. ...
Whenever you
see this box,
make sure to
STOP and READ
the note.***

How Do I Choose a Primary Care Provider?

When you become a member of Evercare Select, you must choose a Primary Care Provider (PCP). We have sent you a list of all of our providers with this handbook. Choosing a PCP is important. If you are in a nursing home, your PCP will visit you there. If your current PCP is an Evercare Select PCP, you will not need to pick a new PCP. However, if your current PCP does NOT work with Evercare Select, your Case Manager will help you choose a new PCP. Please refer to the enclosed list of Evercare Select Primary Care Providers. If you do not choose a PCP, one will be assigned to you. Evercare Select will send you a letter with your PCP's name, address, and phone number.

How Do I Change Primary Care Providers?

You can change your PCP.

It is very important, however, that you try to stay with the same PCP because your PCP has your medical records and knows what medications you take. Your PCP is the best person to make sure you are getting good medical care. However, there may be a time that you want to change PCPs. You can call or write your Case Manager to let them know you want to change your PCP. Your Case Manager will send you a list of Evercare Select network providers so you can pick a new PCP. Or you can go to **www.Evercareselect.com** and find a Provider. Your PCP change will be effective the first day of the following month after we receive your written request. Once you have chosen your new Evercare Select PCP, you will need to call or write to your Evercare Select Case Manager and let them know which PCP you selected.

Some reasons you may change your PCP are:

- You have moved and you need a PCP that is closer to your home.
- You are not happy with your PCP.

There are some reasons you may not be able to change your PCP which include:

- You have requested a PCP that is not registered with AHCCCS.
- You have requested a PCP that is not taking new patients because they are seeing too many patients already.

Your PCP may ask that you change to another PCP because:

- You and your PCP do not get along.
- You do not follow your PCP's advice.
- You are late or do not show up for appointments.

If you temporarily lose your AHCCCS eligibility and become eligible again within 90 days, you will automatically be re-enrolled with Evercare Select and the same PCP you had before, unless the PCP is no longer a part of the plan.

How Do I Make Appointments?

If you need help making an appointment, call your Case Manager.

If you are in a nursing facility or an assisted living facility, and need help, please ask the staff to assist you.

Your PCP and Case Manager will provide or arrange the care you need. You can reach your PCP 24 hours a day, 7 days a week. If your PCP is not available, the Physician covering for your PCP will call you back. If your need is urgent, you may also call Evercare Select at **1-800-293-3740**. Try to set up PCP visits as far ahead as possible. Your PCP sees many patients every day. When making appointments, your PCP visit will occur within the number of days shown below.

PCP Appointments:

- **EMERGENCY** appointments will be the **SAME DAY** or within **24 HOURS**.
- **URGENT** appointments will be within **2 DAYS**.
- **ROUTINE** appointments will be within **21 DAYS**.

For Specialty Referrals:

- **EMERGENCY** appointments are available within **24 HOURS** of the referral.
- **URGENT** appointments are available within **3 DAYS** of the referral.
- **ROUTINE** appointments are available within **45 DAYS** of the referral.

Dental Referrals:

- **EMERGENCY** visits within **24 HOURS** of the referral.
- **URGENT** visits within **3 DAYS** of the referral.
- **ROUTINE** visits within **45 DAYS** of the referral.

Behavioral Health Services:

- **EMERGENT** visits within **24 HOURS** of the referral.
- **ROUTINE** visits within **30 DAYS** of the referral.

Maternity Care:

- **First Trimester** – within **14 DAYS** of the request.
- **Second Trimester** – within **7 DAYS** of the request.
- **Third Trimester** – within **3 DAYS** of the request.
- **High Risk Pregnancies** – within **3 DAYS of identification, or immediately if an emergency exists.**

Canceling Appointments:

Always call as soon as possible to cancel your visit if you won't be able to make it. If you miss more than one visit without calling, your doctor may not see you again.

What if I Need a Ride?

You may need to go to your doctor's office but do not have a ride. You can call your Case Manager and they will assist you in setting up a ride for you. Your ride will drop you off no earlier than one hour before your appointment. You should not have to wait more than an hour to see your doctor once you have arrived at the office. You should not have to wait more than one hour after your call for a ride home.

Canceling Transportation:

Always call as soon as possible to cancel your scheduled transportation, when your needs or appointment changes.

What Is a Specialist?

A Specialist is a Health Care Provider that cares for one area of the body.

Your PCP may want you to see a Specialist. Your PCP can schedule the appointment with any Evercare Contracted specialist.

If your PCP wants you to see a Specialist who is not contracted with Evercare:

- The Specialist must be registered with AHCCCS.

If you have waited more than one hour to see your doctor or to get a ride home, call your Case Manager or Member Services at 1-800-293-3740.

- Your PCP must obtain approval from Evercare Select before the visit is scheduled.
- This is called a Prior Authorization or Prior Notification.

Evercare Select will respond to your PCP's request within three (3) business days if this is an urgent request. If this is not an urgent request, an answer will be made within fourteen (14) calendar days; sometimes we need more time to get the notes we need to make a decision. Evercare Select can take 14 more days to get the notes we requested. This is called an extension.

If Evercare Select denies any request, you will receive a letter. If Evercare Select needs an extension, you will receive a letter. The letter will tell you the reason for the denial and your appeal rights.

If you have any questions, ask your Case Manager or contact Member Services at **1-800-293-3740**.

Can I Change My Program Contractor (Plan)?

You can change your Program Contractor (Plan) under the following circumstances:

- When a medical continuity of care reason exists
- If you receive information that is not correct
- If you were not given an enrollment choice when you enrolled (in Maricopa County)
- During annual open enrollment (in Maricopa County)
- If you and a family member are enrolled with different program contractors
- If Evercare Select terminates a contract with the residential or institutional setting that you live in

If your request is for continuity of care, Medical Directors of both Program Contractors must agree that the change is necessary. If not, your request will be denied.

What Is the Transitional Program?

This program is for members who no longer require nursing home care, but may require other Long Term Care Services. Even though nursing home services are no longer considered medically necessary, a short-term stay in a nursing home is available. Also, you will still receive all medically necessary

Arizona Long Term Care (ALTC) Home and Community Based (HCB) services. ALTCS members whose medical condition briefly gets worse may receive up to 90 continuous days of nursing home care at any one admission.

How Does My ALTCS Coverage Affect Me If I Have Both Medicare and ALTCS Benefits?

You are considered to be “dually enrolled” if you have both Medicare and Medicaid coverage. If you have Medicare, Medicare HMO, or other private coverage, they will be the first payer of your services before Evercare Select. Even though you have both Medicare and ALTCS coverage, your ALTCS benefits will not reduce or change any Medicare benefits you are eligible for. However, if you are dually eligible, it is important for you to know:

- If you have regular Medicare coverage, your Medicare doctor must be registered with AHCCCS.
- If you choose to see a doctor that is not registered with AHCCCS, you will be responsible for your copay and deductible.
- If you are enrolled in a Medicare Risk HMO, your primary doctor will be the doctor you have chosen through your Medicare HMO. In other words, you do not have to choose another doctor for ALTCS services.

However, if you are a “Qualified Medicare Beneficiary” (QMB), you are able to receive the following services that are not covered by ALTCS, or differ in scope or limitation, such as:

- Chiropractic services
- Psychological services
- Inpatient psychiatric services
- Respite services and any new services added to the Medicare program not currently covered by ALTCS
- Inpatient and outpatient occupational therapy

Coordination of Benefits/Third Party Liability:

Your Medicaid benefits, under Arizona Long Term Care and the Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), are the payor of last resort. Your Medicaid benefits will be the

payment for covered services only after all other sources of payment have been exhausted.

- Your Case Manager will assist you in coordinating benefits.
- It is your responsibility to ensure that your Case Manager has all of your benefit and insurance information.

Medicare Prescription Drug Benefit and AHCCCS Members:

- Medicare, instead of AHCCCS, offers new drug coverage to help pay for most of the prescriptions you need. AHCCCS will still continue to pay for your other health care costs.
- Medicare prescription drug coverage is available to all people with Medicare.
- You must join and remain in a drug plan for Medicare to pay for your drugs.
- You are automatically eligible for extra help with your Medicare premiums and deductibles through the Social Security Administration's Extra Help.
- Medicare prescription drug coverage will pay for brand name and generic drugs.
- Medicare will enroll you into a plan with prescription drug coverage, based on your current enrollment status with AHCCCS. You can switch to another equivalent plan at any time.
- Evercare Select will pay for a member's prescription copays.

Additional questions and answers are at: www.Evercareselect.com.

How Can I Be Involved in My Health Care?

The best way to stay healthy is to be involved in your care by seeing your PCP on a regular basis. You will be involved in making choices about your care with your Case Manager and your PCP. Evercare Select will send you member newsletters to inform you of health care hints. This newsletter will also tell you about new things going on in Evercare Select. Throughout the year, you may receive surveys that will ask you to answer questions about your health and Evercare Select. This is just another way you can take part in your health care. You are

also urged to take advantage of the educational materials Evercare Select can give you. Evercare Select has a variety of informational brochures that can keep you informed and healthy. Some of the information available includes:

- Preventive care – cancer screenings, mammograms, immunizations
- Chronic conditions – Diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- Ways to keep your living environment safe
- How to identify abuse and neglect

TO OBTAIN INFORMATIONAL BROCHURES, PLEASE CONTACT MEMBER SERVICES AT 1-800-293-3740.

What Services Does Evercare Select Cover?

For services to be covered by Evercare Select, the services should be given by a provider who works with Evercare Select. The services must be given by a provider who works with AHCCCS. Some of these services require approval by Evercare Select before you can receive care. The provider is responsible for getting approval. You are not responsible for payment of covered services provided to you by Evercare Select.

Evercare Select only covers services that will help you get better (medically needed). Also, services must be the least costly service that will give you the same result (cost effective). Covered services include, but may not be limited to, the following items:

- Acute Care Services
- Hospital services, whether you are in the hospital or are there as an outpatient
- Emergency Services, including 24-hour emergency medical care, emergency transport, and emergency room services
- Your doctor services
- Services that may be provided in a Rural Health Clinic or Federally Qualified Health Center
- Lab, x-rays, and medical imaging

- Pharmacy Services
 - Member must obtain drugs from the Evercare Select Formulary. Go to **www.Evercareselect.com** to view our formulary or call your Case Manager.
 1. If you are enrolled with or eligible for enrollment in a Medicare Part D plan (PDP), coverage will include Part D excluded drugs
- Most medical supplies, durable medical supplies such as: wheelchairs, walkers, oxygen, etc., prosthetic devices
- Medically required transport services. (Medically required transport is covered by Evercare Select when referred by your doctor and approved by Evercare Select in advance.) Please call your Case Manager about medically required transports
- Family planning. This includes birth control pills, supplies and devices; surgical procedures to cause sterility, delay or prevent pregnancy
- Maternity services, including prenatal care, labor and delivery and postnatal care are covered
 - Female members may have direct access to preventative and routine services from gynecology providers within the network without referral from a PCP
- Medically necessary abortions
- HIV testing and counseling
- Therapies including: occupational therapy, physical therapy, respiratory (breathing) therapy, auditory (hearing) therapy, and speech therapy
- Foot Care Services – limited services
- Private duty nurse if medically necessary
- Special Care for children (Page 21, 22)
- Gynecology services
- Medically required transplants of some organs
 - Transplant services must be authorized before they are given
 - Transplant services must be given by an AHCCCS approved transplant center
- Glasses and Contact Lenses – If medically required after cataract removal for members 21 years of age and older and other medically necessary reasons

- Dental care:
 - Routine and emergency Dental service for members under 21 years of age
 - Emergency Adult Dental Care for members 21 and over
- Medically necessary dentures:
 - Your doctor and your dentist must agree that you need dentures for a medical condition. Dentures are not covered if they are only needed to help you chew your food or make you look better

Prior Period Coverage:

You may be eligible for Prior Period Coverage (PPC). Prior Period Coverage is for Members who have long term care home and community based services, nursing home care or assisted living services in place between the date the member has applied for Arizona Long Term Care Services (ALTCS) and the date the member becomes eligible for ALTCS benefits. During Prior Period Coverage (PPC), services are looked at by the Case Manager. The Case Manager will see if Evercare is able to pay the provider of service.

The services must meet three areas to be paid for by Evercare:

- 1. Medically necessary,**
- 2. Cost effective, and**
- 3. Provided by a registered AHCCCS provider**

The cost of Services that will be retroactively authorized during Prior Period Coverage enrollment can not exceed 100% of the cost of institutionalization for that member.

Behavioral Health Services

If you need Behavioral Health Services, please contact your Case Manager. A Behavioral Health Coordinator is available in the event assistance is needed accessing behavioral health services.

If you have a psychiatric emergency:

In Maricopa County:

Contact EMPACT at: **(480) 784-1500**

In Coconino County:

Contact The Guidance Center at: **(928) 527-1899**

In Mohave County:

Bullhead City – (928) 758-5905, press 7

Kingman office on Western Ave. – (928) 757-8111, press 7

Kingman office on Stockton Hill Rd. – (928) 718-4800, press 7

Lake Havasu City – (928) 855-3432, press 7

In Navajo and Apache Counties:

Contact Community Counseling at: (928) 537-2951

Covered Behavioral Health Services:

- Behavior Management (behavioral health personal assistance, family support, peer support)
- Case Management Services
- Emergency/Crisis Behavioral Health Services
- Emergency Transportation
- Evaluation and Screening
- Group Therapy and Counseling
- Individual Therapy and Counseling
- Family Therapy and Counseling
- Inpatient Hospital
- Inpatient Psychiatric Facilities (residential treatment centers and sub acute facilities)
- Institutions for Mental Diseases (with limitations)
- Laboratory and Radiology
- Services for Psychotropic Medication Regulation and Diagnosis, adjustment and monitoring
- Non-Emergency Transportation
- Opioid Agonist Treatment
- Partial Care (Supervised day program, therapeutic day program and medical day program)
- Psychosocial Rehabilitation (living skills training; health promotion; pre-job training, education and development; job coaching and employment support)
- Respite Care
- Behavioral Health Therapeutic Home

Covered Long Term Care Services – Institutional Setting

- Nursing home services (including Christian Science Facility)
- Institution for Mental Disease for age 65 and over
- Inpatient Psychiatric Residential Treatment Center for age 21 and under
- For members aged 21 through 64
 - Reimbursement for inpatient services in a mental hospital with more than 16 beds is limited to 30 days per admission and 60 days per contract year

Covered HCBS Alternative Residential Settings

- Assisted Living Home (An ALTCS approved alternative residential Setting that provides resident rooms to 10 or fewer residents)
- Assisted Living Centers (Alternative residential setting that provides a private apartment, unless otherwise requested by a resident that includes a living and sleeping space, kitchen area, private bathroom and storage area)
- Adult Foster Care (An ALTCS HCBS approved setting that provides supervisory care services, personal care services, or directed care services on a continuing basis to four or less people)
- Behavioral Health Level I and Level II
- Traumatic Brain Injury treatment facility

Covered Home and Community Based Services (HCBS):

- Hospice
- Adult day health care
- Home delivered meals
- Home Health Agency including nursing services and home health aide
- Homemaker Services
- Personal Care
- Private Duty Nursing
- Respite Care

- Group Respite as an alternative to Adult day health
- Attendant Care
 - Spouses as Paid Caregivers authorized by the Case Manager. Please contact your Case Manager for more information about this service
 - Self-Directed Attendant Care – allows you to make decisions about the attendant care services you want and how to receive them. Please contact your Case Manager for more information about this service
- Medically Necessary Home modifications
- Durable Medical Equipment (DME) – standard and custom

What Services Are Not Covered by Evercare Select?

The following are NOT covered by Evercare Select:

- Services provided by non-AHCCCS registered providers
 - Services given without authorization by a provider that does not work with Evercare Select
- Services or items that will not help you get better (medically needed)
- Services for which there is no medical proof that it will help you (experimental). Services that are not the least costly service that will give you the same result (cost effective)
- Hearing aids, eye exams for glasses/lenses, for members 21 years and over
- Services defined by AHCCCS as experimental or provided solely for the purpose of research
- Sex change operations
- Reversal of self-requested sterility
- Care not covered per AHCCCS and ALTCS rules
- Medical services provided to a member who is an inmate, or who is in the care of a state mental health center
- Man-made hearts or xenografts
- Organ transplants not included in AHCCCS rules

- Services provided in a center or in an area of a center that is not Medicare/Medicaid certified for such services
- Room and board costs in any community residential setting including Assisted Living Homes, adult Foster Care Homes, and Assisted Living Centers
- Medications if you are enrolled in or eligible for enrollment in Medicare Part D Plan (PDP). Coverage will include Part D excluded drugs

What if I Have an Emergency?

A medical emergency is something that happens suddenly and with very severe and serious symptoms. Without immediate medical attention, an emergency could place your health in serious danger. Minor problems like a cold, rash or small cuts and bruises are not considered an emergency and can usually be treated by scheduling an appointment with your doctor.

In the case of a true emergency, CALL **9-1-1** for help!

If one of the following things happens, call **9-1-1**, or go to the nearest hospital emergency room **immediately**:

- Danger of losing life or limb
- Chest pain
- Poisoning or overdose of medicine or drugs
- Choking or problems breathing
- Heavy bleeding
- Fainting
- Loss of speech
- Unconsciousness
- Car accident
- Suddenly not able to move
- Criminal attack (mugging)

You may go to any hospital or setting for emergency care. Remember to show **ALL** your ID cards to the hospital staff when you arrive. It is important to let your Primary Care Provider (PCP) and Case Manager know **within 48 hours, or as soon as possible**, that you had to go to the emergency room. Emergency care does not require an authorization. **Any follow-up care will be provided by your PCP.**

If you are not sure the symptoms you have are life-threatening, you can:

- Call your PCP
- Call your Case Manager

Remember, the Emergency room is not the best place to get ongoing primary medical care. See your primary care provider routinely to help prevent medical emergencies.

If you receive emergency services, ask the hospital or doctor to send your medical records to your Primary Care Provider. Please call Evercare Select if you receive any emergency services. You must also show your ALTCS ID card if you ever receive emergency services. If you go to an emergency room and/or center, tell them:

- You are on ALTCS
- Your health plan is Evercare Select
- To send your medical records to your Primary Care Provider

If you cannot give this information yourself, have a friend or family member do this for you.

What if I Need Emergency Transportation?

Emergency care and transportation is available 24 hours a day, 7 days a week. If you are in the Evercare Select service area and need emergency care or emergency transportation, activate the Emergency Medical Services (EMS) System by calling **9-1-1** or your local emergency phone number. As soon as you are able, **CALL YOUR PRIMARY CARE PROVIDER AND YOUR CASE MANAGER**. If you cannot call, have a friend or family member call for you. If you live in a nursing care center or an assisted living facility, the care staff will arrange these services for you.

What if I Get Pregnant?

Evercare Select provides you with a complete maternity care program. This program helps with care before, during, and after you have your baby. It's important for new mothers to take care of their health including follow-up visits with their doctors. Female Evercare Select members may select an OB, GYN, or an OBGYN as a Primary or secondary PCP. Contact your Case Manager for this. Please let your Case Manager know when you find out you are pregnant. If you are pregnant when you are first enrolled with Evercare Select and you are in active OB care, you may request to change your plan (where applicable) to continue that OB care if your provider is not contracted with us, or we can make special arrangements for you to stay with that provider.

You may also be able to deliver your baby at home by choosing a Certified Midwife. If you do not have any risks with your pregnancy and would like to have your baby at home, contact your OB or PCP doctor for more information.

What if I Don't Want to Get Pregnant?

Evercare Select provides family planning services to all members; ongoing information is provided to members between the ages of 12 to 55. The services that Evercare Select pays for are: doctor exams, lab tests, birth control, and birth control counseling and voluntary HIV testing including counseling. If you have any questions regarding any of these services, contact your Evercare Select Case Manager.

Evercare Select provides the member the freedom of choice when using providers for Family Planning Services. Please contact your Case Manager to obtain a list of qualified providers in your area.

Is There Special Care for Children?

There is a special health care program for children. It's called the EPSDT (Early Periodic Screening Diagnosis and Treatment) program and it is for all members between the age of 0-20. This program is designed to keep children healthy. EPSDT screenings include a comprehensive history and developmental/behavioral health screening; comprehensive physical exam, vision, hearing, lab testing, dental screening, and immunizations. Your Case Manager will help you arrange these services through your Primary Care Provider. EPSDT members may receive the following services:

- Physical exams
- Shots (immunizations) to prevent illness
- Eye checkups and glasses
- Hearing test and hearing aids
- Dental checkups and treatment (yearly screenings ages 3-20; routine checkups under 3 years)
- Behavioral Health Assessment
- Diet evaluation and counseling
- Developmental and speech evaluations
- Lab tests (as ordered by your doctor) including blood lead screening and TB (tuberculosis) tests
- Diagnosis and treatment for problems found during the checkup

- Health Education
- Personal Care when indicated
- Chiropractic services when ordered by your doctor and needed to treat a medical condition
- Incontinence briefs for persons age 3-20 who have disabilities that cause incontinence. A member is allowed over 240 briefs per month with medical justification from a Physician
- Getting a checkup lets the doctor find and treat problems before they become serious

The recommended schedule for checkups (EPSDT visits) is:

At birth, between 2 and 4 days, 1 month, 2 months, 4 months, 6 months, 9 months, 12 months, 15 months, 18 months, 24 months, 3 years, 4 years, 5 years, 6 years, 8 years and every year from ages 10 through 20.

Remember, you must call your Case Manager if you temporarily leave the area or move to another County or State.

What if I Move Out of the County, State, or Country?

If you plan to move to another county, state, or country, contact your Case Manager **before** you move. If you move to a county that is **NOT** served by Evercare Select, you will need to request a program contractor change (a change of health plans). You must put your request in writing and give it to your Case Manager. Evercare Select will send the request to the program contractor that provides services in that area. The new program contractor has 10 business days to accept or reject the request.

If you move out of the state or country, you will need to sign a voluntary disenrollment form that states you will no longer be on the ALTCS program, including Evercare Select. If you are briefly away from Arizona, or out of the service area, you can only receive emergency services. Prior to leaving your area, you need to report your absence to your Case Manager.

Your Role as a Member – Sharing Costs

Under ALTCS, you may pay for part of the cost of your services. If you have a monthly income, ALTCS will figure how much you will pay towards the services you receive. ALTCS will inform you of your “Member share of cost.” You may ask your ALTCS Eligibility Worker for a record of these amounts

at any time. If you are living in a nursing center, you will pay your “member share of cost” to the center.

If you live in an assisted living facility, you will be required to pay for your Room and Board costs that are calculated by Evercare Select. The Room and Board cost will be paid to your Assisted Living Facility.

If you live in the community some members may have a share of cost, that is payable to Evercare Select.

What Is Fraud and Abuse?

Fraud and Abuse are intentional wrong actions done to another person or people. Fraud and Abuse is illegal and can cause you to lose your ALTCS eligibility. Sometimes penalties can be fines or jail time.

Definitions:

Fraud:

Means an intentional deception or misrepresentation made by a person with the knowledge that the deception could result in some unauthorized benefit to himself or herself or some other person. It includes any action that constitutes fraud under applicable Federal or State law.

Abuse:

Means provider practices that are inconsistent with sound fiscal, business, or medical practices, and result in an unnecessary cost to the Medicaid program, or in reimbursement for services that are not medically necessary or fail to meet professionally recognized standards for health care. It also includes recipient practices that result in unnecessary cost to the Medicaid program.

Abuse of Member:

Means any intentional, knowing or reckless infliction of physical harm, injury caused by negligent acts or omissions, unreasonable confinement, emotional or sexual abuse, or sexual assault.

(www.ahcccs.state.az.us/fraudabuse/definitions)

Examples of Fraud and Abuse:

- If you do not tell your eligibility worker or Case Manager that you received a large sum of money or sold your house (Transfer/Hiding)
- If you make up an address of where you are living

- If you make up the number of people you live with, pretending to have more or less people than you really do
- Citizenship Status – if you as a member are not honest about being a United States Citizen
- Unreported Income – if you do not tell AHCCCS or your Case Manager that you are getting money
- Misrepresentation of Medical Condition – if you are not truthful about your medical health
- Failure to Report Third Party Liability (TPL) – if you have another insurance that may assist with your medical bills and you do not let AHCCCS or your Case Manager know about this

(www.ahcccs.state.us/FraudAbuse/examples)

Sometimes a provider or staff may act in a Fraudulent or Abusive way. Examples of this are:

- Giving you care that you do not need
- Billing for services or care that you did not receive
- Keeping you in a hospital longer than you need to be
- Inflicting mental or physical harm
- Misuse of your personal trust fund
- Failure to carry out your plan of care

If you think Fraud or Abuse is going on with Evercare Select Providers, staff, or other members, call Evercare Select Member Services at **1-800-293-3740**. Evercare Select will not use your name in your report. You will not get in trouble for reporting Fraud or Abuse. We will look into the matter for you.

What Are My Rights as a Member of Evercare Select?

You have the right to:

1. Access to care

- a) Receive medical care and service regardless of your race, color, national origin, sex, age, disability, political beliefs, religion, or past health conditions

- b) Seek a second opinion from a qualified health care professional in or out of network at no cost to you
- c) Obtain services outside the contractor's geographic area
- d) Participate in decisions regarding your health care, including the right to refuse treatment

2. Respect and dignity

- a) Be treated fairly and with respect regardless of race, religion, gender, age or ability to pay
- b) Know that your providers will treat you with a culturally competent approach.

3. Cultural Competency

- a) Cultural competency is defined as a combination of knowledge, clinical skills and behaviors that lead to positive outcomes of your care. This includes any language barriers, lifestyles, values, beliefs and attitudes you may have that differ from the majority of the area in which you live in. If you have any questions regarding cultural competency or concerns about your specific providers, please contact your Case Manager or Member Services at **1-800-293-3740**.

4. Privacy

- a) Know that your medical records and discussion will be kept private and confidential
- b) Be questioned and examined in a place set up to give reasonable privacy
- c) Have any discussion about your medical care done in private
- d) Have your medical records read only by people directly involved in your care, and by other people when you give them permission
- e) Expect all records about your care, including your enrollment in ALTCS to be private

5. Information

- a) Access all current information from your doctor about your diagnosis, medical care and any known possible outcome(s) of the diagnosis

- b) Ask Evercare Select for information regarding whether or not the health plan has Physician Incentive Plans that affect the use of referral services
- c) Know types of compensation arrangements the plan uses and whether stop-loss insurance is required
- d) Receive a summary of member survey results
- e) Receive a current list of Evercare Select providers at no charge. You can also get information on your providers' education, training, and practice. You can get this information by contacting Member Services at **1-800-293-3740** or your Case Manager
- f) Receive information on available treatment options and alternatives, presented in a manner appropriate to your condition and ability to understand
- g) Receive a copy of your medical record at no cost to you and only upon your written request
- h) Inspect your medical record
- i) Receive printed materials in alternative formats. You can get this information by contacting Member Services at **1-800-293-3740** or your Case Manager

6. Communication

- a) Have an interpreter when you do not speak or understand the language of your provider free of charge
- b) Ask for culturally sensitive materials
- c) Know of providers who speak languages other than English. You may request an interpreter by calling **1-800-293-3740**

7. File a complaint or grievance

- a) File a complaint or grievance against Evercare Select or a provider with Evercare Select.

8. Consent

- a) Know details about your health care and to have everything explained in terms easy to understand
- b) Refuse any medical care without your consent, or the consent of a parent, guardian, or the person legally in charge of your medical care

9. Refusal of treatment (medical care)

- a) Refuse medical care to the extent allowed by law
- b) **Right to be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience, or retaliation, as specified in other federal regulations regarding the use of restraints and seclusion**

What Are My Responsibilities as a Member of Evercare Select?

You have the responsibility to:

1. Utilize services

- a) Ask questions if you do not understand your rights or plan of treatment
- b) Keep your scheduled appointments
- c) Cancel appointments in advance when you can't keep them
- d) Always contact your Primary Care Provider (PCP) first for non-emergency medical needs
- e) Be sure you have approval from your PCP before going to a specialist
- f) Understand when you should and should not go to the Emergency room
- g) Know whom to call if you need a ride to the Primary Care Provider or other medically necessary service

2. Give information

- a) Tell your Primary Care Provider and your Case Manager about your current health and changes in your health
- b) Tell Member Services and your Case Manager about changes in your Medicare, Medicare HMO or private insurance coverage, such as the addition or termination of other insurance coverage
- c) Talk to your providers and your Case Manager about your health care needs and ask questions about the different ways your health care problems can be treated

3. Follow instructions

- a) Work as a team with your Primary Care Provider and Case Manager in deciding what health care is best for you

- b) Understand how the things you do can affect your health
- c) Do the best you can to stay healthy
- d) Treat providers and staff with respect

Community Resources

1. www.myazhealthandwellness.com

My Arizona Health and Wellness web portal allows families to access free state-specific, cultural, and linguistically appropriate **health** education and **wellness** information.

2. www.MyAHCCCS.com

MyAHCCCS allows AHCCCS members to view their own active health care and health plan enrollment for the following services:

- AHCCCS
- Part D
- KidsCare
- Behavioral Health
- Medicare
- Other Medical Insurance

AHCCCS members may also view a two-year history of eligibility and enrollment information for the same services. Members can link to their active health plan websites. Members can view their annual anniversary health plan enrollment date and link to the annual enrollment change website. Members can verify if AHCCCS has their correct address.

3. www.az211.com

Welcome to Arizona 2-1-1 Online. Arizona 2-1-1 Online was created to help you easily find resources from child care, jobs, health care, and insurance – to State and local emergency bulletins and alerts that are vital in times of disaster or emergency. Arizona 2-1-1 Online was developed in partnership with government, tribal, non-profit and community groups to help you find the resources and information you need.

4. <http://www.aaaphx.org/>

Arizona Area Agency on Aging:

Area Agency on Aging

1366 E. Thomas Rd.
Suite 108
Phoenix, AZ 85014

Phone: **(602) 264-2255**

Fax: **(602) 230-9132**

Toll Free: **1-888-783-7500**

5. Tobacco Cessation information:

Would you like to develop a plan to quit smoking?

Contact: ASHLine Quit NOW **1-800-556-6222**

Prescription to Quit, ASHLine will call you within 3 days to help you develop a plan to quit smoking. You do not have to wait – if you're ready to QUIT NOW, call **1-800-556-6222**

www.ashline.org

6. Diabetes care:

American Diabetes Association:

<http://www.diabetes.org/home.jsp>

You can also call the American Diabetes Association at **1-800-DIABETES (1-800-342-2383)**. Our hours of operation are Monday-Friday, 8:30 a.m. - 8 p.m., Eastern Standard Time.

Or write to us:

American Diabetes Association

ATTN: National Call Center

1701 North Beauregard Street

Alexandria, VA 22311

7. Arizona Mental Health Association:

<http://www.mhaarizona.org/>

Contact Mental Health America of Arizona weekdays by calling **(480) 994-4407, 1-800-MHA-9277** (outside Maricopa County), or Fax: **(480) 994-4744**.

MHAAZ's Mailing Address is:

Mental Health America of Arizona

6411 E. Thomas Road

Scottsdale, AZ 85251

8. Arizona Alzheimer's Association:

<http://www.alzdsww.org/> or by phone: **1-800-272-3900** for the Alzheimer's Association 24-hour helpline

9. Arizona Governors Council on Spinal and Head Injuries:

<http://www.azheadspine.org/index.asp> or by phone: **(602) 863-0484**

What if I Have Questions or Problems?

Your Case Manager or a Member Services Representative will assist you and attempt to answer your questions about our services or solve any problems. The items below will answer some of the most frequent questions.

Q: What if I receive a bill or my doctor wants me to pay a copay?

A: As an ALTCS member, you are responsible for informing your provider that you are an ALTCS member and show them your ID card. As long as you receive a service that is covered under the ALTCS plan, you are not responsible for any bills or copayments. The provider is not allowed to bill you for any service. If you do receive a bill, please contact Member Services at **1-800-293-3740**.

To be paid back for prescriptions, please contact your Case Manager.

Q: What if I have a problem or a complaint about Evercare Select?

A: You may ask your Case Manager or a Member Services representative for help. If your Case Manager or the Member Services Representative was able to help you, your complaint will be considered resolved and you will not receive any further notifications.

Q: What do I need to do if I am not happy with the response given to me by the Case Manager or Member Services Representative?

A: You may file a grievance.

If you do not agree with the answer you receive, you may speak with a manager. Call our Arizona office during normal business hours, 8 a.m. to 5 p.m. Monday through Friday, at **1-800-377-2055** and request to speak to a Case management Manager or at **1-800-377-2055** and request to speak to the local Evercare Select Member Service Manager.

You may also call our Customer Service Center anytime at **1-800-293-3740** and speak to a Customer Service Representative and they will forward your grievance to our Grievance Manager.

You may also submit your grievance in writing to the address below.

Evercare Select Grievance and Appeal Manager

3141 N. 3rd Ave., Suite 100
AZ060-N120
Phoenix, AZ 85013

Once the Grievance Manager receives your complaint, management and different people in the grievance area will review it. Most grievances are resolved within 10 days but not more than 90 days.

What if Evercare Select Denies a Requested Service?

If Evercare Select makes a decision to reduce, suspend, or terminate a service, you will receive a written “Notice of Action”:

1. At least ten (10) days before the action takes place, and
2. At least five days before the date of action in the case of suspected fraud

If you do not agree with the adequacy of the Notice of Action letter, please contact Evercare Select. If Evercare Select does not resolve your concern, you may contact AHCCCS.

If Evercare Select **denies a service**, you will receive a written “**Notice of Action.**” The Notice of Action must explain:

1. The action Evercare Select has taken or intends to take
2. The reasons for the action
3. The member’s right to file an appeal with Evercare Select
4. The procedures for exercising these rights
5. Circumstances when expedited resolution is available and how to request it, and
6. The enrollee’s right to receive continued benefits pending resolution of the appeal, how to request continued benefits and the circumstance under which the member may be required to pay for the cost of these services.

A grievance is a complaint about anything you are not happy with involving Evercare Select.

Your complaint will be reviewed and answered by people in the Evercare Select grievance area.

If you do not agree with this action, you may file an **appeal** to request a review of the decision. A member may file an appeal of:

- The denial or limited authorization of a requested service
- The reduction, suspension or termination of a previously authorized service
- The denial in whole or in part of payment for service
- The failure to provide services in a timely manner
- The failure of the contractor to comply with the timeframes for dispositions of appeals
- The denial of a rural enrollee's request to obtain services outside the Program Contractor's network when the Program Contractor is the only Program Contractor in the rural area

A Standard Appeal:

is a request to Evercare Select to review a decision that was made about your health care that you do not agree with.

- Appeals must be received by Evercare Select no later than **60** days from the date of the Notice of Action.
- ECS will acknowledge receipt of standard appeals in writing within five business days or receipt and within one business day of receipt of expedited appeals.
- You may request your appeal verbally or in writing; oral inquiries appealing an action are treated as appeals.
- Evercare Select will review all the information they have regarding your appeal.
- You have the right to present information to Evercare Select in person or in writing before a decision is made on your appeal.
- You may also review your case file, including medical records relating to your appeal, before and during the appeals process.
- Evercare Select will ensure that the individuals who make decisions regarding appeals are individuals not involved in any authorization of your requested service at the beginning.

- If the appeal was in regard to a clinical service, Evercare Select would make sure that clinical issues are made by health care professionals with the appropriate clinical expertise in treating the enrollee's condition or disease.
- Once all the information about your appeal is reviewed, Evercare Select will send you a decision in writing within **30** days after your appeal has been received.

Notice of Extension Letters:

- There may be times when it is in your best interest to ask for an extension to gather all of your information together for your appeal.
- Evercare Select may also request an extension in your best interest to review all of the information.
- An extension may be granted for up to 14 calendar days. If Evercare Select asks for an extension, you will be notified in writing.

Expedited Appeal:

If you believe your circumstances cannot wait for the standard appeals process to take place, you may request an "expedited appeal." In order to file the Expedited Appeal, you must meet this criterion:

- An expedited appeal is a request to Evercare Select to review a decision that was made about your health care that you do not agree with and that you believe the standard appeal process **would seriously jeopardize your life, health or ability to regain maximum function.**

For further explanation of an Expedited Appeal, you may contact Member Services at **1-800-293-3740**.

You may file your Expedited Appeal either verbally or in writing. If Evercare Select determines that your request for an Expedited Appeal does not meet the above criteria, your request will be changed to a standard appeal review and we will inform you in writing of this change. This means that your request for an expedited appeal will be handled like a Standard Appeal.

- You have the right to present information to Evercare Select in person or in writing before a decision is made.

- You may also review your case file, including medical records relating to your appeal, before and during the appeals process. To do so, contact Evercare Select at **1-800-293-3740**.
- If your request for an Expedited Appeal is approved, you will receive a decision regarding the outcome of your appeal within three (3) business days.
- If a decision is not reached by the end of the applicable time frame, the request will be denied.
- After Evercare Select has completed its review of your Standard or Expedited Appeal, you will receive a written decision. The letter will explain how Evercare Select reached its decision, including the laws, rules and policies, as well as the date the decision was made.

Appeals Process:

- You may have someone else assist you in the appeal process or file the appeal for you, such as your provider or doctor. In order for someone else to file the appeal for you, you must give your written consent.
- **Evercare Select will not retaliate against the member or provider for filing an appeal.**
- During the appeals process, you *may* be able to continue to receive your benefits depending on certain circumstances. The circumstances are:
 - You request an extension of your benefits,
 - Your appeal involves a termination or reduction of a previously authorized course of treatment,
 - The services were ordered by an authorized provider,
 - You file the appeal with Evercare Select prior to the intended date of the termination/reduction or within ten (10) days of the mailing of Evercare Select Notice of Action, whichever is later.
- A provider may represent you in the appeal hearing if you, the member, give the provider permission to do so.

If all of the above circumstances are met and you choose to continue your benefits, it is important for you to be aware that you will be responsible for payment of the costs for any continued benefits received during the Appeal and State Fair Hearing process if the decision is not in your favor.

Notice of Appeal Resolution:

The member will receive a written appeal resolution letter that will contain:

1. the results of the resolution process, and
2. for appeals not resolved wholly in favor of you, the member, then you will receive a) the right to request a State fair hearing and how to do so, and b) the right to receive continued benefits pending the hearing and how to request continued benefits, and c) information explaining that you may be held liable for the cost of benefits provided if the hearing decision upholds Evercare Select.

State Fair Hearing:

- If you are not satisfied with the decision of your appeal, you may request a State Fair Hearing.
- A provider may represent you in an appeal hearing if you give permission for the provider to do so.
- You must notify Evercare Select in writing no later than **30 days** from the date of the appeal decision if you would like to request a hearing.
- Evercare Select will notify ALTCS to arrange your hearing. An Administrative Law Judge who reviews the evidence presented conducts the hearing.
- You may represent yourself at the hearing or use legal counsel, a relative, a friend, or other representative to act on your behalf if you have given your written consent.
- Before and during the hearing, you have the right to review your case file and the documents that will be used at the hearing. You may also bring your own witnesses and present any information you have regarding your case at the hearing.
- The Administrative Law Judge will issue a Recommended Decision to ALTCS who will review the decision. You will receive a written decision from ALTCS within 90 days from the date that you filed your appeal with Evercare Select, not counting the number of days you took to file the request for a State Fair Hearing.

The process for filing a hearing will be stated on the decision letter or you may contact Member Services or your Case Manager for further explanation.

Questions and Answers Regarding Appeals

Q: What should I do if I need help in filing an appeal or need an interpreter?

A: If you need an interpreter or help in filing your appeal, contact Member Services at **1-800-377-2055** or **1-800-293-3740**.

Q: How do I file an appeal?

A: You may file an appeal over the phone or in writing. All letters of appeal need to be sent to the address below:

Evercare Select Appeal Manager

3141 N. 3rd Ave., Suite 100

Mail Route: AZ060-N120

Phoenix, AZ 85013

Advance Directive

All adults in hospitals, nursing centers, and other health care settings have certain rights. For instance, you have the right to have your personal and medical records kept private. You also have the right to know what treatment you will receive.

As of December 1, 1991, per federal law, you have the right to fill out a paper known as an “*Advance Directive*.” The paper says, in advance, what kind of treatment you want, or do not want. This paper is very useful when you are unable to tell medical staff of your wishes. The questions and answers below will help explain this law. It requires hospitals, nursing centers, and other health care providers to inform you of an Advance Directive. It will explain your legal choices in making decisions about medical care. The law is intended to increase your control over medical treatment decisions.

Q: Who has the right to make health care decisions?

A: You do, if you are able to make and let providers know of your health care decisions. You decide what health care, if any, you will not accept.

Q: What if I become unable to make or let providers know of my health care decisions?

A: You can still have some control over these decisions if you have signed an Advance Directive. Your health care provider must include in your medical record whether you have signed an Advance Directive. If you have not named someone in your Advance Directive, your Primary Care Provider (PCP) must seek a person authorized by law to make these decisions.

Q: What is an Advance Directive?

A: It is a written statement about how you want your health decisions made. Under Arizona law, there are three common types of Advance Care Directives. These are:

1) A Health Care Power of Attorney – a written statement in which you name an adult to make health care decisions for you only when you cannot make or let others know of such decisions.

The Health Care Power of Attorney must:

- State the name of the person you have permitted to make health care decisions for you.
- State that this person can only make health care decisions for you when you cannot, if that is what you want.
- Be dated and signed by you.

Your Health Care Power of Attorney may also:

- Include any details or guidance about health care you want or do not want. This could include withholding or withdrawing procedures if you are in a “terminal condition.” A “terminal condition” is when a patient cannot be cured and will die without life-sustaining procedures (this must be stated in writing by two doctors). A patient is also in a “terminal condition” if that patient is in a permanent vegetative state or an irreversible coma.
- Name a second person to make these decisions if the first person is not able to do so.
- Include signatures of witnesses and a notary public who saw you sign the power of attorney.

2) A Living Will – a written statement about health care you want or do not want that is to be followed if you cannot make these decisions. For example, a Living Will can say whether you would want to be fed through a tube if you were unconscious and unlikely to recover. A Living Will may direct doctors to withhold/withdraw or continue life-sustaining procedures if you are in a “terminal condition.” For instance, a Living Will can tell whether you want to be fed through tubes if you cannot eat or drink. You can also

tell doctors whether to use other life-sustaining procedures. Your doctors will use your Living Will only if you are not able to make or state your health care decisions. Even if you have a Living Will, you can be kept comfortable with drugs and other procedures if this is what you want.

To make a valid Living Will:

- Sign and date your Living Will in front of two witnesses who must also sign it.
- Neither witness may be directly involved in your care.

In addition, one of the witnesses must not:

- Be related to you by blood or marriage.
- Have a right to receive any of your estate.
- Have a claim against the estate.
- Directly pay for your medical care.

3) A Pre-Hospital Medical Care Directive – a directive refusing certain lifesaving emergency care given outside a hospital or in a hospital emergency room. A Pre-Hospital Medical Directive must be completed as required by law. The form will list the following treatments you may refuse:

- Chest Compression (chest pressure to restart your heart)
- Defibrillation (electronically correcting the heart beat)
- Assisted ventilation (breathing by machine)
- Intubation (supplying air through a tube down the throat)
- Advanced life support medications

You should talk to your Primary Care Provider (PCP) about the Pre-Hospital Directive if you are thinking about signing one.

Also, a Pre-Hospital Directive must:

- Be signed or marked by you and dated.
- Be signed by a licensed health care provider and a witness.

If you have signed an orange Pre-Hospital Medical Directive, you may also wear a special orange bracelet. It must state your name, your PCP's name, and the words "Do Not Resuscitate." The bracelet will call to the attention of emergency medical personnel that you have completed the form and that you do not want the emergency medical care you have checked on the form. These directives, used separately or together, can help you say "yes" to treatment you want and "no" to treatment you don't want.

Q: Must my Advance Directive be followed?

A: Yes. Both health care providers and the person you name in your directive must follow a valid Advance Directive.

Q: Must a lawyer prepare my Advance Directive?

A: No. There are local and national groups that may provide you with facts on an Advance Directive, including forms. Be sure any Advance Directive you use is valid under Arizona law.

Q: Who should have a copy of my Advance Directive?

A: Give a copy of your Advance Directive to your PCP and to any health care center upon your admission. If you have a Health Care Power of Attorney, give a copy to the person you have named on it. You should also keep extra copies for yourself.

Q: Can I be required to make an Advance Directive?

A: No. Whether you make an Advance Directive is entirely up to you. A health care provider cannot refuse care based on whether or not you have an Advance Directive.

Q: Can I change or cancel my Advance Directive?

A: Yes. If you change or cancel your Advance Directive, let your Case Manager and your Primary Care Provider know.

Q: What if I already have an Advance Directive?

A: You may want to review it or have it reviewed. If it has been prepared in another state, make sure it is valid under Arizona law. If you prepared it before September 1992, you should know the law has changed, and new choices are available to you.

Q: Does Arizona law limit what can be done under an Advance Directive?

A: The Arizona law does not allow actions or inactions that may lead to the injury or death of physically or mentally impaired adults. It is unclear at this time whether this law will be

applied to the health care decision-making process. It is important to have a properly prepared Advance Directive that states your wishes as to the treatment(s) you do/do not want.

Q: Who can legally make health care decisions for me if I cannot make those decisions and I have no Advance Directive?

A: A court may appoint a guardian to make health care decisions for you. Otherwise, your health care provider must go down the following list to find someone else to make health care decisions for you:

- Your husband or wife, unless you are legally separated
- Your adult child. If you have more than one adult child, a majority of them
- Your mother or father
- Your domestic partner, unless someone else has financial responsibility for you
- Your brother or sister
- A close friend of yours (someone who shows special concern for you and knows your health care views)

If your health care provider cannot find a person able to make health care decisions for you, then your Primary Care Provider (PCP) can decide. Your PCP can do this with the advice of an ethics committee, or with the approval of another PCP. You can keep anyone from making decisions for you by saying so in writing. The person you name in your Advance Directive will not have the right to refuse the use of tubes to give you food or fluids unless:

- You have appointed that person to make health care decisions for you in a Health Care Power of Attorney.
- A court has appointed that person as your guardian to make health care decisions for you.
- You have stated in an Advance Directive that you do not want this specific treatment.

For information about Advance Directives and how to get forms, contact:

Dorothy Garske Center
(480) 966-2674

Arizona Long Term Care Offices

If you have questions about your member share of cost or eligibility, please call the ALTCS office in your area.

ALTCS Office Locations

Casa Grande

500 North Florence Street
Casa Grande, AZ 85222
Telephone: **(520) 421-1500**
Fax: **(877) 666-0874**

Chinle

P.O. Box 1942
Chinle, AZ 86503
Telephone: **(928) 674-5439**
Fax: **(877) 660-1450**

Cottonwood

One North Main Street
Cottonwood, AZ 86326
Telephone: **(928) 634-8101**
Fax: **(877) 666-5208**

Flagstaff

3480 E. Route 66
Flagstaff, AZ 86004
Telephone: **(928) 527-4104**
Fax: **(877) 663-5213**

Glendale

2830 West Glendale Avenue
Suite 19, Suite 34 & Suite 8
Phoenix, AZ 85051
Telephone: **(602) 417-6000**
Fax: **(602) 253-4871**

Globe/Miami

Cobre Valle Plaza
2250 Highway 60, Suite H
Miami, AZ 85539-9700
Telephone: **(928) 425-3165**
Fax: **(877) 666-5219**

Kingman

519 East Beale Street
Suite 150
Kingman, AZ 86401
Telephone: **(928) 753-2828**
Fax: **(877) 667-5239**

Lake Havasu City

285 S. Lake Havasu Ave.
Lake Havasu City, AZ 86403
Telephone: **(928) 453-5100**
Fax: **(877) 664-5264**

Mesa

460 North Mesa Drive
Suite 101
Mesa, AZ 85201
Telephone: **(602) 417-6400**
Fax: **(602) 253-4484**

Phoenix South

801 E. Jefferson Street
Phoenix, AZ 85034
Telephone: **(602) 417-6600**
Fax: **(602) 253-6385**

Prescott

1570 Willow Creek Road
Prescott, AZ 86301
Telephone: **(928) 778-3968**
Fax: **(877) 666-5269**

Show Low

580 E. Old Linden Road
Suite 3
Show Low, AZ 85901
Telephone: **(928) 537-1515**
Fax: **(877) 666-5286**

Sierra Vista

484 East Wilcox Drive
Sierra Vista, AZ 85635
Telephone: **(520) 459-7050**
Fax: **(877) 660-5342**

Tucson

1010 North Finance Drive
Suite 201
Tucson, AZ 85710
Telephone: **(520) 205-8600**
Fax: **(877) 666-5353**

Yuma

3850 W. 16th Street
Suite B
Yuma, AZ 85364
Telephone: **(928) 782-0776**
Fax: **(877) 666-5382**

If your location is not listed, you may visit the AHCCCS website at www.ahcccs.state.az.us for more information.



Manual para miembros

Evercare Select

3141 North 3rd Avenue

Suite 100

Mail Route: AZ060-N120

Phoenix, AZ 85013

Servicio al Cliente 1-800-377-2055 or 1-800-293-3740

TTY: 711

www.planesdesaludevercare.com

Fecha de revisión: octubre de 2008

Índice

Información importante	2
¡Bienvenido a Evercare Select!	3
El sitio web de Evercare Select	3
Declaración de la misión de Evercare Select	4
¿Cómo obtengo mi tarjeta de ALTCS?	4
¿Qué es un Coordinador personal de salud Evercare?	5
¿Qué son los Servicios para Miembros?	6
¿Qué es un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)?	6
¿Cómo elijo un médico de atención primaria?	7
¿Cómo cambio de proveedor de atención primaria?	7
¿Cómo acuerdo una cita?	8
¿Qué sucede si necesito transporte?	9
¿Qué es un especialista?	10
¿Puedo cambiar de contratista de programas (plan)?	10
¿Qué es un programa de transición?	11
¿Cómo afecta mi cobertura de ALTCS si tengo tanto los beneficios de Medicare como los de ALTCS?	11
¿Cómo puedo participar en mi atención de salud?	13
¿Qué servicios cubre Evercare Select?	14
Servicios de salud del comportamiento	16
Establecimiento institucional de servicios de cuidados a largo plazo cubiertos	17
Establecimientos residenciales alternativos de HCBS cubiertos ..	18
Servicios domiciliarios y comunitarios cubiertos (HCBS)	18
¿Qué servicios no están cubiertos por Evercare Select?	19
¿Qué sucede si tengo una emergencia?	20
¿Qué sucede si necesito transporte de emergencia?	21
¿Qué sucede si quedo embarazada?	21
¿Qué sucede si no quiero quedar embarazada?	22
¿Existe atención especial para niños?	22
¿Qué sucede si me mudo fuera del condado, estado o país? ..	23
Su papel como miembro: costos compartidos	24
¿Qué es fraude y abuso?	24
¿Cuáles son mis derechos como miembro de Evercare Select? ..	26
¿Cuáles son mis responsabilidades como miembro de Evercare Select?	29
Recursos comunitarios	30
¿Qué sucede si tengo problemas o preguntas?	32
¿Qué sucede si Evercare niega un servicio?	33
Preguntas y respuestas con respecto a las apelaciones	38
Directiva Anticipada	38
Oficinas de cuidados a largo plazo de Arizona	44

Información importante

En caso de emergencia llame al 9-1-1

Mi núm. de identificación del ALTCS es:

El nombre de mi Coordinador personal de salud Evercare es:

El número de teléfono de mi Coordinador personal de salud Evercare es:

Llamadas fuera del horario de atención de Evercare Select: 1-800-293-3740

El nombre de mi médico es:

El número de teléfono de mi médico es:

Mi número para el transporte que no sea de emergencia es:

¡Bienvenido a Evercare Select!

Evercare® Select es un contratista de programas en cinco (5) condados de Arizona para el Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Arizona (*Arizona Long Term Care System, ALTCS*). ALTCS se creó mediante AHCCCS para brindar cuidados de calidad a largo plazo a todas las personas de Arizona que no pueden pagar los servicios. Evercare Select presta servicios a los condados de Apache, Coconino, Maricopa, Mohave y Navajo. El miembro, el médico de atención primaria y el Coordinador personal de salud Evercare trabajan en forma conjunta como un equipo para diseñar e implementar un plan de atención adecuado. El Coordinador personal de salud Evercare asignado realiza una visita de evaluación inicial con el miembro y establece un programa para futuras visitas y evaluaciones, dependiendo de la afección y las necesidades del miembro.

El sitio web de Evercare Select

Visite www.Evercareselect.com

Desde este sitio puede acceder a:

- Información acerca de Evercare Select
- Artículos específicos para miembros, este manual se encuentra en línea, boletines informativos para miembros
- Información sobre proveedores
- Cómo comunicarse con Evercare
- Enlaces a otros planes de salud de Evercare
- Enlaces al sitio web del Sistema de Reducción de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS)
- Y mucho más

También puede obtener una lista de proveedores y la lista actual de los medicamentos cubiertos.

Puede imprimir una copia gratuita de la lista de medicamentos o proveedores desde su computadora o puede solicitarle a Evercare Select que le imprima una copia gratuita llamando al Centro de Servicios para Miembros al **1-800-293-3740**.

Visite nuestro sitio web cada vez que lo desee.

Declaración de la misión de Evercare Select

“Optimizar la salud y el bienestar de las personas de edad avanzada, vulnerables y enfermas crónicas.”

Conserve este manual en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Aquí encontrará las respuestas a la mayoría de las preguntas. Buscar la respuesta ahora puede ahorrarle mucho tiempo después.

Si necesita este manual u otro material de Evercare Select en un idioma o formato que no sea inglés o español, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente al **1-800-293-3740**.

¿Cómo obtengo mi tarjeta de identificación de ALTCS?

ALTCS, no Evercare Select, le enviará su tarjeta de identificación. Si no recibió su tarjeta dentro de las primeras semanas de inscripción, comuníquese directamente con ALTCS al **1-800-962-6690** o **(602) 417-7000** en el condado de Maricopa. Es importante que recuerde lo siguiente acerca de su tarjeta de identificación:

- Cuando reciba su tarjeta de identificación, compruebe que su nombre esté bien escrito y que toda la información que aparece en la tarjeta sea correcta. Si su tarjeta tiene un error, llame directamente a ALTCS al **1-800-962-6690**.
- Proteja siempre su tarjeta de identificación. Si su tarjeta se extravía o se la roban, llame directamente a ALTCS al **1-800-962-6690** o **(602) 417-7000** en el condado de Maricopa.
- Su tarjeta de identificación se parece a una tarjeta de crédito. Si usted pierde su elegibilidad (es decir, si deja de reunir los requisitos necesarios), se desactivará su tarjeta. Si usted recupera su elegibilidad (es decir, si vuelve a reunir los requisitos necesarios) y permanece en el mismo plan, se reactivará la tarjeta. Si cambia de contratista de programas, recibirá una nueva tarjeta de identificación.
- Debe proteger su tarjeta de identificación. Si la presta, la vende o se la entrega a otras personas, usted podría perder su elegibilidad y/o tener problemas con la ley.

NO DESECHE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE REDUCCIÓN DE COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE ARIZONA!

¿Qué es un Coordinador personal de salud Evercare y qué es la administración de casos?

Un Coordinador personal de salud Evercare es una persona que le ayudará a organizar su atención. Un Coordinador personal de salud Evercare no le proporcionará atención directa. Un Coordinador personal de salud Evercare organiza los servicios y puede enviarle a otros servicios útiles.

La administración de casos es el proceso de trabajar con usted y sus representantes elegidos para determinar los servicios que necesita a fin de mantenerse seguro y bien atendido en el lugar que más se parezca a su casa y que sea adecuado para su nivel de necesidades de atención. Generalmente, el costo de la ubicación en ese lugar y/o los servicios no debe ser más alto que el costo de vivir en una residencia de ancianos especializada.

El objetivo de la administración de casos de Evercare es garantizar que usted viva en el mejor lugar. La administración de casos incluye establecer un plan para su cuidado personal y sus necesidades médicas. Su Coordinador personal de salud Evercare también ayudará con cualquier necesidad de salud mental que usted pueda tener. También ayudará con las necesidades de servicios sociales clínicamente relacionadas para ayudarle a continuar viviendo en el mejor lugar para usted.

Le asignaremos un Coordinador personal de salud Evercare cuando se inscriba en Evercare Select. Le enviaremos una carta por correo que tendrá el nombre, la dirección y el número de teléfono de su Coordinador personal de salud Evercare. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a su atención, comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare. Su Coordinador personal de salud Evercare le visitará en persona para ayudarle con sus necesidades de atención médica.

Su Coordinador personal de salud Evercare puede

- Ayudarle a elegir un médico
- Ayudarle a coordinar la atención con su médico
- Ayudarle a planificar y arreglar todos los servicios médicos
- Ayudarle a resolver los problemas que pueda tener con su atención médica
- Ayudarle a buscar maneras para que viva en su hogar

- Explicarle las opciones de ubicación y servicios disponibles para usted
- Consulte la “Información importante” en la página 2 para obtener el nombre y número de teléfono de su Coordinador personal de salud Evercare.

¿Qué son los Servicios para Miembros?

Evercare Select posee un Departamento de Servicios para Miembros a fin de ayudarle con las preguntas que pueda tener sobre Evercare Select. Un representante de Servicios para Miembros puede responder a las preguntas y proporcionarle información acerca de lo siguiente:

- Membresía
- Servicios cubiertos
- Cambio de médico
- Reclamos
- Cambio de Coordinador personal de salud Evercare
- Cualquier otra pregunta que usted tenga

Servicios para Miembros también puede brindarle material que le proporcionará información sobre una diversidad de temas, tales como los siguientes:

- Vivir con una enfermedad crónica
- Prevenir caídas en su casa
- Comer alimentos saludables
- Cómo obtener atención de salud del comportamiento

Siempre que tenga una pregunta o inquietud, encontrará un representante de Servicios para Miembros local de Evercare Select dispuesto a ayudarle. Puede comunicarse con ellos al 1-800-293-3740, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

¿Qué es un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)?

Su PCP es su médico o personal de enfermería y tienen la tarea de cuidar de usted. Su PCP cuidará de usted y lo derivará a un especialista cuando sea necesario. Él o ella será su PCP personal.

***P. D. ...
Siempre que vea
este recuadro,
asegúrese de
DETENERSE y
LEER la nota.***

Su PCP trabajará con usted para administrar su tratamiento y atención médica. Debe hablar con su PCP acerca de todas sus necesidades de atención médica.

Las mujeres miembros tiene acceso a ginecólogos de Evercare Select sin la autorización o remisión del proveedor de atención primaria.

¿Cómo elijo mi proveedor de atención primaria?

Cuando se inscribe en Evercare Select, debe seleccionar un PCP. Le hemos enviado una lista de todos nuestros proveedores con este manual. Es importante elegir un PCP. Si usted se encuentra en una residencia de ancianos, su PCP le visitará allí. Si su PCP actual es un PCP de Evercare Select, no tendrá que seleccionar uno nuevo. Sin embargo, si su PCP actual NO trabaja con Evercare Select, su Coordinador personal de salud Evercare le ayudará a elegir un nuevo PCP. Consulte la lista adjunta de Proveedores de Atención Primaria de Evercare Select. Si no elige un PCP, se le asignará uno. Evercare Select le enviará una carta con el nombre, la dirección y el teléfono de su PCP.

¿Cómo cambio de proveedor de atención primaria?

Usted puede cambiar de PCP.

Sin embargo, es muy importante que intente permanecer con el mismo PCP, ya que este tiene su historia clínica y conoce los medicamentos que toma. Su PCP es la mejor persona para asegurarse de que usted está recibiendo una buena atención médica. Sin embargo, es posible que en algún momento usted desee cambiar de PCP. Puede llamar o escribirle a su Coordinador personal de salud Evercare para avisarle que desea cambiar de PCP. Su Coordinador personal de salud Evercare le enviará una lista de los proveedores de la red de Evercare Select, de manera que pueda escoger un nuevo PCP. O puede visitar **www.Evercareselect.com** y buscar un proveedor. Su cambio de PCP entrará en vigor el primer día del siguiente mes, después de que recibamos su solicitud por escrito. Una vez que haya elegido su nuevo PCP de Evercare Select, deberá llamar o escribir al Coordinador personal de salud Evercare de Evercare Select y comunicarle qué PCP seleccionó.

Algunos motivos por los que puede cambiar de PCP son:

- Se mudó y necesita un PCP más cercano a su domicilio.
- No está satisfecho con su PCP.

Existen algunos motivos por los que es posible que no pueda cambiarse PCP, los cuales incluyen los siguientes:

- Ha solicitado un PCP que no está registrado con AHCCCS.
- Solicitó un PCP que no recibe nuevos pacientes ya que atiende a muchos pacientes actualmente.

Es posible que su PCP le pida que se cambie a otro PCP debido a que:

- usted no se lleva bien con su PCP;
- usted no sigue las recomendaciones de su PCP;
- llega tarde o no se presenta a las citas

Si usted pierde temporalmente su elegibilidad para AHCCCS y nuevamente vuelve a ser elegible en un plazo de 90 días, se le reinscribirá automáticamente en Evercare Select y tendrá el mismo PCP que tenía anteriormente, a menos que el PCP ya no forme parte del plan.

Si necesita ayuda para pedir una cita, llame a su Coordinador personal de salud Evercare.

Si se encuentra en un centro de enfermería o un centro de residencia asistida y necesita ayuda, solicítele al personal que le ayude.

¿Cómo acuerdo una cita?

Su PCP y Coordinador personal de salud Evercare le brindarán o coordinarán la atención médica que necesita. Puede comunicarse con su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si su PCP no está disponible, el médico suplente de su PCP le devolverá la llamada. Si su necesidad es urgente, también puede llamar a Evercare Select al **1-800-293-3740**. Trate de coordinar las visitas al PCP con la mayor anticipación posible. Su PCP atiende a muchos pacientes por día. Cuando pida una cita, la visita a su PCP se producirá dentro de la cantidad de días que se muestra a continuación.

Citas con el PCP:

- Las citas de **EMERGENCIA** serán el **MISMO DÍA** o en un plazo de **24 HORAS**.
- Las citas de **URGENCIA** serán en un plazo de **2 DÍAS**.
- Las citas de **RUTINA** serán en un plazo de **21 DÍAS**.

Para derivaciones a especialistas

- Las citas de **EMERGENCIA** están disponibles en un plazo de **24 HORAS** a partir de la derivación.
- Las citas de **URGENCIA** están disponibles en un plazo de **3 DÍAS** a partir de la derivación.

- Las citas de **RUTINA** están disponibles en un plazo de **45 DÍAS** a partir de la derivación.

Derivaciones al dentista:

- Visitas de **EMERGENCIA** en un plazo de **24 HORAS** a partir de la derivación.
- Visitas de **URGENCIA** en un plazo de **3 DÍAS** a partir de la derivación.
- Visitas de **RUTINA** en un plazo de **45 DÍAS** a partir de la derivación.

Servicios de salud del comportamiento:

- Visitas de **EMERGENCIA** en un plazo de **24 HORAS** a partir de la derivación.
- Visitas de **RUTINA** en un plazo de **30 DÍAS** a partir de la derivación.

Atención de maternidad:

- **Primer trimestre:** en un plazo de **14 DÍAS** a partir de la solicitud.
- **Segundo trimestre:** en un plazo de **7 DÍAS** a partir de la solicitud.
- **Tercer trimestre:** en un plazo de **3 DÍAS** a partir de la solicitud.
- **Embarazos de alto riesgo:** en un plazo de **3 DÍAS** a partir de la identificación o inmediatamente si existiera una emergencia.

Cancelación de citas:

Si sabe que no podrá asistir, llame siempre lo antes posible para cancelar su visita. Si falta sin aviso a más de una visita, es posible que su médico no le atienda nuevamente.

¿Qué sucede si necesito transporte?

Es posible que necesite ir al consultorio de su médico, pero no tenga transporte. Puede llamar a su Coordinador personal de salud Evercare, quien le ayudará a planificar un transporte para usted. Su transporte lo dejará en el lugar de su cita con una antelación de no más de una hora. No debería tener que esperar más de una hora para ver a su médico una vez que haya llegado

Si ha esperado más de una hora para ver a su médico u obtener un transporte a su domicilio, llame a su Coordinador personal de salud Evercare o a los Servicios para Miembros al 1-800-293-3740.

al consultorio. No debería tener que esperar más de una hora luego de su llamada para obtener un transporte en su domicilio.

Cancelación de Transporte:

Siempre llame tan pronto como sea posible para cancelar su transportación, cuando sus necesidades o sus citas han cambiado.

¿Qué es un especialista?

Un especialista es un proveedor de atención médica que se ocupa de un área del cuerpo.

Es posible que su PCP quiera que consulte con un especialista. Su PCP puede programar la cita con cualquier especialista contratado por Evercare.

Si su PCP quiere que consulte con un especialista que no tiene un contrato con Evercare:

- El especialista debe ser registrado con AHCCCS.
- Su PCP necesita la aprobación de Evercare Select antes de programar la cita.
- Esto se llama notificación u autorización previa.

Evercare Select responderá a la solicitud de su PCP en un plazo de tres (3) días hábiles si es una solicitud urgente. Si no es una solicitud urgente, se responderá en un plazo de catorce (14) días calendario. A veces necesitamos más tiempo para obtener las notas que necesitamos para tomar una decisión. Evercare Select puede tomarse hasta 14 días más para obtener las notas que solicitamos. Esto se denomina extensión.

Si Evercare Select niega alguna solicitud, usted recibirá una carta. Si Evercare Select necesita una extensión, usted recibirá una carta. Esta carta le informará el motivo del rechazo y sus derechos de apelación.

Si tiene alguna duda, pregúntele a su Coordinador personal de salud Evercare o comuníquese con los Servicios para Miembros al **1-800-293-3740**.

¿Puedo cambiar de contratista de programas (plan)?

Usted puede cambiar de contratista de programas (plan) en las siguientes circunstancias:

- Cuando existe una razón médica de continuidad de atención
- Si recibe información incorrecta

- Durante la inscripción abierta anual (en el condado de Maricopa)
- Si no le proporcionaron una opción de inscripción durante la inscripción abierta anual (en el condado de Maricopa)
- Si usted y un familiar están inscritos en diferentes contratistas de programas
- Si Evercare Select termina un contrato con el establecimiento institucional o residencial en el que vive

Si su solicitud es para la continuidad de la atención, los Directores Médicos de ambos contratistas de programas deben estar de acuerdo en que el cambio sea necesario. En caso contrario, su solicitud será rechazada.

¿Qué es un programa de transición?

Este programa es para miembros que ya no requieren los cuidados de una residencia de ancianos, pero posiblemente requieran otros servicios de cuidados a largo plazo. Aunque los servicios de una residencia de ancianos ya no se consideran clínicamente necesarios, se dispone de una estadía a corto plazo en una residencia de ancianos. Además, usted aún recibirá todos los servicios domiciliarios y comunitarios (Home and Community Based, HCB) de cuidados a largo plazo de Arizona (ALTC) que sean clínicamente necesarios. Los miembros de ALTCS cuya afección médica empeora brevemente tienen la posibilidad de recibir hasta 90 días consecutivos de cuidados en una residencia de ancianos en cualquier admisión.

¿Cómo afecta mi cobertura de ALTCS si tengo tanto los beneficios de Medicare como los de ALTCS?

Se considerará que usted está “doblemente inscrito” si posee la cobertura de Medicare y Medicaid. Si tiene Medicare, HMO de Medicare u otra cobertura privada, dicha cobertura será la primera en pagar sus servicios, antes que Evercare Select. Aunque usted posea cobertura de Medicare y ALTCS, sus beneficios de ALTCS no disminuirán ni cambiarán ningún beneficio de Medicare para el que usted sea elegible. Sin embargo, si usted es doblemente elegible, es importante que sepa lo siguiente:

- Si posee la cobertura normal de Medicare, su médico de Medicare debe estar registrado en AHCCCS.
- Si elige ver a un médico que no esté registrado en AHCCCS, usted será responsable de su copago y deducible.

Si usted tiene más preguntas acerca de su cobertura de Medicare, por favor consulte su manual de Medicare: "Medicare y Usted"

- Si está inscrito en una HMO de Riesgo de Medicare, su médico de atención primaria será el médico que haya elegido mediante su HMO de Medicare. En otras palabras, no tiene que seleccionar otro médico para los servicios de ALTCS.

Sin embargo, si usted es un “Beneficiario Calificado de Medicare” (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), puede recibir los siguientes servicios que no están cubiertos por ALTCS o difieren en alcance o limitación, tales como:

- Servicios quiroprácticos
- Servicios psicológicos
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Servicios de relevo y cualquier nuevo servicio agregado al programa de Medicare que no está cubierto actualmente por ALTCS
- Terapia ocupacional para pacientes hospitalizados y ambulatorios

Coordinación de beneficios/Responsabilidad de terceros:

Sus beneficios de Medicaid, conforme al Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Arizona y al Sistema de Reducción de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), son el pagador de último recurso. Sus beneficios de Medicaid serán el pago de los servicios cubiertos únicamente después de que se hayan agotado todas las otras fuentes de pago.

- Su Coordinador personal de salud Evercare le ayudará a coordinar los beneficios.
- Es su responsabilidad garantizar que su Coordinador personal de salud Evercare tenga toda la información de su seguro y beneficios.

El beneficio de medicamentos recetados de Medicare y los miembros de AHCCCS:

- Medicare, y no AHCCCS, ofrece nueva cobertura de medicamentos para ayudar a pagar la mayoría de los medicamentos recetados que usted necesita. AHCCCS continuará pagando por sus otros gastos de atención médica.
- La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible para todas las personas que tengan Medicare.
- Debe inscribirse y permanecer en un plan de medicamentos para que Medicare pague sus medicamentos.

- Usted es automáticamente elegible para recibir asistencia adicional con las primas y deducibles de Medicare a través de la Asistencia Adicional de la Administración del Seguro Social.
- La cobertura de medicamentos recetados de Medicare pagará por los medicamentos genéricos y de marca.
- Medicare le inscribirá en un plan con cobertura de medicamentos recetados, en función de su estado de inscripción actual en AHCCCS. Usted puede pasarse a un plan equivalente en cualquier momento.
- Evercare Select pagará por los copagos de medicamentos recetados del miembro.

En **www.Evercareselect.com** encontrará más preguntas y respuestas.

¿Cómo puedo participar en mi atención médica?

La mejor forma de mantenerse sano es participar en su atención médica visitando a su PCP con regularidad. Usted participará en la toma de decisiones sobre su atención médica con su Coordinador personal de salud Evercare y su PCP. Evercare Select le enviará boletines informativos para miembros con el fin de informarle sobre consejos para la atención médica. Este boletín también le informará acerca de las novedades de Evercare Select. Durante todo el año, podrá recibir encuestas que le solicitarán responder a preguntas acerca de su salud y Evercare Select. Esta es solo otra forma en la que usted puede participar en su atención médica. También le instamos a que aproveche los materiales educativos que Evercare Select puede proporcionarle. Evercare Select posee una variedad de folletos informativos que pueden mantenerle informado y saludable. Parte de la información disponible incluye:

- Atención preventiva: exámenes de detección del cáncer, mamografías, vacunas
- Afecciones crónicas: diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Formas para mantener seguro su entorno de vida
- Cómo identificar el abuso y el abandono

PARA OBTENER FOLLETOS INFORMATIVOS, COMUNÍQUESE CON LOS SERVICIOS PARA MIEMBROS AL 1-800-293-3740.

¿Qué servicios cubre Evercare Select?

Para que Evercare Select cubra los servicios, debe prestarlos un proveedor que trabaje con Evercare Select. Los servicios debe prestarlos un proveedor que trabaje con AHCCCS. Algunos de estos servicios requieren la aprobación de Evercare Select antes de que usted pueda recibir atención. Es responsabilidad del proveedor obtener la aprobación. Usted no es responsable del pago de los servicios cubiertos que le preste Evercare Select.

Evercare Select cubre solamente servicios que le ayudarán a estar mejor (clínicamente necesarios). Además, los servicios deben darle los mismos resultados por el menor costo (económicos). Los servicios cubiertos incluyen, de forma no limitante, los siguientes:

- Servicios de atención aguda
- Servicios hospitalarios, ya sea que esté hospitalizado o esté en el hospital como paciente ambulatorio
- Servicios de emergencia, incluida la atención médica de emergencia las 24 horas, transporte en caso de emergencia y servicios de salas de emergencia
- Los servicios de su médico
- Servicios que se pueden prestar en una clínica de salud rural o un centro de salud calificado federalmente
- Pruebas de laboratorio, radiografías y diagnóstico por imágenes
- Servicios de Farmacia
 - Los Miembros deben obtener los medicamentos del Formulario Evercare Select. Vaya a www.Evercareselect.com para ver nuestro formulario o llame a su Coordinador de salud personal Evercare.
 1. Si está inscrito o es elegible para inscribirse en un plan de Medicare Parte D (Part D plan, PDP), la cobertura incluirá los medicamentos excluidos de la Parte D
- La mayoría de los suministros médicos, suministros médicos duraderos, tales como: sillas de ruedas, caminadores, oxígeno, dispositivos protésicos, etc.
- Servicios de transporte clínicamente requeridos. (Evercare Select cubre el transporte clínicamente requerido si le deriva su médico y Evercare Select lo aprueba por adelantado). Comuníquese con su Coordinador personal

de salud Evercare para obtener información sobre los transportes clínicamente requeridos.

- Planificación familiar. Esto incluye píldoras, suministros y dispositivos anticonceptivos; procedimientos quirúrgicos para provocar la esterilidad, demorar o prevenir el embarazo.
- Los servicios de maternidad, los cuales incluyen atención prenatal, trabajo de parto y parto, y atención postnatal están cubiertos.
 - Las mujeres miembros pueden tener acceso directo a servicios de rutina y preventivos de proveedores de ginecología dentro de la red sin derivación de un PCP.
- Abortos clínicamente necesarios
- Asesoramiento y pruebas de VIH
- Terapias que incluyen: terapia ocupacional, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia auditiva (del oído) y terapia del habla
- Servicios de atención de los pies: servicios limitados
- Servicios de enfermería privada si fueran clínicamente necesarios
- Atención especial para niños (pág. 22, 23)
- Servicios ginecológicos
- Trasplante clínicamente requerido de algunos órganos
 - Los servicios de trasplante deben ser autorizados antes de ser otorgados
 - Los servicios de trasplante deben ser otorgados por un centro de trasplantes aprobado de AHCCCS
- Anteojos y lentes de contacto: si son clínicamente requeridos después de una extracción de cataratas para miembros de 21 años y mayores y por otros motivos clínicamente necesarios
- Atención dental:
 - Servicio dental de emergencia y de rutina para miembros menores de 21 años
 - Servicio dental de emergencia para adultos mayores de 21 años
- Dentaduras postizas clínicamente necesarias:
 - Su médico y su dentista deben estar de acuerdo en que usted necesita dentaduras postizas para su afección médica. Las dentaduras postizas no están cubiertas si son necesarias para ayudarle a masticar alimentos o lucir mejor.

Cobertura del período anterior:

Usted puede ser elegible para el Periodo Previo de Cobertura (PPC). El Periodo Previo de Cobertura es para los miembros que tienen cuidados de salud a largo plazo en sus hogares y en servicios basados en la comunidad, cuidados de salud en casa de reposo o servicios de convivencia con asistencia, entre la fecha en que el miembro ha solicitado por los Servicios de Cuidados de Salud a Largo Plazo de Arizona (ALTCS) y la fecha en que el miembro es elegible para obtener los beneficios de ALTCS. Durante la cobertura del período anterior (Prior Period Coverage, PPC), el Coordinador personal de salud Evercare revisa los servicios. El Coordinador personal de salud Evercare verá si Evercare puede pagar al proveedor de servicios.

Los servicios deben cumplir con tres requisitos para que Evercare los pague:

- 1. Ser clínicamente necesarios;**
- 2. Económicos; y**
- 3. Debe prestarlos un proveedor de AHCCCS registrado**

El costo de los servicios que serán autorizados retroactivamente durante la inscripción para la cobertura del período anterior no puede exceder el 100% del costo de internación para ese miembro.

Servicios de salud del comportamiento

Si necesita servicios de salud del comportamiento, comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare. Un Coordinador de salud del comportamiento se encuentra disponible en el caso de necesitarse asistencia para tener acceso a los servicios de salud del comportamiento.

Si usted tiene una emergencia psiquiátrica:

En el condado de Maricopa:

Comuníquese con EMPACT al: **(480) 784-1500**

En el condado de Coconino:

Comuníquese con el Centro de Orientación al: **(928) 527-1899**

En el condado de Mohave:

Bullhead City – **(928) 758-5905**, oprima **7**

Oficina Kingman en Western Ave. – **(928) 757-8111**, oprima **7**

Oficina Kingman en Stockton Hill Rd. – **(928) 718-4800**, oprima **7**

Lake Havasu City – **(928) 855-3432**, oprima **7**

En los condados de Navajo y Apache:

Comuníquese con Asesoramiento Comunitario al: **(928) 537-2951**

Servicios cubiertos de salud del comportamiento:

- Control del comportamiento (asistencia personal de salud del comportamiento, apoyo familiar, apoyo de pares)
- Servicios de administración de casos
- Servicios de salud del comportamiento en crisis/emergencias
- Transporte en casos de emergencia
- Evaluación y detección
- Asesoramiento y terapia grupales
- Asesoramiento y terapia individuales
- Asesoramiento y terapia familiares
- Hospital para pacientes hospitalizados
- Centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados (centros residenciales para tratamiento y centros subagudos)
- Instituciones para enfermedades mentales (con limitaciones)
- Laboratorio y radiología
- Servicios para diagnóstico y regulación, ajuste y control de medicamentos psicotrópicos
- Transporte que no sea de emergencia
- Tratamiento de Opioides Agonistas
- Atención parcial (programa diurno supervisado, programa diurno terapéutico y programa diurno médico)
- Rehabilitación psicosocial (capacitación en técnicas para la vida; promoción de la salud; capacitación, educación y desarrollo previos al trabajo; entrenamiento para el empleo y apoyo laboral)
- Atención de relevo
- Residencia terapéutica para salud del comportamiento

Establecimiento institucional de servicios de cuidados a largo plazo cubiertos

- Servicios de facilidades de enfermería, incluyendo de Ciencia Cristiana
- Institución para enfermedades mentales para personas de 65 años de edad o mayores
- Centro residencial para tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados de hasta 21 años de edad

- Para miembros de 21 a 64 años
 - El reembolso por los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital mental con más de 16 camas se limita a 30 días por admisión y 60 días por año de contrator
- Servicios de residencias para ancianos, incluidos centros de Ciencia Cristiana y centros de enfermería

Establecimientos residenciales alternativos de HCBS cubiertos

- Instalación de residencia asistida (un establecimiento residencial alternativo aprobado por ALTCS que brinda habitaciones residenciales para diez o menos residentes)
- Centros de residencia asistida (establecimiento residencial alternativo que brinda un apartamento privado, a menos que un residente solicite lo contrario; en ese caso incluirá un espacio para dormir y vivir, cocina, baño privado y área de almacenamiento)
- Cuidado tutelar para adultos (un establecimiento de servicios domiciliarios y comunitarios [home and community based services, HCBS] aprobado por ALTCS que presta servicios de cuidados de supervisión, servicios de cuidado personal o servicios de cuidados dirigidos en forma continua para cuatro o menos de cuatro personas)
- Salud del comportamiento de nivel I y II
- Centro de tratamiento de lesiones cerebrales traumáticas

Servicios domiciliarios y comunitarios cubiertos (HCBS)

- Residencia para enfermos terminales
- Atención médica para adultos durante el día
- Comidas de entrega a domicilio
- Agencia de salud domiciliaria, incluidos servicios de enfermería y asistencia médica domiciliaria
- Servicios de ama de casa
- Atención personal
- Enfermería privada
- Atención de relevo
- Relevo grupal como una alternativa a la atención diurna para adultos

- Cuidados a domicilio:
 - Cónyuges que actúen como encargados pagos de la atención de la salud autorizados por el Coordinador personal de salud Evercare. Comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare para obtener más información acerca de este servicio.
 - Cuidado de un asistente autodirigido: le permite decidir qué servicios de cuidado por parte de un asistente quiere y cómo recibirlos. Comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare para obtener más información acerca de este servicio.
- Modificaciones en el hogar clínicamente necesarias
- Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME): estándar y personalizado

¿Qué servicios no están cubiertos por Evercare Select?

Los siguientes servicios **NO** están cubiertos por Evercare Select:

- Servicios prestados por proveedores no registrados en AHCCCS
 - Servicios brindados sin autorización por parte de un proveedor que no trabaja con Evercare Select
- Servicios o productos que no le ayudarán a estar mejor (clínicamente necesarios)
- Servicios para los cuales no existe comprobación médica de que le ayudarán (experimentales) Servicios que no son los de menor costo y que le darán los mismos resultados (económicos)
- Audífonos, exámenes oculares para anteojos/lentes para miembros mayores de 21 años
- Servicios definidos por AHCCCS como experimentales o prestados únicamente con el fin de investigación
- Operaciones para cambio de sexo
- Reversión de esterilización solicitada por la propia persona
- Atención sin cobertura según las reglas de AHCCCS y ALTCS
- Servicios médicos prestados a un miembro que es un interno o que está al cuidado de un centro estatal de salud mental
- Corazones o xenoinjertos artificiales
- Trasplantes de órganos no incluidos en las reglas de AHCCCS
- Servicios prestados en un centro médico o en un área de un centro médico que no está certificado por Medicare/Medicaid para dichos servicios

Recuerde: la sala de emergencia no es el mejor lugar para obtener atención médica primaria permanente. Vea a su proveedor de atención primaria de manera rutinaria para ayudar a prevenir emergencias médicas.

- Costos de habitación y comida en cualquier establecimiento residencial comunitario, incluidos hogares de residencia asistida, hogares sustitutos para adultos y centros de residencia asistida
- Medicamentos si está inscrito o es elegible para la inscripción en un plan de Medicare Parte D (PDP). La cobertura incluirá los medicamentos excluidos de la Parte D

¿Qué sucede si tengo una emergencia?

Una emergencia médica es algo que sucede de repente y con síntomas graves y muy serios. Sin atención médica inmediata, una emergencia podría poner su salud en grave peligro. Los problemas menores, como un resfrío, una erupción o cortes pequeños y moretones no se consideran emergencias y, generalmente, se pueden tratar programando una cita con su médico.

En caso de una verdadera emergencia, LLAME al **9-1-1** para obtener ayuda.

Si ocurre alguna de las siguientes situaciones, llame al **9-1-1**, o diríjase a la sala de emergencia del hospital más cercano **inmediatamente**:

- Peligro de muerte o de pérdida de una extremidad
- Dolor en el pecho
- Envenenamiento o sobredosis de medicamentos o drogas
- Asfixia o problemas respiratorios
- Sangrado excesivo
- Desmayo
- Pérdida del habla
- Pérdida del conocimiento
- Accidente de auto
- Incapacidad repentina para moverse
- Ataque criminal (atracó)

Puede dirigirse a cualquier hospital u otro establecimiento para atención de emergencia. Recuerde presentar **TODAS** sus tarjetas de identificación al personal del hospital cuando llegue. Es importante que su proveedor de atención primaria (PCP) y su Coordinador personal de salud Evercare sepan, **en un plazo de 48 horas o lo antes posible**, que usted tuvo que dirigirse a una sala de emergencia. No se requiere autorización para las emergencias. **Su PCP le proporcionará cualquier tipo de atención de seguimiento.**

Si no está seguro de si los síntomas que tiene ponen en peligro la vida, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a su PCP

- Llamar a su Coordinador personal de salud Evercare

Si recibe servicios de emergencia, solicítele al hospital o al médico que envíe su historia clínica a su proveedor de atención primaria. Llame a Evercare Select si recibe algún servicio de emergencia. También debe mostrar su tarjeta de identificación de ALTCS si alguna vez recibe servicios de emergencia. Si asiste a un centro y/o sala de emergencia, infórmeles lo siguiente:

- Usted se encuentra en ALTCS
- Su plan de salud es Evercare Select
- Deben enviar su historia clínica a su proveedor de atención primaria

Si usted no puede proporcionar esta información, pídale a un amigo o familiar que lo haga por usted.

¿Qué sucede si necesito transporte de emergencia?

El transporte y la atención de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si se encuentra en el área de servicio de Evercare Select y necesita transporte o atención de emergencia, active el Sistema de Servicios Médicos de Emergencia (Emergency Medical Services, EMS) llamando al 9-1-1 o a su número de teléfono de emergencia local. Apenas pueda, **LLAME A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA Y A SU COORDINADOR PERSONAL DE SALUD EVERCARE**. Si no puede llamar, pídale a un amigo o familiar que lo haga por usted. Si vive en un centro de atención de enfermería o en un centro de residencia asistida, el personal de atención médica coordinará estos servicios para usted.

¿Qué sucede si quedo embarazada?

Evercare Select le brinda un completo programa de atención de maternidad. Este programa ayuda con la atención antes, durante y después de dar a luz a su bebé. Es importante que las nuevas madres cuiden de su salud; esto incluye las visitas de seguimiento a su médico. Las mujeres que sean miembros de Evercare Select pueden seleccionar un obstetra, ginecólogo o ginecólogo/obstetra como PCP principal o secundario. Comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare con respecto a esto. Avísele a su Coordinador personal de salud Evercare cuando sepa que está embarazada. Si está embarazada cuando se inscribe por primera vez en Evercare Select y se encuentra en atención activa de obstetricia, puede solicitar cambiar de plan (si corresponde) para continuar con esa atención de obstetricia si su proveedor

no está contratado por nosotros o si no podemos realizar arreglos especiales para que usted permanezca con ese proveedor.

También puede tener a su bebé en su casa seleccionando una partera certificada. Si no tiene ningún riesgo con su embarazo y le gustaría tener a su bebé en su casa, comuníquese con su obstetra o PCP para obtener más información.

¿Qué sucede si no quiero quedar embarazada?

Evercare Select proporciona servicios de planificación familiar a todos los miembros; se ofrece información permanente a los miembros de 12 a 55 años. Los servicios que Evercare Select paga son: exámenes médicos, pruebas de laboratorio, control de natalidad, asesoramiento de control de natalidad y pruebas de VIH voluntarias, incluido el asesoramiento. Si tiene alguna pregunta con respecto a cualquiera de estos servicios, comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare de Evercare Select.

Evercare Select ofrece a sus miembros la libertad de decidir cuándo utilizar proveedores de Servicios de Planificación Familiar. Comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare para obtener una lista de proveedores calificados en su área.

¿Existe atención especial para niños?

Existe un programa de atención médica especial para niños. Se llama programa EPSDT (Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos) y es para todos los miembros entre 0 y 20 años. Este programa ha sido ideado para mantener la salud de los niños. Los exámenes de EPSDT incluyen una completa evaluación de salud del comportamiento/ crecimiento e historia clínica; chequeo médico integral, examen de la vista, de los oídos, pruebas de laboratorio, exámenes de evaluación dental y vacunas. Su Coordinador personal de salud Evercare le ayudará a coordinar estos servicios mediante su proveedor de atención primaria. Los miembros de EPSDT pueden recibir los siguientes servicios:

- Chequeos médicos
- Vacunas (inmunizaciones) para prevenir enfermedades
- Controles oculares y anteojos
- Exámenes de la audición y audífonos
- Controles y tratamiento dental (evaluaciones anuales para miembros de entre 3 y 20 años; controles de rutina para menores de 3 años)

- Evaluación de la salud del comportamiento
- Evaluación de la dieta y asesoramiento
- Evaluaciones del habla y del desarrollo
- Pruebas de laboratorio (según lo indicado por el médico) que incluyen análisis para detección de niveles de plomo en la sangre y pruebas de TB (tuberculosis)
- Diagnóstico y tratamiento de problemas detectados durante el control
- Educación para la salud
- Atención personal cuando se indique
- Servicios quiroprácticos cuando así lo indique su médico y sean necesarios para tratar su afección
- Ropa interior para incontinencia para personas de entre 3 y 20 años con discapacidades que provoquen incontinencia. A un miembro se le permiten más de 240 prendas interiores por mes con justificación de un médico
- Los controles le permiten al médico encontrar y tratar los problemas antes de que empeoren

El programa recomendado para los controles (visitas de EPSDT) es:

Al nacer, entre los 2 y 4 días, al mes, a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses, a los 9 meses, a los 12 meses, a los 15 meses, a los 18 meses, a los 24 meses, a los 3 años, a los 4 años, a los 5 años, a los 6 años, a los 8 años y todos los años desde los 10 hasta los 20 años.

¿Qué sucede si me mudo fuera del condado, estado o país?

Si piensa mudarse a otro país, estado o condado, comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare **antes** de mudarse. Si se muda a otro condado que **NO** esté cubierto por Evercare Select, tendrá que solicitar un cambio de contratista de programas (un cambio de planes de salud). Debe entregar su solicitud por escrito a su Coordinador personal de salud Evercare. Evercare Select enviará la solicitud al contratista de programas que presta servicios en esa área. El nuevo contratista de programas cuenta con 10 días hábiles para aceptar o rechazar la solicitud.

Si se muda fuera del estado o país, tendrá que firmar un formulario de cancelación voluntaria de la inscripción que indique que ya no estará en el programa ALTCS, incluido

Recuerde, debe llamar a su Coordinador personal de salud Evercare si abandona temporalmente el área o se muda a otro condado o estado.

Evercare Select. Si se encuentra por poco tiempo fuera de Arizona o fuera del área de servicio, únicamente puede recibir servicios de emergencia. Antes de abandonar su área, es necesario que informe su ausencia a su Coordinador personal de salud Evercare.

Su papel como miembro: costos compartidos

Conforme a ALTCS, usted puede pagar parte del costo de sus servicios. Si usted cuenta con un ingreso mensual, ALTCS determinará cuánto pagará en adelante por los servicios que recibe. ALTCS le informará sobre sus “costos compartidos de Miembros”. Puede solicitar a su funcionario de elegibilidad de ALTCS un registro de estos montos en cualquier momento. Si vive en un centro de cuidados de ancianos, pagará sus “costos compartidos de miembros” al centro.

Si vive en un centro de residencia asistida, se le exigirá que pague los costos de su habitación y comida que Evercare Select calcula. El costo de habitación y comida se pagará a su centro de residencia asistida.

Si usted vive en una comunidad, algunos de los miembros pueden tener que dividir el costo, el cual debe pagarse a Evercare Select.

¿Qué es fraude y abuso?

El fraude y el abuso son malas acciones intencionales que se hacen a otra persona o personas. El fraude y el abuso son ilegales y pueden provocar que usted pierda su elegibilidad para ALTCS. Algunas veces, los castigos pueden ser multas o penas de prisión.

Definiciones:

Fraude:

Significa engaño o tergiversación intencional cometidos por una persona sabiendo que el engaño podría producir un beneficio no autorizado para sí o para otra persona. Incluye cualquier acción que constituya fraude bajo la ley estatal o federal correspondiente.

Abuso:

Significa prácticas del proveedor que no concuerdan con las buenas prácticas médicas, comerciales o fiscales, y tienen como consecuencia un costo innecesario para el programa Medicaid o un reembolso por servicios que no son clínicamente necesarios o no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente

para la atención médica. También incluye prácticas del destinatario que tienen como consecuencia costos innecesarios para el programa Medicaid.

Abuso de un miembro:

Significa toda imposición intencional, a sabiendas o insensata de daño físico, lesión provocada por omisiones o actos negligentes, confinamiento no razonable, abuso sexual o emocional o agresión sexual. (www.ahcccs.state.az.us/fraudabuse/definitions)

Ejemplos de fraude y abuso.

- Si usted no le dice a su trabajador de elegibilidad o a su Coordinador de salud personal Evercare que usted ha recibido una cantidad grande de dinero o que usted ha vendido su casa. (Transferencia/Ocultamiento).
- Si usted declara una dirección falsa del sitio en donde vive.
- Si usted no declara el número verdadero de personas con las que usted vive, pretendiendo que son más o menos del número que hay en realidad.
- Si usted no es honesto acerca de su estado de ciudadanía – si usted como miembro no es honesto cuando declara el ser o no ciudadano de los Estados Unidos.
- Ingresos sin reportar – si usted no le declara a AHCCCS o a su Coordinador de salud Evercare que está recibiendo dinero.
- No declarando su verdadera condición médica – si usted no dice la verdad acerca de su salud.
- Si usted no reporta la existencia de una tercera organización de seguro médico, responsable legalmente por sus gastos médicos (TPL) – si usted tiene otro seguro que pueda asistirle a pagar sus cuentas médicas y usted no permite que se informe de ello a AHCCCS o a su Coordinador de salud personal Evercare.

(www.ahcccs.state.us/FraudAbuse/examples)

Algunas veces, un proveedor o miembro del personal puede actuar en forma fraudulenta o abusiva. Los siguientes son algunos ejemplos de esto:

- Brindarle atención que no necesita
- Facturarle servicios o atención que no recibió
- Mantenerle en un hospital más tiempo del que necesita estar

- Ocasionarle daño físico o mental
- Malversar sus fondos fiduciarios personales
- No llevar a cabo su plan de atención

Si considera que existe fraude o abuso relacionado con los proveedores, el personal u otros miembros de Evercare Select, llame a Servicios para Miembros de Evercare al **1-800-293-3740**. Evercare Select no utilizará su nombre en su denuncia. Usted no tendrá problemas por denunciar un fraude o abuso. Nosotros revisaremos la situación por usted.

¿Cuáles son mis derechos como miembro de Evercare Select?

Tiene derecho a:

1. Acceso a atención médica

- a) Recibir atención y servicios médicos independientemente de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, creencias políticas, religión o afecciones médicas anteriores
- b) Buscar una segunda opinión de un profesional médico calificado dentro o fuera de la red sin costo alguno para usted
- c) Obtener servicios fuera del área geográfica del contratista
- d) Participar en decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho de rehusarse a recibir tratamiento

2. Respeto y dignidad

- a) Ser tratado con imparcialidad y respeto sin importar su raza, religión, sexo, edad o capacidad de pago
- b) Saber que sus proveedores le tratarán con un enfoque de competencia cultural.

3. Competencia cultural

- a) Saber que sus proveedores le tratarán con un enfoque de competencia cultural. La competencia cultural se define como una combinación de conocimiento, aptitudes clínicas y comportamientos que llevan a resultados positivos en su atención. Esto incluye la barrera del idioma, estilos de vida, valores, creencias y actitudes que usted pueda tener y que difieran de la mayoría en el área en la que vive. Si tiene alguna pregunta con respecto a la competencia cultural o

inquietudes sobre sus proveedores específicos, comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare o con los Servicios para Miembros al **1-800-293-3740**

4. Privacidad

- a) Saber que su historia clínica y las conversaciones sobre temas médicos se mantendrán privadas y confidenciales
- b) Ser interrogado y examinado en un lugar establecido para brindar un nivel razonable de privacidad
- c) Que todas las conversaciones acerca de su atención médica se realicen en privado
- d) Que sus historias clínicas solo sean leídas por las personas que participan directamente en su atención médica y otras personas a las que usted autoriza
- e) Esperar que todos los registros sobre su atención médica, incluida su inscripción en ALTCS, sean privados

5. Información

- a) Acceder a toda la información actual de su médico acerca de su diagnóstico, atención médica y cualquier posible resultado conocido del diagnóstico
- b) Pedir información a Evercare Select con respecto a si el plan de salud tiene Planes de Incentivos para Médicos que afecten el uso de los servicios de derivaciones
- c) Conocer los tipos de arreglos de compensación que utiliza el plan y si se requiere un seguro de limitación de responsabilidad
- d) Recibir un resumen de los resultados de las encuestas a los miembros
- e) Recibir sin cargo una lista actual de los proveedores de Evercare Select. También puede obtener información acerca de educación, capacitación y prácticas de su proveedor. Puede obtener esta información comunicándose con los Servicios para Miembros al **1-800-293-3740** o con su Coordinador personal de salud Evercare.
- f) Recibir información sobre alternativas y opciones de tratamientos disponibles, presentada en forma adecuada para su afección y capacidad de comprensión

- g) Recibir una copia de su historia clínica sin costo y solo después de su solicitud por escrito
- h) Revisar su historia clínica
- i) Recibir materiales impresos en formatos diversos. Puede obtener esta información comunicándose con los Servicios para Miembros al **1-800-293-3740** o con su Coordinador personal de salud Evercare.

6. Comunicación

- a) Tener un intérprete gratuito si no habla o comprende el idioma de su proveedor
- b) Solicitar materiales que tengan en cuenta las diferencias culturales
- c) Saber de proveedores que hablen otros idiomas además del inglés. Puede solicitar un intérprete llamando al **1-800-293-3740**

7. Presentar un reclamo o queja formal

- a) Presentar un reclamo o una queja formal contra Evercare Select o un proveedor de Evercare Select.

8. Consentimiento

- a) Conocer los detalles acerca de su atención médica y que todo se le explique en términos fáciles de comprender
- b) Rechazar toda atención médica sin su consentimiento o el consentimiento de uno de sus padres, tutor o la persona legalmente a cargo de su atención médica

9. Rechazo del tratamiento (atención médica)

- a) Rechazar la atención médica en la medida permitida por la ley
- b) **Derecho a no ser sometido a ninguna forma de limitación o aislamiento que se utilice como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia, según se especifica en otras normas federales con respecto al uso de limitaciones y aislamiento**

¿Cuáles son mis responsabilidades como miembro de Evercare Select?

Tiene las siguientes responsabilidades:

1. Utilizar los servicios

- a) Formular preguntas si no comprende sus derechos o plan de tratamiento
- b) Cumplir con sus citas programadas
- c) Cancelar las citas por adelantado cuando no puede cumplir con ellas
- d) Comunicarse siempre con su proveedor de atención primaria (PCP) primero para las necesidades médicas en casos que no sean emergencias
- e) Asegurarse de tener la aprobación de su PCP antes de ir a un especialista
- f) Comprender cuándo debe y no debe ir a la sala de emergencia
- g) Saber a quién llamar si necesita transporte para ir al proveedor de atención primaria u otro servicio clínicamente necesario

2. Proporcionar información

- a) Informar a su proveedor de atención primaria y a su Coordinador personal de salud Evercare sobre su salud actual y los cambios en la misma
- b) Informar a los Servicios para Miembros y a su Coordinador personal de salud Evercare sobre los cambios en su cobertura de Medicare, HMO de Medicare o cobertura de seguro privado, tal como al agregar o terminar otra cobertura de seguro
- c) Hablar con sus proveedores y su Coordinador personal de salud Evercare sobre sus necesidades de atención médica y formular preguntas sobre las distintas formas en que se pueden tratar sus problemas de atención médica

3. Seguir las instrucciones

- a) Trabajar como un equipo con su proveedor de atención primaria y Coordinador personal de salud Evercare para decidir qué atención médica es la mejor para usted
- b) Comprender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud

- c) Hacer lo mejor que pueda para permanecer sano
- d) Tratar a los proveedores y al personal con respeto

Recursos comunitarios

1. www.myazhealthandwellness.com

El sitio web de My Arizona Health and Wellness permite a las familias acceder de manera gratuita a información sobre bienestar y educación para la salud **específica para cada estado**, cultural y lingüísticamente apropiada.

2. www.MyAHCCCS.com

MyAHCCCS permite a los miembros de AHCCCS ver su propia inscripción para planes de salud y atención médica activos para los siguientes servicios:

- AHCCCS
- Parte D
- KidsCare
- Salud del comportamiento
- Medicare
- Otros seguros médicos

Los miembros de AHCCCS también pueden ver información de antecedentes de elegibilidad e inscripción de dos años para los mismos servicios. Los miembros pueden establecer un enlace con los sitios web de sus planes de salud activos. Pueden consultar la fecha anual de aniversario de inscripción a su plan de salud y establecer un enlace con el sitio web de cambio de inscripción anual. Pueden verificar si AHCCCS tiene su dirección correcta.

3. www.az211.com

Bienvenido a Arizona 2-1-1 Online. Arizona 2-1-1 Online fue creada para ayudarle a encontrar fácilmente recursos para el cuidado del niño, trabajos, atención médica y seguros para anuncios y alertas de emergencia estatales y locales que son imprescindibles en momentos de desastres o emergencia. Arizona 2-1-1 Online fue desarrollada en conjunto con grupos gubernamentales, tribales, sin fines de lucro y comunitarios para ayudarle a encontrar los recursos e información que usted necesita.

4. <http://www.aaaphx.org/>

Arizona Area Agency on Aging (Agencia para el trato de la vejez del área de Arizona):

Area Agency on Aging

1366 E. Thomas Rd.
Suite 108
Phoenix, AZ 85014

Phone: (602) 264-2255

Fax: (602) 230-9132

Toll Free: 1-888-783-7500

5. Información acerca de cómo dejar de fumar:

¿Le gustaría elaborar un plan para dejar de fumar?

Comuníquese con ASHLine Quit NOW al **1-800-556-6222**

Receta médica para dejar de fumar, ASHLine le llamará en un plazo de tres días para ayudarle a elaborar un plan para dejar de fumar. No es necesario esperar si está listo para DEJAR DE FUMAR AHORA. Llame al **1-800-556-6222**

www.ashline.org

6. Atención para la diabetes:

American Diabetes Association (Asociación Americana de Diabetes):

<http://www.diabetes.org/home.jsp>

También puede comunicarse con Asociación Americana de Diabetes llamando al **1-800-DIABETES (1-800-342-2383)**.

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8 p.m., hora estándar del Este (EE. UU.).

O escríbanos a:

American Diabetes Association

ATTN: National Call Center

1701 North Beauregard Street

Alexandria, VA 22311

7. Arizona Mental Health Association (Asociación de Salud Mental de Arizona): <http://www.mhaarizona.org/>

Comuníquese con la Asociación de Salud Mental de Arizona durante los días de semana llamando al **(480) 994-4407**, **1-800-MHA-9277** (fuera del condado de Maricopa), o envíe un fax al: **(480) 994-4744**.

La dirección postal de MHAAZ es:

Mental Health America of Arizona

6411 E. Thomas Road

Scottsdale, AZ 85251

8. Arizona Alzheimer's Association (Asociación de Alzheimer de Arizona):

<http://www.alzdsww.org/> o por teléfono: **1-800-272-3900** para acceder a la línea de ayuda de 24 horas de la Asociación de Alzheimer de Arizona.

9. Arizona Governors Council (Consejo del gobernador de Arizona) para las lesiones de cabeza y columna vertebral:

<http://www.azheadspine.org/index.asp> o por teléfono: **(602) 863-0484**

¿Qué sucede si tengo preguntas o problemas?

Su Coordinador personal de salud Evercare o un representante de los Servicios para Miembros le ayudarán e intentarán responder a sus preguntas sobre nuestros servicios o resolver cualquier problema. A continuación se responden algunas de las preguntas más frecuentes.

P: ¿Qué sucede si recibo una factura o mi médico desea que pague un copago?

R: Como miembro de ALTCS, usted es responsable de informar a su proveedor que es un miembro de ALTCS y mostrarle su tarjeta de identificación. Siempre que reciba un servicio que esté cubierto por el plan ALTCS, usted no es responsable de ninguna factura ni copago. El proveedor no está autorizado a cobrarle ningún servicio. Si recibe una factura, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-293-3740**.

Para que le reintegren lo que pague por medicamentos recetados, comuníquese con su Coordinador personal de salud Evercare.

P: ¿Qué sucede si tengo un problema o un reclamo acerca de Evercare Select?

R: Puede pedir ayuda a su Coordinador personal de salud Evercare o a un representante de los Servicios para Miembros. Si su Coordinador personal de salud Evercare o el representante de los Servicios para Miembros pudieron ayudarlo, su reclamo se considerará resuelto y no recibirá ninguna otra notificación.

P: ¿Qué debo hacer si no estoy conforme con la respuesta proporcionada por el Coordinador personal de salud Evercare o el representante de los Servicios para Miembros?

R: Puede presentar una queja formal.

Si no está de acuerdo con la respuesta que recibe, puede hablar con un gerente. Llame a nuestra oficina de Arizona durante el horario de atención regular, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, al **1-800-377-2055** y solicite hablar con un Gerente de Administración de Casos o llame al **1-800-377-2055** y solicite hablar con el Gerente de Servicios para Miembros local de Evercare Select.

También puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente en cualquier momento al **1-800-293-3740** y hablar con un representante de Servicio al Cliente; ellos enviarán su queja formal a nuestro Gerente de Queja Formales.

También puede presentar su queja formal por escrito a la siguiente dirección.

Evercare Select Grievance and Appeal Manager
3141 N. 3rd Ave., Suite 100
AZ060-N120
Phoenix, AZ 85013

Una vez que el Gerente de Quejas Formales recibe su reclamo, la gerencia y diferentes personas del área de quejas formales la estudiarán. La mayoría de las quejas formales se resuelven en un plazo de 10 días y no exceden los 90 días.

¿Qué sucede si Evercare Select niega un servicio solicitado?

Si Evercare Select decide disminuir, suspender o terminar un servicio, usted recibirá un “Aviso de acción”:

1. Por escrito al menos diez (10) días antes de que se lleve a cabo la acción, y
2. Por lo menos cinco (5) días antes de que se lleve a cabo la acción en el caso de una suposición de fraude.

Si usted está en desacuerdo con la carta de Notificación de Acción y piensa que no es adecuada, por favor llame a Evercare Select. Si Evercare Select no le da una respuesta satisfactoria a su problema usted puede ponerse en contacto con AHCCCS.

Si Evercare Select le **niega el servicio**, usted recibirá por escrito una “**Notificación de Acción**”. La Notificación de Acción debe explicar lo siguiente:

1. La acción que Evercare Select ha tomado o intenta tomar;
2. Las razones para esta decisión;
3. El derecho de los miembros para presentar una apelación ante Evercare Select;
4. Los procedimientos para ejercer estos derechos;
5. Las circunstancias en las cuales puede haber una resolución de urgencia disponible y como puede solicitarse; y
6. El derecho de los miembros inscritos para seguir recibiendo beneficios mientras llega la resolución de apelación, el como solicitar que los beneficios continúen y las circunstancias bajo las cuales se puede requerir del miembro, que pague por el costo de estos servicios.

Una queja formal es un reclamo sobre algo relacionado con Evercare Select con lo cual usted no está conforme.

Las personas del área de quejas formales de Evercare Select estudiarán y responderán a su reclamo.

Si no está de acuerdo con esta acción, usted puede presentar una apelación para que haya una revisión de esta decisión.

Un miembro puede presentar una apelación acerca de:

- La denegación o autorización limitada del servicio solicitado;
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado;
- La denegación de los pagos totales o parciales de un servicio;
- El incumplimiento para proveer un servicio a tiempo;
- El incumplimiento de un servicio por parte de un contratista para hacerlo dentro del tiempo delimitado por las disposiciones establecidos en las apelaciones;
- La denegación de una solicitud presentada por un miembro rural inscrito, solicitando la obtención de servicios fuera de la red del Programa de Contratistas, cuando este programa de Contratistas sea el único existente en el área rural.

Una Apelación Estándar:

Es una solicitud que se hace a Evercare Select para revisar una decisión que se ha tomado acerca del cuidado de su salud y con la cual usted no está de acuerdo.

- Las apelaciones deben ser recibidas por Evercare Select no más tarde de **60** días a partir de la fecha de la Notificación de Acción.
- ECS acusará recibo de esta apelación estándar por escrito dentro de los primeros 5 días hábiles o del día de recibido o dará acuse de recibo el primer día hábil después de recibirla en los casos de apelaciones de urgencia.
- Usted puede solicitar una apelación verbalmente o por escrito, preguntas orales relacionadas con apelaciones se considerarán como apelaciones.
- Evercare Select revisará toda la información en su poder que esté relacionada a su apelación.
- Usted tiene el derecho de presentar la información a Evercare Select en persona o por escrito antes de que se tome una decisión acerca de su apelación.
- Usted también puede revisar el expediente de su caso, incluyendo el historial médico relacionado a su apelación, antes y durante el proceso de apelación.

- Evercare Select se asegurará de que cualquier persona que tome las decisiones en relación a su apelación, no esté ligada de ninguna manera con cualquier autorización solicitada originalmente por usted.
- Si la apelación fue con respecto a cualquier servicio clínico, Evercare Select se asegurará de que todas las cuestiones clínicas sean examinadas por profesionales en el área del cuidado de la salud y con una experiencia clínica apropiada para el tratamiento de las condiciones o enfermedades exhibidas por los miembros inscritos.
- Una vez que toda la información relativa a su apelación ha sido revisada, Evercare Select le comunicará la decisión de su caso por escrito dentro de los primeros 30 días después de que su apelación haya sido recibida.

Aviso acerca de las Cartas de Prórroga:

- Pueden existir circunstancias en las cuales es mejor para usted solicitar una prórroga para poder reunir toda la información necesaria para su apelación.
- Es posible también que Evercare Select pueda solicitar una prórroga para el beneficio de usted y así tener tiempo para revisar toda esta información.
- Una prórroga puede concederse hasta por 14 días. Si la prórroga es solicitada por Evercare Select se le notificará a usted por escrito.

Apelación de Urgencia:

Si usted piensa que sus circunstancias no le permiten esperar para un proceso de apelación estándar, usted puede solicitar una apelación de urgencia.

Para poder solicitar una apelación de urgencia, usted debe llenar el siguiente requisito:

- Una apelación de urgencia dirigida a Evercare Select se solicita para revisar una decisión que se ha tomado en su caso acerca del cuidado de su salud y con la cual usted no está de acuerdo y así mismo, usted piensa que un proceso de apelación estándar **podría hacer peligrar en forma seria su vida, su salud o la habilidad para recuperar su máxima funcionalidad.**

Para obtener una detallada explicación acerca de una Apelación de Urgencia, usted puede llamar a los Servicios para Miembros al **1-800-293-3740**.

Usted puede solicitar la Apelación de Urgencia en forma verbal o por escrito. Si Evercare Select determina que su solicitud para una Apelación de Urgencia no llena el criterio arriba mencionado, su solicitud será cambiada a una revisión de apelación estándar y le informaremos por escrito acerca de éste cambio. Eso significa que su solicitud para una Apelación de Urgencia será tramitada como una Apelación Estándar.

- Usted tiene derecho a presentar su información ante Evercare en persona o por escrito antes de que se tome una decisión al respecto.
- Usted también puede revisar su expediente, incluyendo el historial médico relacionado a su apelación antes y durante el proceso de apelación. Para poder hacer esto, llame a Evercare Select al **1-800-293-3740**.
- Si su solicitud por una Apelación de Urgencia es aprobada, usted recibirá la decisión de su apelación dentro e los primeros 3 días hábiles.
- Si no se llega a una decisión dentro del tiempo asignado, la solicitud será denegada.
- Después de que Evercare Select ha terminado la revisión de su apelación Estándar o de Urgencia, usted recibirá la decisión por escrito. En esta carta, Evercare Select le explicará a usted como se llegó a esa decisión, incluyendo información de las leyes, regulaciones y políticas relativas al caso, así como la fecha en que se llegó a ésta determinación.

Proceso de Apelación:

- Usted puede obtener la ayuda de alguien durante el proceso de apelación o solicitar que alguien más solicite una apelación en su nombre, como por ejemplo su proveedor o su doctor. Para que otra persona pueda solicitar una apelación en su nombre, usted debe otorgar a ésta persona un permiso por escrito.
- Evercare Select no tomará represalias en contra de un miembro o un proveedor por solicitar una apelación.
- Durante el proceso de apelación y bajo ciertas circunstancias es posible que usted pueda seguir recibiendo sus beneficios. Estas circunstancias son:
 - Usted solicita una extensión en sus beneficios.
 - Su apelación se relaciona a la terminación o reducción de un tratamiento previamente autorizado.

- Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado.
 - Usted solicita la apelación ante Evercare Select antes de la fecha indicada para la terminación/reducción o dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que el Aviso de Acción de Evercare Select fue enviado por correo, cualesquiera que tenga la fecha más reciente.
- Un proveedor puede representarlo a usted en la audiencia de una apelación si usted, el miembro, le otorga permiso para ello.

Si todas las circunstancias arriba mencionadas existen en su caso y usted decide continuar recibiendo sus beneficios, es importante que usted sepa que será responsable por el pago de los costos de cualquier beneficio que continúe recibiendo durante la Apelación y el Proceso de la Audiencia Estatal Justa, si la decisión obtenida no es en su favor.

Aviso de Resolución de la Apelación:

El miembro recibirá por escrito, una resolución de la apelación que contendrá:

1. Los resultados del proceso de resolución, y
2. Para aquellas apelaciones con resoluciones que no sean por completo en su favor, entonces usted recibirá: a) el derecho a solicitar una Audiencia Estatal Justa y la explicación de como hacerlo; y b) el derecho de continuar recibiendo beneficios en espera de esta audiencia y el como solicitar la continuación de estos beneficios; y c) información explicando que usted será responsable por el costo de los beneficios que sean provistos si la decisión de la Audiencia confirma la decisión de Evercare Select.

Audiencia Estatal Justa:

- Si no está satisfecho con la decisión acerca de su apelación, puede solicitar una Audiencia Estatal Justa.
- Un proveedor puede representarlo a usted ante la audiencia de apelación si usted le concede permiso para hacerlo.
- Si desea solicitar una audiencia, debe informar a Evercare Select por escrito en un plazo máximo de **30 días** a partir de la fecha de la decisión acerca de la apelación.
- Evercare Select notificará a ALTCS para coordinar su audiencia. Un Juez de Derecho Administrativo que revisa la evidencia presentada está a cargo de llevar a cabo la audiencia.

- Usted puede representarse a sí mismo en la audiencia o utilizar un abogado, un pariente, un amigo u otro representante que actúe en su nombre si ha otorgado su consentimiento por escrito.
- Antes y durante la audiencia, usted tiene derecho a revisar los archivos de su caso como así también los documentos que serán usados en la audiencia. También puede traer sus propios testigos y presentar en la audiencia cualquier información que tenga en referencia a su caso.
- El Juez de Derecho Administrativo emitirá una decisión recomendada a ALTCS, quienes revisarán la decisión. Usted recibirá una decisión por escrito de ALTCS en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación a Evercare Select, sin contar la cantidad de días que le llevó presentar la solicitud para una Audiencia Estatal Justa.

El proceso de presentación de una audiencia se establecerá en la carta de decisión o puede comunicarse con los Servicios para Miembros o su Coordinador personal de salud Evercare para obtener una mejor explicación.

Una apelación es una solicitud para que Evercare Select revise su decisión inicial. Usted DEBE presentar su apelación a Evercare Select.

Preguntas y respuestas con respecto a las apelaciones

P: ¿Qué debo hacer si necesito ayuda para presentar una apelación o necesito un intérprete?

R: Si necesita un intérprete o ayuda para presentar una apelación, comuníquese con los Servicios para Miembros al **1-800-377-2055** o **1-800-293-3740**.

P: ¿Cómo presento una apelación?

R: Puede presentar una apelación por teléfono o en persona. Todas las cartas de apelación deben enviarse a la dirección que aparece a continuación:

Evercare Select Appeal Manager

3141 N. 3rd Ave., Suite 100

Mail Route: AZ060-N120

Phoenix, AZ 85013

Directiva Anticipada

Todas las personas adultas que se encuentren en hospitales, centros de cuidados de ancianos y otros establecimientos de atención médica tienen ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a mantener la privacidad de su historia clínica e información personal. También tiene derecho a saber qué tratamiento recibirá.

A partir del 1 de diciembre de 1991, por ley federal, usted tiene derecho a completar un documento conocido como “*Directiva anticipada*”. El documento expresa, por adelantado, el tipo de tratamiento que desea o que no desea. Este documento es muy útil cuando usted no puede comunicar sus deseos al personal médico. Las preguntas y respuestas que aparecen a continuación ayudarán a explicarle esta ley. La ley exige que los hospitales, centros de cuidados de ancianos y otros proveedores de atención médica le informen acerca de las Directivas anticipadas. Le explicarán sus opciones legales en la toma de decisiones sobre su atención médica. La ley pretende aumentar su control sobre las decisiones relacionadas con el tratamiento médico.

P: ¿Quién tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica?

R: Usted tiene derecho, si puede tomar decisiones y le informa a los proveedores sobre sus decisiones de atención médica. Usted decide qué tipo de atención médica no aceptará, si lo hubiera.

P: ¿Qué sucede si no puedo tomar decisiones o informar a los proveedores sobre mis decisiones de atención médica?

R: Aún puede tener cierto control sobre estas decisiones si ha firmado una Directiva anticipada. Su proveedor de atención médica debe indicar en su historia clínica si usted ha firmado una Directiva anticipada. Si no ha nombrado a nadie en la Directiva anticipada, su proveedor de atención primaria (PCP) debe buscar a una persona autorizada por ley para tomar estas decisiones.

P: ¿Qué es una Directiva anticipada?

R: Es una declaración escrita sobre cómo desea que se tomen sus decisiones de atención médica. Conforme a la ley de Arizona, existen tres tipos comunes de Directivas anticipadas de atención médica. Ellos son

1) Un poder de representación para atención médica – declaración por escrito en la que nombra a una persona adulta para tomar decisiones sobre atención médica por usted únicamente cuando usted no puede tomar dichas decisiones o comunicárselas a los demás.

El poder de representación para atención médica debe:

- Establecer el nombre de la persona a la que usted le ha permitido tomar las decisiones de atención médica por usted.

- Establecer que esta persona únicamente puede tomar decisiones de atención médica por usted cuando usted no puede hacerlo, si eso es lo que desea.
- Estar fechado y firmado por usted.

Su poder de representación para atención médica también puede:

- Incluir todos los detalles u orientación acerca de la atención médica que desea o que no desea. Esto podría incluir procedimientos de retención o retiro si se encuentra en “estado terminal”. El “estado terminal” se produce cuando no se puede curar a un paciente y este morirá sin los procedimientos de mantenimiento de la vida (esto debe estar establecido por escrito por dos médicos). Un paciente también se encuentra en “estado terminal” si se encuentra en un estado vegetativo permanente o en coma irreversible.
- Designe una segunda persona para tomar decisiones si la primera persona no está en condiciones de hacerlo.
- Incluir firmas de testigos y de un notario público ante quienes haya firmado el poder.

2) Testamento vital – declaración por escrito sobre la atención médica que desea o no, la cual se cumplirá si no puede tomar estas decisiones. Por ejemplo, un testamento vital puede indicar si usted desea ser alimentado mediante tubos si se encuentra en estado de inconsciencia y sin probabilidades de recuperación. Un testamento vital puede indicar a los médicos que suspendan/retiren o continúen con los procedimientos de mantenimiento de la vida si se encuentra en un “estado terminal”. Por ejemplo, un testamento vital puede decir si usted desea ser alimentado mediante tubos si no puede comer o beber. También puede informarles a los médicos si desea que se utilicen otros procedimientos de mantenimiento de la vida. Sus médicos utilizarán su testamento vital únicamente si usted no puede tomar o expresar sus decisiones de atención médica. Incluso si posee un testamento vital, usted puede permanecer cómodo con medicamentos y otros procedimientos si esto es lo que desea.

Para elaborar un testamento vital válido:

- Firme y coloque la fecha en el testamento vital delante de dos testigos quienes también deben firmarlo.
- Ninguno de los testigos puede participar directamente en su atención médica.

Además, uno de los testigos no debe:

- Estar relacionado con usted por consanguinidad o matrimonio.
- Tener derecho a recibir nada de su patrimonio.
- Tener un reclamo contra su patrimonio.
- Pagar en forma directa por su atención médica.

3) Directiva de atención médica prehospitalaria – directiva que rechaza cierta atención de emergencia que puede salvar la vida, prestada fuera de un hospital o en la sala de emergencia de un hospital. Una Directiva de atención médica prehospitalaria debe completarse según lo exigido por la ley. El formulario enumerará los siguientes tratamientos que usted puede rechazar

- Compresión torácica (presión torácica para reanudar el funcionamiento del corazón)
- Desfibrilación (corrección de los latidos del corazón por medios electrónicos)
- Ventilación asistida (respiración con la ayuda de una máquina)
- Intubación (suministro de aire mediante un tubo por la garganta)
- Medicamentos avanzados de apoyo de la vida

Debe hablar con su proveedor de atención primaria (PCP) sobre la Directiva prehospitalaria si está considerando firmar una.

Además, una Directiva prehospitalaria debe:

- Estar firmada o señalada por usted y fechada;
- Estar firmada por un proveedor de atención médica autorizado y un testigo.

Si ha firmado una Directiva de atención médica prehospitalaria de color naranja, es posible que también tenga que usar un brazalete especial de color naranja. Debe indicar su nombre, el nombre de su PCP y las palabras “No resucitar”. El brazalete llamará la atención del personal médico de emergencia sobre el hecho de que usted ha completado el formulario y que no desea la atención médica de emergencia que ha marcado en el formulario. Estas directivas, utilizadas por separado o juntas, pueden ayudarle a decir que “sí” al tratamiento que desea y “no” al tratamiento que no desea.

P: ¿Se debe cumplir con mi Directiva anticipada?

R: Sí. Tanto los proveedores de atención médica como la persona que nombra en su Directiva deben cumplir con una Directiva anticipada válida.

P: ¿Debe ser un abogado quien prepare mi Directiva anticipada?

R: No. Existen grupos locales y nacionales que pueden proporcionarle información sobre una Directiva anticipada, incluidos los formularios. Asegúrese de que toda Directiva anticipada que utilice sea válida según la ley de Arizona.

P: ¿Quién debe tener una copia de mi Directiva anticipada?

R: Proporcione una copia de su Directiva anticipada a su PCP y a cualquier centro de atención médica una vez admitido. Si posee un poder de representación para atención médica, proporcione una copia a la persona que nombró en el mismo. Usted mismo también debería conservar copias adicionales.

P: ¿Me pueden exigir que realice una Directiva anticipada?

R: No. Realizar una Directiva anticipada depende solamente de usted. Un proveedor de atención médica no puede negar la atención médica en función de si usted posee o no una Directiva anticipada.

P: ¿Puedo cambiar o cancelar mi Directiva anticipada?

R: Sí. Si cambia o cancela su Directiva anticipada, infórmeles a su Coordinador personal de salud Evercare y a su proveedor de atención primaria.

P: ¿Qué sucede si ya tengo una Directiva anticipada?

R: Es posible que desee revisarla o hacerla revisar. Si se ha preparado en otro estado, asegúrese de que sea válida según la ley de Arizona. Si la preparó antes de septiembre de 1992, debe saber que la ley ha cambiado y que usted dispone de nuevas opciones.

P: ¿La ley de Arizona limita lo que se puede hacer conforme a una Directiva anticipada?

R: La ley de Arizona no permite acciones ni omisiones que puedan llevar a la lesión o muerte de personas adultas impedidas mental o físicamente. En este momento, no queda claro si esta ley se aplicará al proceso de toma de decisiones de atención médica. Es importante tener una Directiva anticipada preparada correctamente que exponga sus deseos en lo que respecta al tratamiento que desea o que no desea.

P: ¿Quién puede tomar decisiones de atención médica legalmente por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una Directiva anticipada?

R: Un tribunal puede asignar un tutor para que tome las decisiones de atención médica por usted. De lo contrario, su proveedor de atención médica debe buscar a alguien más para que tome las decisiones de atención médica por usted, según el orden en el que aparecen en la siguiente lista:

- Su esposo o esposa, a menos que esté separado legalmente
- Su hijo/a adulto/a Si tiene más de un hijo adulto, la mayoría de ellos
- Su madre o padre
- Su pareja de hecho, a menos que otra persona tenga responsabilidad financiera por usted
- Su hermano o hermana
- Un amigo cercano (alguien que demuestre una preocupación especial por usted y conozca sus opiniones sobre la atención médica)

Si su proveedor de atención médica no puede encontrar una persona que pueda tomar decisiones de atención médica por usted, entonces su proveedor de atención médica (PCP) puede decidir. Su PCP puede hacerlo siguiendo los consejos de un comité de ética o con la aprobación de otro PCP. Usted puede evitar que alguien tome decisiones por usted al expresarlo por escrito. La persona que nombre en su Directiva anticipada no tendrá derecho a rechazar el uso de tubos para suministrarle alimentos o fluidos, a menos que:

- Usted haya asignado a esa persona para que tome decisiones de atención médica por usted en un poder de representación para atención médica.
- Un tribunal haya asignado a esa persona como su tutor para tomar decisiones de atención médica por usted.
- Usted haya indicado en una Directiva anticipada que no desea este tratamiento específico.

Para obtener información sobre las Directivas anticipadas y cómo obtener los formularios, comuníquese con:

Dorothy Garske Center
(480) 966-2674

Oficinas de cuidados a largo plazo de Arizona

Si tiene preguntas acerca de sus costos compartidos como miembro o su elegibilidad, comuníquese con la oficina de ALTCS de su área.

Ubicaciones de las oficinas de ALTCS

Casa Grande

500 North Florence Street
Casa Grande, AZ 85222
Telephone: **(520) 421-1500**
FAX: **(877) 666-0874**

Chinle

P.O. Box 1942
Chinle, AZ 86503
Telephone: **(928) 674-5439**
FAX: **(877) 660-1450**

Cottonwood

One North Main Street
Cottonwood, AZ 86326
Telephone: **(928) 634-8101**
FAX: **(877) 666-5208**

Flagstaff

3480 E. Route 66
Flagstaff, AZ 86004
Telephone: **(928) 527-4104**
FAX: **(877) 663-5213**

Glendale

2830 West Glendale Avenue
Suite 19, Suite 34 & Suite 8
Phoenix, AZ 85051
Telephone: **(602) 417-6000**
FAX: **(602) 253-4871**

Globe/Miami

Cobre Valle Plaza
2250 Highway 60, Suite H
Miami, AZ 85539-9700
Telephone: **(928) 425-3165**
FAX: **(877) 666-5219**

Kingman

519 East Beale Street
Suite 150
Kingman, AZ 86401
Telephone: **(928) 753-2828**
FAX: **(877) 667-5239**

Lake Havasu City

285 S. Lake Havasu Ave.
Lake Havasu City, AZ 86403
Telephone: **(928) 453-5100**
FAX: **(877) 664-5264**

Mesa

460 North Mesa Drive
Suite 101
Mesa, AZ 85201
Telephone: **(602) 417-6400**
FAX: **(602) 253-4484**

Phoenix South

801 E. Jefferson Street
Phoenix, AZ 85034
Telephone: **(602) 417-6600**
FAX: **(602) 253-6385**

Prescott

1570 Willow Creek Road
Prescott, AZ 86301
Telephone: **(928) 778-3968**
FAX: **(877) 666-5269**

Show Low

580 E. Old Linden Road
Suite 3
Show Low, AZ 85901
Telephone: **(928) 537-1515**
FAX: **(877) 666-5286**

Sierra Vista

484 East Wilcox Drive
Sierra Vista, AZ 85635
Telephone: **(520) 459-7050**
FAX: **(877) 660-5342**

Tucson

1010 North Finance Drive
Suite 201
Tucson, AZ 85710
Telephone: **(520) 205-8600**
FAX: **(877) 666-5353**

Yuma

3850 W. 16th Street
Suite B
Yuma, AZ 85364
Telephone: **(928) 782-0776**
FAX: **(877) 666-5382**

Si su ubicación no está indicada, puede visitar el sitio web de AHCCCS en www.ahcccs.state.az.us para obtener más información.

