

Programa de seguro médico para niños de Utah CHIP

Manual del miembro 2020-2021



MolinaHealthcare.com



El manual del miembro de **CHIP** de Molina y la lista de proveedores están disponibles en nuestra página web MolinaHealthcare.com o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760

CONTENIDO

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN	04
MENSAJES DE NO DISCRIMINACIÓN: SECCIÓN 1557	05
SERVICIOS DE IDIOMAS	06
¿Cómo puedo recibir ayuda en otros idiomas?	06
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	06
¿Cuáles son mis derechos?	06
¿Cuáles son mis responsabilidades?	07
¿CÓMO CONTACTAR A MI PLAN CHIP?.....	08
¿A quién puedo llamar si necesito ayuda?	08
BENEFICIOS DE CHIP	08
¿Cómo uso mis beneficios de CHIP?	08
¿Cómo es mi tarjeta de identificación de Molina CHIP?	08
¿Puedo consultar mis beneficios de CHIP en línea?.....	08
CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR.....	09
¿Qué es un proveedor de atención primaria?	09
¿Cómo elijo un proveedor de atención primaria?	09
¿De qué manera puedo cambiar mi PCP?	09
COSTO COMPARTIDO	09
¿Qué es un copago?	09
¿Qué es el coseguro?	09
¿Qué es un deducible?	09
¿Qué es una prima?	10
¿Qué es el máximo de gastos de su bolsillo?	10
¿Qué sucede cuando alcanzo mi máximo de gastos de bolsillo?	10
¿Quiénes no pagan copagos?	10

¿Cuándo abono un copago?.....	10
¿Qué servicios no tienen copago?	10
TABLA DE COPAGOS DE CHIP	11
¿Qué debería hacer si recibo una factura médica?.....	13
Es posible que deba pagar una factura médica por lo siguiente:	13
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIA.....	13
¿Qué es una emergencia?	13
¿Cuál sería un ejemplo de emergencia?	13
¿Qué debería hacer si tengo una emergencia?	13
¿Qué hago si tengo preguntas acerca de un peligro de envenenamiento?.....	13
¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?.....	14
¿Qué debería hacer después de recibir atención de emergencia?	14
¿Qué es la atención médica urgente?	14
¿Cuándo debería acudir a una clínica de atención médica urgente?.....	14
ATENCIÓN POSTERIOR A LA ESTABILIZACIÓN	14
¿Qué es la atención posterior a la estabilización?	14
¿Cuándo está cubierta la atención posterior a la estabilización?	14
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	14
¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos?	14
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN DEL ABORTO	15
ESPECIALISTAS.....	15
¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista?	15
AUTORIZACIÓN PREVIA	15
¿Qué es una autorización previa?	15
OTRO SEGURO	15
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?.....	15

DIRECTIVAS ANTICIPADAS	15
¿Qué es una directiva anticipada?	15
APELACIONES, QUEJAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES	16
¿Qué es una determinación adversa de beneficios?	16
¿Qué es una apelación?.....	16
¿Cómo presento una apelación?	16
¿Cuánto tiempo lleva una apelación?	17
¿Qué sucede con sus beneficios durante una apelación?	17
¿Qué es una apelación acelerada?.....	17
¿Cómo solicito una apelación acelerada?.....	17
¿Qué es una querrela?	17
¿Cómo presento una queja?	17
¿Qué es una Audiencia Imparcial Estatal?.....	17
¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?	17
FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO.....	18
¿Qué es el fraude, despilfarro y abuso de atención médica?	18
¿Cómo puedo informar un fraude, despilfarro o abuso?	18
SERVICIOS DE TRANSPORTE	19
¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia?	19
LISTA DE SERVICIOS CUBIERTOS	19
LISTA DE SERVICIOS NO CUBIERTOS	19
¿Puedo recibir un servicio que no se encuentre en esta lista?	19
NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD	20
¿Cómo protegemos su privacidad?	20
¿Cómo puedo obtener más información acerca de las normas de privacidad?	20

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Molina Healthcare of Utah (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, embarazo y estereotipos de sexo.

Para ayudarlo a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno:

- Asistencia y servicios a personas con discapacidades
 - Intérpretes capacitados en lengua de señas
 - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema Braille)
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
 - Intérpretes capacitados
 - Material escrito traducido a su idioma

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (888) 483-0760, TTY: (800) 346-4128.

Si siente que Molina no le proporcionó estos servicios o lo trató de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir la queja, lo ayudaremos. Llame a nuestro coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711. Envíe su queja por correo a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com. O, envíe su queja por fax al (801) 858-0409.

También puede presentar una queja por derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

También puede enviarlo a una página web a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.

MENSAJES DE NO DISCRIMINACIÓN: SECCIÓN 1557

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-483-0760 (TTY: 711)。
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-483-0760 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Navajo	Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dé'é', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-888-483-0760 (TTY: 711.)
Nepali	ध्यान दनिहोस्: तपार्इंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपार्इंको नमितिभाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-483-0760 (टटिविडि: 711) ।
Tongan	FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Serbo-Croatian	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-483-0760 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-483-0760 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-483-0760 (телетайп: 711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-483-0760 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)
Mon-Khmer, Cambodian	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-483-0760 (TTY: 711)។
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Japanese	注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-483-0760 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

SERVICIOS DE IDIOMAS

¿Cómo puedo recibir ayuda en otros idiomas?

Si habla otro idioma que no sea inglés, o si es sordo, ciego o tiene dificultades auditivas o del habla, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760. Encontraremos a alguien que hable su idioma, sin cargo alguno. Además, podemos proporcionarle materiales en otros formatos, como sistema Braille, audio o letra grande.

Si tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711. El Servicio de Retransmisión de Utah es un servicio público de comunicación telefónica o TTY/TTD. Si necesita servicios de retransmisión en español, llame al 711 para comunicarse con el servicio de retransmisión en español.

Si se siente más cómodo hablando en otro idioma, avise en el consultorio de su médico o al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos hacer que un intérprete lo ayude en la visita con el médico. También tenemos varios médicos en nuestra red que hablan o usan lengua de señas en otros idiomas.

También puede solicitar nuestros documentos en su idioma preferido por escrito llamando a nuestro equipo del Departamento Servicios para Miembros si tiene algún problema para leer o comprender esta información, o para obtener cualquier información de Molina Healthcare, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760. Podemos explicarle en inglés o en su idioma principal. Puede solicitar versiones impresas de

estos materiales. Se le enviarán sin cargo dentro de cinco días hábiles. Contamos con la información impresa en otros idiomas. Puede solicitarla en sistema Braille, letra grande o en audio. Si tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Contar con información que pueda entender, incluida la ayuda con el idioma, las necesidades visuales y de la audición.
- Que lo traten de manera justa y con respeto.
- Que su información médica personal se mantenga privada.
- Recibir información sobre todas las opciones de tratamiento.
- Tomar decisiones sobre su atención médica, lo que incluye negarse a los tratamientos.
- Participar de las decisiones sobre su atención médica, lo que incluye rechazar el servicio
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica.
- Pedir la corrección de su historial médico si es necesario.
- Recibir atención médica independientemente de la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la religión, la edad o la discapacidad.





- Recibir información sobre quejas, apelaciones y sobre cómo presentar una Audiencia Imparcial Estatal
- Solicitar más información sobre la estructura de nuestro plan y las operaciones
- Recibir atención de emergencia y de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- No sentirse controlado ni obligado a tomar decisiones médicas.
- Preguntar cómo les pagamos a sus proveedores
- Crear una directiva anticipada que le diga a los médicos qué tipo de tratamiento desea y cuál no, en caso de que esté tan enfermo que no pueda tomar decisiones
- Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, conveniencia, o represalia. Esto significa que no pueden retenerlo contra su voluntad. No pueden obligarlo a hacer algo que no desea.
- Usar sus derechos en cualquier momento y a no ser maltratado si lo hace. Recibir los servicios de atención médica que sean los correctos, según sus necesidades.
- Obtener servicios de atención médica que se encuentren cerca de donde vive

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Sus responsabilidades son las siguientes:

- Seguir las reglas de su plan
- Leer el manual del miembro
- Mostrar su tarjeta de identificación (ID) de CHIP cada vez que reciba atención médica
- Cancelar la cita con el médico si lo necesita, con 24 horas de anticipación
- Respetar al personal y la propiedad en el consultorio de su proveedor
- Utilizar médicos y hospitales de la red Molina
- Pagar sus copagos
- Pagar la prima trimestral



¿CÓMO CONTACTAR A MI PLAN CHIP?

¿A quién puedo llamar si necesito ayuda?

Nuestro equipo de Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo. Estamos aquí para ayudar a responder sus preguntas. Puede llamarnos al (888) 483-0760 de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- encontrar un proveedor;
- cambiar un proveedor;
- con consultas sobre facturas;
- comprender sus beneficios;
- encontrar un especialista;
- con una queja o apelación;
- con preguntas sobre los planes de incentivos para médicos;
- con cualquier otra pregunta.

También puede encontrarlos en internet en MolinaHealthcare.com.

BENEFICIOS DE CHIP

¿Cómo uso mis beneficios de CHIP?

Cada miembro de CHIP recibirá una tarjeta de identificación de CHIP.

Deberá recibir su tarjeta de identificación dentro de los 21 días posteriores a la inscripción. Muestre siempre su tarjeta de identificación de CHIP antes de recibir servicios o surtir una receta. Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su plan de CHIP o posiblemente deba pagar por el servicio.

Encontrará una lista de servicios cubiertos en la página 19.

¿Cómo es mi tarjeta de identificación de Molina CHIP?

La tarjeta de identificación de CHIP de Molina entra en la billetera y tendrá el nombre del miembro y el número de identificación de CHIP. Su tarjeta de identificación de CHIP de Molina será así:



NO pierda ni dañe su tarjeta, y no se la preste a otra persona. Si pierde o daña su tarjeta, puede obtener una copia electrónica en MyMolina.com (Portal de Miembros Seguro de Molina) o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 para obtener una tarjeta nueva.

¿Puedo consultar mis beneficios de CHIP en línea?

Puede consultar la información sobre la cobertura y el plan de CHIP en línea en MolinaHealthcare.com.

Para obtener información adicional acerca de cómo acceder o consultar la información sobre beneficios, llame al (888) 483-0760.



CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es un médico al que consulta por la mayoría de sus necesidades de atención y que le proporciona atención médica cotidiana. Su PCP lo conoce y conoce su historial médico. Con un PCP, sus necesidades médicas se podrán administrar desde un solo lugar. Tener un PCP es una buena idea, ya que trabajará con su plan para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

¿Cómo elijo un proveedor de atención primaria?

Deberá elegir un PCP de nuestro directorio de proveedores en "Find A Doctor" (Encontrar un médico) en MolinaHealthcare.com. Una vez que haya elegido un PCP, deberá comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para informarles su elección. Si necesita ayuda para elegir un PCP, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y un representante lo asistirá. Si tiene una necesidad especial de atención médica, uno de nuestros administradores de casos trabajará con usted y su médico para asegurarse de que seleccione el proveedor adecuado para usted. Para hablar con un administrador de casos acerca de la elección del PCP, llame al (888) 483-0760.

¿De qué manera puedo cambiar mi PCP?

Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento. Puede cambiar su PCP en MyMolina.com, el Portal Seguro para Miembros de Molina o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Será un placer ayudarlo.

COSTO COMPARTIDO

El costo compartido es el monto que su seguro no cubre y que debe pagar de su propio bolsillo. Esto incluye los deducibles, copagos y coseguros.

¿Qué es un copago?

Un copago es una parte del costo que debe pagar por algunos servicios. La mayoría de las familias con CHIP tendrán que pagar un copago por los servicios médicos. Su plan de copago de CHIP (B o C) se basa en sus ingresos y lo determina un representante de su oficina local de beneficios.

Para obtener información adicional sobre el copago, consulte la tabla de copago de CHIP en la página 11. El plan de copago que se le asigne aparecerá en su tarjeta de identificación de CHIP.

¿Qué es el coseguro?

Algunos servicios tienen un coseguro. Un coseguro es un porcentaje del total de la factura que usted tiene la responsabilidad de pagar. El porcentaje de coseguro puede diferir dependiendo del servicio; sin embargo, generalmente es el 20 % del monto facturado.

¿Qué es un deducible?

Un deducible es la parte de un reclamo que no está cubierta por CHIP. Los planes B y C requieren que pague un deducible. Primero debe pagar el deducible antes de que su plan de CHIP pueda pagar el costo restante de estas facturas. Un deducible es un monto establecido cada año y, una vez que se haya alcanzado ese monto, ya no tendrá un deducible durante el resto del año del plan. El año del plan comienza el 1 de julio y termina el 30 de junio de cada año.

¿Qué es una prima?

Según sus ingresos, es posible que deba pagar una prima cada trimestre. La prima es un monto fijo, sin importar cuántos hijos tenga. El Departamento de Servicios Laborales de Utah (Department of Workforce Services, DWS) le enviará una factura cuando las primas estén vencidas.

¿Qué es el máximo de gastos de su bolsillo?

CHIP tiene un límite en el monto que usted debe pagar en los costos compartidos. No es necesario que pague más del 5 % del ingreso del hogar por los gastos de su propio bolsillo en cada periodo de beneficios. El periodo de beneficios es un periodo de 12 meses que comienza con su primer mes de elegibilidad. En los gastos de su propio bolsillo, se incluyen los deducibles, las primas, el coseguro y los copagos. Los servicios no cubiertos no cuentan para el cálculo de máximo de gastos de su bolsillo.

¿Qué sucede cuando alcanzo mi máximo de gastos de bolsillo?

Una vez que alcance el máximo de gastos de su bolsillo, comuníquese con la oficina de CHIP del estado de Utah al (888) 222-2542 para recibir ayuda durante el proceso.

Asegúrese de guardar los recibos cada vez que pague un copago. Una vez que haya alcanzado el 5 % del ingreso anual de su hogar, su hogar ya no tendrá que pagar los copagos durante ese periodo de beneficios.

¿Quiénes no pagan copagos?

- nativos de Alaska;
- indígenas americanos.

¿Cuándo abono un copago?

Es posible que deba pagar un copago para lo siguiente:

- consultas con el médico;
- visitas al hospital para recibir atención médica ambulatoria;
- hospitalizaciones planificadas;
- usar la sala de emergencias;
- obtener medicamentos recetados.

¿Qué servicios no tienen copago?

Los siguientes son algunos de los servicios que no tienen un copago:

- exámenes preventivos del niño;
- inmunizaciones (inyecciones);
- laboratorio y radiografías para pruebas de diagnóstico menores y radiografías (consulte el gráfico de copagos para obtener información adicional);
- visitas de salud mental al consultorio y ambulatorias.



TABLA DE COPAGOS DE CHIP

BENEFICIOS (por año del plan)	PLAN DE COPAGO B*	PLAN DE COPAGO C*
MÁXIMO DE GASTOS DE SU BOLSILLO	El 5 % de los ingresos brutos anuales de la familia, incluidos los gastos dentales**	El 5 % de los ingresos brutos anuales de la familia, incluidos los gastos dentales**
PRIMA	\$30/familia/trimestre	\$75/familia/trimestre
LIMITACIONES POR CONDICIÓN PREEXISTENTE	Sin periodo de espera	Sin periodo de espera
DEDUCIBLE	\$40/familia	\$500/niño; \$1,500/familia
EXÁMENES PREVENTIVOS DEL NIÑO	\$0	\$0
INMUNIZACIONES	\$0	\$0
CONSULTAS CON EL MÉDICO	\$5	\$25
VISITAS A ESPECIALISTAS	\$5	\$40
SALA DE EMERGENCIAS	\$5; \$10, no emergencia	\$300 después del deducible
AMBULANCIA	El 5 % del monto aprobado después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
CENTROS DE CUIDADO URGENTE	\$5	\$40
CIRUGÍA AMBULATORIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA AMBULATORIA	El 5 % del monto aprobado después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	\$150 después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS	\$0 para pruebas de diagnóstico menores y radiografías; el 5 % de la cantidad aprobada después del deducible para pruebas de diagnóstico principales y radiografías	\$0 para pruebas de diagnóstico menores y radiografías; el 20 % de la cantidad aprobada después del deducible para pruebas de diagnóstico principales y radiografías
CIRUJANO	El 5 % del monto aprobado	El 20 % del monto aprobado después del deducible
ANESTETISTA	El 5 % del monto aprobado	El 20 % del monto aprobado después del deducible

BENEFICIOS (por año del plan)	PLAN DE COPAGO B*	PLAN DE COPAGO C*
RECETAS MÉDICAS – Medicamentos genéricos preferidos – Medicamentos de marca registrada preferidos – Medicamentos no preferidos	– \$5 – El 5 % del monto aprobado – El 5 % del monto aprobado	– \$15 – El 25 % del monto aprobado – El 50 % del monto aprobado
SALUD MENTAL – Pacientes internados – Visitas al consultorio y de manera ambulatoria	– \$150 después del deducible – \$0	– El 20 % del monto aprobado después del deducible – \$0
TRATAMIENTO RESIDENCIAL	El 5 % del monto aprobado después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
FISIOTERAPIA	\$5 (límite de 20 consultas al año)	\$40 después del deducible (20 consultas por año)
ANÁLISIS DE CONDUCTA APLICADA (Applied Behavior Analysis, ABA) para el tratamiento del trastorno del espectro autista	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
CONSULTAS QUIROPRÁCTICAS	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA Y CUIDADO PALIATIVO	El 5 % del monto aprobado después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS	El 5 % del monto aprobado después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
EDUCACIÓN SOBRE DIABETES	\$0	\$0
EXAMEN PREVENTIVO DE LA VISIÓN a través de VSP (vsp.com o al 800-877-7195)	\$5 (límite de 1 consultas al año)	\$25 (límite de 1 consultas al año)
EXAMEN PREVENTIVO DE AUDICIÓN	\$5 (límite de 1 consultas al año)	\$25 (límite de 1 consultas al año)

* Los planes de copago se basan en sus ingresos. A los indígenas de los EE. UU./nativos de Alaska no se les cobrarán los copagos, las primas o los deducibles.

** La oficina de CHIP del estado de Utah le enviará una carta de aprobación que le indicará el máximo de gastos de su bolsillo aproximado de su familia.



¿Qué debería hacer si recibo una factura médica?

Si recibe una factura médica por servicios que cree que deberían estar cubiertos por CHIP, llame al Departamento de Servicios para Miembros para pedir ayuda al (888) 483-0760. No pague la factura hasta hablar con el Departamento de Servicios para Miembros. Es posible que no reciba un reembolso si paga la factura por su cuenta.

Es posible que deba pagar una factura médica por lo siguiente:

- Acepta (por escrito) recibir cuidados o servicios específicos que no están cubiertos por CHIP antes de recibirlos
- Solicita y recibe servicios que no están cubiertos durante una apelación o Audiencia Imparcial Estatal de CHIP. Solo paga por los servicios médicos si la decisión no es favorable para usted.
- No muestra su tarjeta de identificación de CHIP de Utah antes de recibir la atención médica
- No es elegible para CHIP
- Recibe atención de un médico que no forma parte de su plan de CHIP, o no está afiliado a CHIP de Utah (excepto para servicios de emergencia)

ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIA

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia es una afección médica que debe ser tratada de inmediato. Es una emergencia si usted cree que su vida está en peligro, una parte del cuerpo está muy lesionada o siente demasiado dolor.

¿Cuál sería un ejemplo de emergencia?

Las emergencias pueden incluir lo siguiente:

- envenenamiento;
- sobredosis;
- quemaduras graves;
- dolor fuerte en el pecho;
- embarazo con sangrado y/o dolor;
- corte profundo en el que el sangrado no se detiene;
- pérdida del conocimiento;
- no poder moverse ni hablar repentinamente;
- fracturas.

¿Qué debería hacer si tengo una emergencia?

Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde:

- Vaya a la sala de emergencias solo si tiene una verdadera emergencia
- Si está enfermo, pero no se trata de una verdadera emergencia, llame a su médico o visite una clínica de atención médica urgente (consulte a continuación)
- Si no está seguro de si su problema es una verdadera emergencia, llame a su médico para consultarle
- No se necesita autorización previa para recibir atención de emergencia

¿Qué hago si tengo preguntas acerca de un peligro de envenenamiento?

En caso de preguntas o emergencias por envenenamiento o sobredosis de medicamentos o drogas, llame al Centro de Toxicología al 1-800-222-1222.

¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?

Hay copago por el uso de la sala de emergencias. Consulte la tabla de copagos para obtener información adicional sobre los copagos y cargos de su servicio de atención de emergencia.

Un hospital que no se encuentre dentro de su plan podría pedirle que pague el tiempo que recibió el servicio. Si esto sucede, presente su reclamo por servicios de emergencia ante Molina para recibir un reembolso.

¿Qué debería hacer después de recibir atención de emergencia?

Llámenos tan pronto como sea posible después de recibir atención de emergencia. Notifique a su proveedor de atención primaria para informarle acerca de su consulta a la sala de emergencias.

¿Qué es la atención médica urgente?

Los problemas urgentes son aquellos que requieren atención dentro de las primeras 24 horas. Si no está seguro de si un problema es urgente, llame a su médico o a una clínica de atención médica urgente. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras al (888) 275-8750 (TTY: 711). Para buscar una clínica de atención médica urgente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 o consulte nuestra página web o directorio de proveedores.

¿Cuándo debería acudir a una clínica de atención médica urgente?

Debería acudir a una clínica de atención médica urgente si presenta alguno de los siguientes problemas menores:

- catarro común, síntomas de gripe o dolor de garganta;
- dolor de oído o dolor de muelas;
- lesión en la espalda;
- migrañas;
- solicitudes o resurtidos de medicamentos con receta;
- dolor de estómago;
- corte o raspón.

ATENCIÓN POSTERIOR A LA ESTABILIZACIÓN

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

La atención posterior a la estabilización ocurre cuando lo internan en el hospital desde la sala de emergencias (Emergency Room, ER). Este tipo de atención está cubierto. Si usted es admitido desde la sala de emergencias, no se aplicará ningún copago. Incluye las pruebas y los tratamientos que reciba hasta su estabilización.

¿Cuándo está cubierta la atención posterior a la estabilización?

Su plan cubre este tipo de atención, ya sea que acuda a uno de los hospitales del plan o no. Una vez que se encuentra estable, es posible que pidan su traslado a un hospital que esté dentro del plan.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos?

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- información sobre el control de la natalidad;
- asesoramiento para ayudarlo a planificar la llegada de un bebé;
- planificación familiar y tratamientos anticonceptivos sin copago;
- visitas a proveedores que acepten CHIP (dentro o fuera de la red);
- la posibilidad de ver a un proveedor sin una remisión;

Servicios de planificación familiar sin cobertura:

- medicamentos para la infertilidad;
- fertilización in vitro;
- asesoramiento genético;
- Norplant.

Para obtener más información acerca de los servicios de planificación familiar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760.

** Se requieren los formularios de consentimiento para esterilizaciones y deben firmarse 30 días antes de la cirugía.



SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN DEL ABORTO

Existen límites en la cobertura por abortos. Molina cubrirá el costo de un aborto solo en casos de violación, incesto o si la vida de la mujer está en peligro. Se requiere documentación específica para abortos.

ESPECIALISTAS

¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista?

Si necesita un servicio que su proveedor de atención primaria (PCP) no proporciona, puede acudir a un especialista dentro de la red.

Debería poder ver a un especialista:

- Dentro de los 30 días para atención que no es de urgencia
- Dentro de los dos días para atención de urgencia, pero que no corre riesgo de vida (p. ej., atención proporcionada en el consultorio del médico)

Si tiene problemas para ver a un especialista cuando lo necesite, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 para recibir ayuda.

AUTORIZACIÓN PREVIA

¿Qué es una autorización previa?

Algunos servicios deben recibir aprobación antes de poder pagarlos. El permiso para recibir el pago para esos servicios se llama autorización previa.

Si necesita un servicio que requiere autorización previa, su proveedor se la solicitará a Molina. Si no se otorga la aprobación para el pago de un servicio, puede apelar la decisión. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 si tiene alguna pregunta.

La mayoría de los servicios cubiertos están disponibles sin autorización previa. No necesita una remisión para ver a un especialista de Molina. Sin embargo, puede ver a un especialista antes si su médico particular le envía una autorización. Usted o su médico deben notificar a Molina antes de recibir ciertos tipos de atención. De lo contrario, se pueden reducir o incluso denegar sus beneficios. Se necesita autorización previa para lo siguiente:

- internación en el hospital/ambulatoria (para casos que no son emergencias);
- cirugía;
- algunos procedimientos en el consultorio;
- algunas radiografías y análisis de laboratorio;
- atención médica domiciliaria;

- equipos y suministros médicos;
- atención a largo plazo (residencia para ancianos o rehabilitación);
- fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

OTRO SEGURO

¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?

No puede tener otro seguro y estar cubierto por CHIP, a menos que el seguro sea un plan de cobertura limitada (como un plan dental o solo de visión, etc.). Debe notificar al Departamento de Servicios Laborales (DWS) del estado de Utah dentro de los diez (10) días posteriores a la inscripción en otro seguro médico.

Una vez que se notifique al DWS, revisarán la información para determinar si continuará recibiendo los beneficios del programa CHIP. Si su caso de CHIP se cierra, notifique a los proveedores de servicios dentales para facturarle a su otro seguro en lugar de a CHIP.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es un documento legal que le permite hacer elecciones acerca de su atención médica con antelación. Es posible que llegue un momento en el que se encuentre demasiado enfermo como para tomar decisiones por usted mismo. Una directiva anticipada hará que se conozcan sus deseos si usted no puede hacerlo.

Existen cuatro tipos de directivas anticipadas:

- testamento vital (atención en el final de la vida);
- poder legal para asuntos médicos;
- poder notarial para atención de la salud mental;
- directiva de atención médica prehospitalaria (orden de no resucitar).

Testamento vital: Un testamento vital es un documento que indica a los médicos qué tipos de servicios desea o no recibir si se enferma demasiado y queda al borde la muerte, y no puede tomar sus propias decisiones.

Poder legal para asuntos médicos: Un poder legal para asuntos médicos es un documento que le permite elegir a una persona para que tome decisiones acerca de su atención médica cuando usted no pueda hacerlo.

Poder notarial para atención de la salud mental: Un poder notarial para atención de la salud mental designa a una persona que toma las decisiones acerca de la atención de su salud mental en caso de que no pueda hacerlo usted mismo.



Directiva de atención médica prehospitalaria: Una directiva de atención médica prehospitalaria indica a los proveedores si usted no desea recibir determinada atención de emergencia para salvarle la vida que recibiría fuera de un hospital o en la sala de emergencias de un hospital. También podría incluir los servicios prestados por otros proveedores de respuesta ante emergencias, como bomberos u oficiales de policía. Debe llenar un formulario naranja especial. Deberá conservar el formulario naranja completo en un lugar visible.

Para obtener más información sobre cómo crear una directiva anticipada, visite: MolinaHealthcare.com o llame al (888) 483-0760

APELACIONES, QUEJAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

Una determinación adversa de beneficios es cuando ocurre lo siguiente:

- Denegamos el pago por atención o aprobamos el pago por menos atención de la que desea.
- Reducimos el número de servicios que puede obtener o finalizamos el pago de un servicio que estaba aprobado.
- Denegamos el pago por un servicio cubierto.
- Denegamos el pago de un servicio por el que usted podría ser responsable de pagar.
- No decidimos sobre una apelación ni una queja de manera oportuna.

- No le proporcionamos una cita con el médico de manera oportuna. Oportuno significa 30 días para una consulta de rutina con el médico y dos días para una consulta de atención de urgencia.
- Denegamos la solicitud de un miembro para disputar una responsabilidad financiera.

Usted tiene derecho a recibir un Aviso de determinación adversa de beneficios si ocurre alguno de los sucesos antes mencionados. Si no recibió este aviso, comuníquese con Servicios para Miembros y se lo enviaremos.

¿Qué es una apelación?

Una apelación ocurre cuando usted, su representante autorizado o su proveedor se comunica con nosotros para revisar una determinación adversa de beneficios para ver si se tomó la decisión correcta al rechazar su solicitud de servicio.

¿Cómo presento una apelación?

Usted, su proveedor o cualquier representante autorizado pueden solicitar una apelación. Podrá encontrar un formulario de apelación en nuestra página web en MolinaHealthcare.com.

Se aceptarán las solicitudes de apelación presentadas de las siguientes maneras:

Por correo:

Molina Healthcare of Utah CHIP Plan
Appeals and Grievances
7050 S. Union Park Center #200
Midvale, UT 84047

Por fax:

(877) 682-2218

Por teléfono

(888) 483-0760

Presente una apelación dentro de los 90 días posteriores a la fecha del Aviso de Determinación Adversa de Beneficios. Si necesita ayuda para presentar una apelación, llámenos al (888) 483-0760. Si es sordo o tiene alguna discapacidad auditiva, llame al servicio de retransmisión de Utah al 711.

¿Cuánto tiempo lleva una apelación?

Se le notificará por escrito dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha en que se reciba su apelación. Se le notificará por escrito si se necesita más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación. Si usted, su representante autorizado o su proveedor piensa que es importante decidir rápidamente, puede solicitar una apelación acelerada. Se tomará una decisión de apelación acelerada dentro de las 72 horas.

¿Qué sucede con sus beneficios durante una apelación?

Sus beneficios no se suspenderán porque presentó una apelación. Si está apelando porque le limitaron o denegaron un servicio que ha estado recibiendo, infórmenos si desea continuar recibiendo ese servicio. Es posible que deba pagar por el servicio si la decisión no es favorable para usted.

¿Qué es una apelación acelerada?

Si esperar 30 días por nuestra decisión podría afectar su salud, su vida o su habilidad para mantener o recuperar por completo el funcionamiento de alguna parte del cuerpo, usted, su representante autorizado o su proveedor puede solicitar una decisión acelerada de su solicitud de apelación. Esto significa que tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de las 72 horas. Se aceptan apelaciones aceleradas por teléfono o por escrito. Si no podemos aceptar una apelación acelerada, le enviaremos una carta y le explicaremos por qué no podemos aceptarla.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Llámenos al (888) 483-0760 o escríbanos a:

Molina Healthcare of Utah CHIP Plan
Appeals and Grievances
7050 S. Union Park Center #200
Midvale, UT 84047

¿Qué es una querella?

Una queja es un reclamo sobre la forma en que su proveedor o Molina manejan sus servicios de salud.

¿Cómo presento una queja?

Si no está satisfecho con la forma en que se le proporcionaron los servicios, tiene derecho a presentar una queja. Esto le brinda una oportunidad de informarnos acerca de sus inquietudes. Puede presentar una queja sobre problemas relacionados con su atención médica, tales como:

- Cuando no está de acuerdo con la cantidad de tiempo que el plan necesita para tomar una decisión de autorización.
- Si la atención o el tratamiento son apropiados.
- Acceso a la atención médica.
- Calidad de la atención.
- Actitud del personal.
- Trato descortés.
- Cualquier otro tipo de problema que haya tenido con su servicio de atención médica.

Puede presentar una querella en cualquier momento. Si necesita ayuda para presentar una queja, llámenos al (888) 483-0760. Si es sordo o tiene alguna discapacidad auditiva, llame al servicio de retransmisión de Utah al 711.

Puede presentar una querella por teléfono o por escrito. Para hacerlo por teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760. Para presentar una querella por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of Utah CHIP Plan
Appeals and Grievances
7050 S. Union Park Center #200
Midvale, UT 84047

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de los 90 días naturales, a partir del día en que recibamos su queja.

¿Qué es una Audiencia Imparcial Estatal?

Una Audiencia Imparcial Estatal es una audiencia que usted, su representante autorizado o su proveedor puede solicitar a la Unidad Estatal de Audiencias de Medicaid/CHIP si no está satisfecho con nuestra decisión acerca de su apelación.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?

Si usted o su proveedor no está conforme con una medida tomada por Molina Healthcare, puede presentar una solicitud de audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas de Utah.

Recibirá una copia del formulario de solicitud con la carta de rechazo a la apelación. También puede encontrar el formulario en la página web: MolinaHealthcare.com.

La solicitud de audiencia debe realizarse dentro de los 120 días naturales de la fecha de la decisión de apelación de Molina.

FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO

¿Qué es el fraude, despilfarro y abuso de atención médica?

Hacer algo indebido en relación con CHIP podría considerarse un fraude, despilfarro y abuso. Queremos asegurarnos de que sus dólares invertidos en atención médica se usen de inmediato. El fraude, derroche y abuso pueden hacer que la atención médica sea más costosa para todos.

Infórmenos si cree que un proveedor de atención médica o una persona que recibe CHIP está haciendo algo incorrecto. Estos son algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso:

Por parte de un miembro:

- Dejar que alguien use su tarjeta de identificación de CHIP
- Cambiar la cantidad o el número de renovaciones en una receta médica
- Mentir para recibir servicios médicos o farmacéuticos

Por parte de un proveedor:

- Facturar servicios o suministros que no se han proporcionado
- Cobrar de más por los servicios cubiertos a CHIP o a un miembro de CHIP
- No informar el mal uso de una tarjeta de identificación del miembro por parte de un paciente

¿Cómo puedo informar un fraude, despilfarro o abuso?

Si sospecha fraude, despilfarro o abuso, puede comunicarse con:

Línea de alerta para el cumplimiento normativo de Molina CHIP:

llame al 866-606-3889

en línea: <https://molinahealthcare.AlertLine.com>

Escriba a:

Molina CHIP Compliance Office:
Attn: Compliance Officer Molina CHIP
7050 Union Park Center #200
Midvale, UT 84047

Fraude de proveedores

Oficina del Inspector General (OIG)

Correo electrónico: mpi@utah.gov

Línea directa gratuita: 1-855-403-7283

Fraude de miembros

Línea directa de fraude del Departamento de Servicios Laborales

Correo electrónico: wsinv@utah.gov

Teléfono: (800) 955-2210

No deberá brindar su nombre para presentar una denuncia. Sus beneficios no se verán afectados si presenta una denuncia.



SERVICIOS DE TRANSPORTE

¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia?

Si tiene un problema médico grave y no es seguro que conduzca hasta una sala de emergencias, llame al 911. Utah CHIP cubre una ambulancia.

LISTA DE SERVICIOS CUBIERTOS

Estos son algunos de los servicios cubiertos por su plan:

- Abortos y esterilizaciones (si se cumplen los criterios, con los formularios necesarios)
- Ambulancia, por tierra y aire para emergencias médicas
- Ensayos clínicos aprobados
- Ayuda en la educación sobre la diabetes
- Díalisis para la insuficiencia renal en etapa terminal
- Consultas médicas, incluidas las consultas con especialistas
- Medicamentos recetados por su médico
- Exámenes de los ojos
- Atención de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Planificación familiar
- Tener un bebé, incluidos los servicios de alto riesgo
- Exámenes auditivos
- Atención médica domiciliaria
- Centro de cuidado paliativo (cuidados al final de la vida útil)
- Servicios hospitalarios, en el hospital y ambulatorios
- Inmunizaciones
- Laboratorio y radiografías
- Tratamiento por aborto espontáneo (perder a su bebé debido a causas naturales)
- Equipos y suministros médicos
- Servicios para la salud mental
- Terapia ocupacional
- Trasplantes de órganos (médula ósea, corazón y pulmones, páncreas y riñón, córnea, corazón, riñón, hígado, pulmón)
- Fisioterapia

LISTA DE SERVICIOS NO CUBIERTOS

Estos son algunos de los servicios que su plan no cubre:

- Aborto, excepto para salvar la vida de la madre o en el caso de violación o incesto, con los formularios requeridos
- Acupresión
- TDAH
- Trastorno del espectro del autismo (Autism Spectrum Disorder, ASD)
- Pruebas y tratamientos contra alergias, ciertos tipos
- Anestesia general, mientras se encuentra en el consultorio del médico
- Biorretroalimentación
- Centros de maternidad autorizados y partos en casa
- Terapia contra el cáncer, haz de neutrones
- Ciertos fármacos y medicamentos (como medicamentos para la pérdida de peso, medicamentos no aprobados por la FDA, etc.)
- Ciertas vacunas (contra el ántrax, la tuberculosis, la peste bubónica, la fiebre amarilla tifoidea y otras)
- Ciertos servicios para el dolor
- Cargos o servicios no destinados para fines médicos
- Servicios quiroprácticos
- Reclamos después de un año
- Afecciones provocadas por el delito
- Anestesia odontológica, a menos que se cumplan los criterios
- Dispositivo para corregir o apoyar el pie
- Punción seca
- Servicios experimentales
- Cirugía ocular para la visión (como LASIK)
- Planificación familiar (específicamente Norplant, medicamentos para la infertilidad, fertilización in vitro, asesoramiento genético)
- Entrenamiento físico, aparatos de ejercicios, tarifas de gimnasio, etc.
- Tratamiento basado en alimentos
- Genoterapia
- Asesoramiento genético

¿Puedo recibir un servicio que no se encuentre en esta lista?

No, CHIP no paga por los servicios que no están cubiertos.

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

¿Cómo protegemos su privacidad?

Nos esforzamos por proteger la privacidad de su información médica personal (Personal Health Information, PHI).

Tenemos políticas y reglas para proteger la información médica protegida (PHI).

Solo usamos o damos su PHI con su consentimiento.

Solo proporcionamos la PHI sin su aprobación cuando la ley lo permite.

Usted tiene derecho a consultar su PHI.

Protegemos la PHI limitando el acceso a esta información a aquellos que la necesitan para realizar tareas, y a través de mecanismos de protección física.

¿Cómo puedo obtener más información acerca de las normas de privacidad?

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta con respecto a la privacidad de sus registros médicos. Allí podrán ayudarlo con las inquietudes de privacidad que pueda llegar a tener acerca de su información médica. También pueden ayudarlo a completar los formularios necesarios para ejercer sus derechos de privacidad.

La notificación completa de las normas de privacidad está disponible en MolinaHealthcare.com. También puede solicitar una copia impresa de esta información llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760.





MolinaHealthcare.com