

Bienvenido a **Molina Healthcare.**

Está en familia.



MolinaHealthcare.com

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	06
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 DE MEDICAID	08
¿A quién puedo llamar si necesito ayuda?	08
BENEFICIOS DE MEDICAID	08
¿Cómo uso mis beneficios de Medicaid?	08
¿Cómo es mi tarjeta de miembro de Medicaid de Utah?.....	08
¿Puedo consultar mis beneficios de Medicaid en línea?.....	09
CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR.....	09
¿Qué es un proveedor de atención primaria?	09
¿Cómo elijo un proveedor de atención primaria?.....	09
¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria?.....	09
COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS	09
¿Qué son los copagos y los costos compartidos?.....	09
¿Quiénes no pagan copagos?	09
¿Qué servicios no tienen copago?	09
¿Cuándo abono un copago?.....	10
CUADRO DE MONTOS DE COPAGO.....	10
¿Qué es el máximo de gastos de su bolsillo?	11
¿Qué sucede cuando alcanzo mi máximo de gastos de bolsillo?	11
Copagos máximos de gastos de su bolsillo:	11
¿Qué debería hacer si recibo una factura médica?.....	11
Es posible que deba pagar una factura médica por lo siguiente:	11
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIA.....	11
¿Qué es una emergencia?	11
¿Cuál sería un ejemplo de emergencia?	12
¿Qué debería hacer si tengo una emergencia?	12

¿Qué hago si tengo preguntas acerca de un peligro de envenenamiento?.....	12
¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?.....	12
¿Qué debería hacer después de recibir atención de emergencia?.....	12
¿Qué es la atención médica urgente?.....	12
¿Cuándo debería acudir a una clínica de atención médica urgente?.....	12
ATENCIÓN POSTERIOR A LA ESTABILIZACIÓN	12
¿Qué es la atención posterior a la estabilización?.....	12
¿Cuándo está cubierta la atención posterior a la estabilización?.....	12
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	12
¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos?.....	12
¿Qué servicios de planificación familiar no están cubiertos?.....	13
ESPECIALISTAS.....	13
¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista?.....	13
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL.....	13
¿Qué servicios de salud conductual están cubiertos?.....	13
¿Hay otros servicios de salud conductual cubiertos?.....	14
AUTORIZACIÓN PREVIA	14
¿Qué es una autorización previa?.....	14
PROGRAMA DE RESTRICCIÓN	14
¿Qué significa estar en el Programa de restricción?.....	14
OTRO SEGURO.....	15
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?.....	15
DIRECTIVAS ANTICIPADAS	15
¿Qué es una directiva anticipada?.....	15
APPEALS AND GRIEVANCES	16
¿Qué es una determinación adversa de beneficios?.....	16
¿Qué es una apelación?.....	16
¿Cómo presento una solicitud de apelación?.....	16
¿Cuánto tiempo lleva una apelación?.....	16
¿Puedo recibir la decisión de una apelación más rápidamente?.....	16
¿Cómo solicito una apelación acelerada?.....	17
¿Qué sucede con mis beneficios durante una apelación?.....	17

¿Qué es una audiencia imparcial estatal?	17
¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?	17
¿Qué es una querrela?	17
¿Cómo presento una querrela?	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	18
¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia?	18
¿Cómo me dirijo al médico cuando no se trata de una emergencia y no puedo conducir?	18
¿Qué tipo de transporte está cubierto por mi Medicaid?.....	18
¿Puedo recibir ayuda si debo viajar largas distancias?	19
CANTIDAD, DURACIÓN Y ALCANCE DE LOS BENEFICIOS.....	20
¿Puedo recibir un servicio que no se encuentre en esta lista?	22
¿Qué sucede si cambio de plan médico?	22
NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD	22
¿Cómo protegemos su privacidad?	22
¿Cómo puedo obtener más información acerca de las normas de privacidad?	22

Molina Healthcare of Utah
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

[MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com)

Número telefónico de Servicios para Miembros: (888) 483-0760

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
 - Material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender

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/smartscreen/main.jsf>.

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

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 yánilti'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 नमिति भाषा 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 គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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。

INTRODUCCIÓN

Bienvenido a Molina Medicaid Integrated Care. Somos un plan de atención integrada. Esto significa que cubrimos servicios de salud física, de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) si los necesita.

El Manual del Miembro de Molina Medicaid Integrated Care y la lista de proveedores están disponibles en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

Este manual explica los servicios de Medicaid que cubrimos. Puede obtener este manual y otra información escrita en español. También puede recibir este manual en formato electrónico en inglés o en español. Para obtener ayuda, llámenos al (888) 483-0760.

SERVICIOS DE IDIOMAS

¿Cómo puedo recibir ayuda en otros idiomas?

Si usted es sordo, ciego o tiene alguna dificultad para escuchar o hablar, o si habla un idioma distinto al inglés, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760. Encontraremos a alguien que hable su idioma, sin cargo alguno.

Si tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711 o TTY: (800) 346-4128. 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 (888) 483-0760, opción 1, 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.

Además, puede llamar al equipo de Servicios para Miembros para solicitar nuestros documentos en cualquier idioma que necesite.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado de manera justa y con respeto, y que todas las personas que trabajan con Molina Healthcare lo traten con dignidad.
- Obtener información sobre Molina Healthcare, nuestros proveedores, nuestros médicos, nuestros servicios y los derechos y responsabilidades de nuestros miembros.
- Elegir a su médico “principal” de la red de Molina Healthcare. (A este médico se lo denomina médico de atención primaria o médico personal).
- Que se le informe acerca de su salud. Si tiene alguna enfermedad, tiene derecho a que le informen acerca de las opciones de tratamiento, sin importar el costo o la cobertura del beneficio.
- Usted tiene derecho a que le respondan todas las preguntas que tenga con respecto a su salud.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamiento médico.
- Privacidad. Molina Healthcare mantiene su historia clínica en confidencialidad*.
- Consultar su historia clínica, incluidos los resultados de su Evaluación de salud inicial (Initial Health Assessment, IHA). También tiene derecho a recibir una copia y corregir su historia clínica cuando sea posible conforme a la ley*.
- Quejarse sobre Molina Healthcare o su atención. Puede llamar por teléfono, enviar un fax, enviar un correo electrónico o escribir al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare.
- Apelar decisiones de Molina Healthcare. Usted tiene derecho a que alguien hable por usted durante su querrela.
- Pedir una Audiencia imparcial estatal llamando sin cargo al (801) 538-6576. También tiene derecho a recibir información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial estatal acelerada.
- Pedir una segunda opinión acerca de su afección médica.
- Pedir que alguien ajeno a Molina Healthcare investigue terapias que sean experimentales o que se realizan como parte de una exploración.
- Decidir con anticipación la forma en la que desea recibir atención en caso de padecer una enfermedad o lesión potencialmente mortal.
- Recibir servicios de intérpretes las 24 horas del día, sin cargo, para que lo ayuden a hablar con su médico o con nosotros si prefiere hablar en otro idioma que no sea inglés.



- Que no le pidan traer a un menor, un amigo o un familiar para que actúe como intérprete.
 - Recibir información sobre Molina Healthcare, sus proveedores o su salud en el idioma que prefiera.
 - Solicitar y recibir los materiales para los miembros en formatos alternativos, como en sistema Braille, letra grande y audio, y de forma oportuna según el formato que solicite y de acuerdo con las leyes estatales.
 - Recibir instrucciones sobre cómo puede ver por Internet o recibir una copia de las políticas y los procedimientos administrativos y clínicos de dominio público de Molina Healthcare.
 - Obtener una copia de la lista de medicamentos aprobados (formulario de medicamentos) de Molina Healthcare a solicitud.
 - Presentar una querrela si no recibió un medicamento médicamente necesario después de una visita de emergencia a alguno de los hospitales contratados de Molina Healthcare.
 - Tener acceso a los servicios de planificación familiar, centros de salud federalmente calificados, Centros de Servicios de Salud Indígena, servicios para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y servicios de emergencia fuera de la red de Molina Healthcare, conforme con las leyes federales. No necesita la aprobación previa de Molina Healthcare.
 - Obtener servicios con consentimiento del menor.
 - No ser maltratado por Molina Healthcare, sus médicos o el Departamento de Salud por ejercer alguno de estos derechos.
 - Hacer recomendaciones acerca de las políticas sobre derechos y responsabilidades del miembro de la organización.
 - No ser sometido a controles o aislamiento usados para presionar, castigar o buscar venganza.
 - Presentar una querrela o queja si cree que sus necesidades lingüísticas no están siendo satisfechas por el plan.
- * Sujeto a las leyes estatales y federales.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Sus responsabilidades son las siguientes:

- Obtener información y preguntar acerca de sus beneficios médicos. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios, llame sin cargo al (888) 483-0760.
- Proporcionar información necesaria para su atención a su médico, proveedor o a Molina Healthcare.
- Ser activo en la toma de decisiones con respecto a su atención médica.
- Cumplir con el plan y las instrucciones de atención que ha acordado con su(s) médico(s).
- Construir una sólida relación médico-paciente.
- Cooperar con su médico y el personal, asistir a las citas y llegar a tiempo. Si va a llegar tarde o no puede asistir a su cita, llame al consultorio de su médico.
- Proporcionar su tarjeta de identificación de Medicaid estatal cuando recibe atención médica y no darle la tarjeta a otra persona. Avisar a Molina Healthcare o al estado si toma conocimiento de algún fraude o acción ilícita.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas.



CÓMO CONTACTAR A MI PLAN DE MEDICAID

¿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
- Consultas sobre facturas
- Comprender sus beneficios
- Encontrar un especialista
- Con una queja (también llamada reclamo) o una apelación
- Con preguntas sobre los planes de incentivos para médicos
- Otras preguntas

También puede encontrarnos en Internet en

MolinaHealthcare.com.

BENEFICIOS DE MEDICAID

¿Cómo uso mis beneficios de Medicaid?

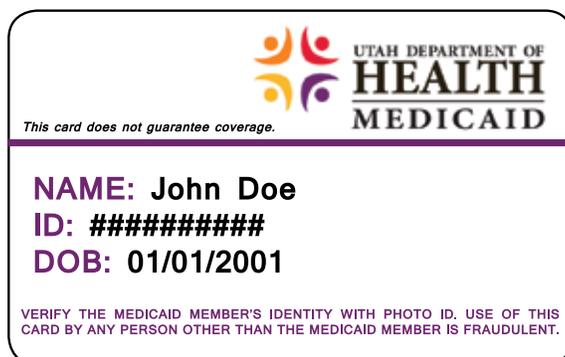
Cada miembro de Medicaid recibirá una tarjeta de miembro de Medicaid del Departamento de Salud de Utah.

Usted utilizará esta tarjeta siempre que sea elegible para Medicaid. Deberá mostrar su tarjeta de miembro de Medicaid de Utah antes de recibir servicios o surtir una receta. Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su plan de Medicaid o posiblemente deba pagar por el servicio.

Encontrará una lista de servicios cubiertos en la página 22.

¿Cómo es mi tarjeta de miembro de Medicaid de Utah?

La tarjeta de miembro de Medicaid de Utah es de tamaño bolsillo y llevará el nombre, el número de identificación de Medicaid y la fecha de nacimiento del miembro. Su tarjeta de miembro de Medicaid de Utah se verá así:



NO pierda ni dañe su tarjeta, y no se la preste a otra persona. Si pierde o daña su tarjeta de identificación de Medicaid de Utah, llame al Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services, DWS) al 1-866-435-7414 para obtener una tarjeta nueva.

Molina también le enviará una tarjeta de identificación de Molina Medicaid Integrated Care que se verá así:



Si necesita una copia de su tarjeta de identificación de Molina, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros u obtener una copia en el portal para miembros MyMolina.com.

¿Puedo consultar mis beneficios de Medicaid en línea?

Puede consultar la información sobre la cobertura y el plan de Medicaid de Utah en mybenefits.utah.gov.

Los miembros titulares pueden consultar la información de cobertura y del plan para todas las personas bajo su cuidado. Los adultos e hijos mayores de 18 años pueden consultar su propia información de cobertura y del plan. También se les puede brindar acceso a esta información a los representantes médicos.

Para obtener más información sobre el acceso o la consulta de la información sobre los beneficios, visite mybenefits.utah.gov o llame al Departamento de Salud de Utah al (844) 238-3091.

También puede consultar los beneficios de su plan en línea en MolinaHealthcare.com.

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 este trabaja con nosotros para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

¿Cómo elijo un proveedor de atención primaria?

Deberá elegir un PCP del directorio de proveedores disponible en línea en MolinaHealthcare.com o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedir ayuda. Una vez que haya elegido un PCP, deberá comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para informarles su elección. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para elegir un PCP. Si tiene una necesidad de atención médica especial, uno de los administradores de casos lo ayudará a elegir un PCP. Para hablar con un administrador de casos acerca de la elección del PCP, llame al (888) 483-0760.

¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 si desea cambiar de PCP. También puede cambiar de PCP al iniciar sesión en el portal para miembros en MyMolina.com.

COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS

¿Qué son los copagos y los costos compartidos?

Es posible que deba pagar una tarifa por algunos servicios. Esta tarifa se llama copago o costo compartido.

¿Quiénes no pagan copagos?

A continuación, se enumeran los miembros que nunca tendrán que pagar un copago:

- Nativos de Alaska
- Indígenas americanos
- Miembros que reciben cuidados paliativos
- Miembros que califican para los beneficios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT).

¿Qué servicios no tienen copago?

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

- Servicios de laboratorios y radiología
- Servicios de planificación familiar
- Inmunizaciones (inyecciones)
- Servicios preventivos
- Servicios para dejar de fumar
- Servicios de salud conductual ambulatorios (trastorno mental y trastorno por uso de sustancias)



¿Cuándo abono un copago?

Es posible que deba pagar un copago para lo siguiente:

- Consultas con el médico
- Visitas al hospital para recibir atención ambulatoria
- Hospitalizaciones planificadas
- Uso de la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia
- Obtención de medicamentos recetados

CUADRO DE MONTOS DE COPAGO

Los copagos son los mismos para los miembros tradicionales y no tradicionales de Medicaid. El siguiente cuadro muestra sus montos de copago.

Servicio	Copago
Sala de emergencias	Copago de \$8 por el uso de la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia
Hospitalización	Copago de \$75 por internación
Farmacia	Copago de \$4 por receta, hasta \$20 por mes
Visitas al médico, podólogo y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$4, hasta \$100 por año combinado (<i>oftalmólogos incluidos</i>)
Servicios de la visión	Copago de \$4 para oftalmólogos



¿Qué es el máximo de gastos de su bolsillo?

Medicaid tiene un límite en el monto que usted debe pagar en copagos. Esto se llama máximo de gastos de su bolsillo y se aplica a determinados tipos de servicios por periodos específicos de tiempo.

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

Asegúrese de guardar los recibos cada vez que pague un copago. Una vez que alcance su máximo de gastos de bolsillo, comuníquese con Medicaid al (866) 608-9422 para recibir ayuda durante el proceso.

Copagos máximos de gastos de su bolsillo:

Farmacia: copago de \$20 por mes
 Médico, podólogo y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: copago de \$100 por año* combinado
 * El año de copago inicia en enero y se extiende hasta diciembre.

Tenga en cuenta lo siguiente: Es posible que no deba pagar un copago si tiene otro seguro.

Para obtener más información, consulte la Guía para Miembros de Medicaid. Para solicitar una guía, llame al 1-866-608-9422. La información también se encuentra en línea en el portal de Medicaid de Utah en <https://medicaid.utah.gov/>

¿Qué debería hacer si recibo una factura médica?

Si recibe una factura médica por servicios que cree que deberían estar cubiertos por Medicaid, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina

Medicaid Integrated Care para pedir asistencia. No pague la factura hasta hablar con Servicios para Miembros de Molina Medicaid Integrated Care. 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 Medicaid antes de recibirlos.
- Solicita y recibe servicios que no están cubiertos durante una apelación o audiencia imparcial estatal de Medicaid. Solo paga por los servicios si la decisión no es favorable para usted.
- No muestra su tarjeta de miembro de Medicaid antes de recibir los servicios.
- No es elegible para Medicaid.
- Recibe atención de un médico que no forma parte de su plan de Medicaid, o no está afiliado a Medicaid 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 en el pecho
- Embarazo con sangrado o dolor
- Sangrado que no se detiene
- Sangrado abundante
- Pérdida del conocimiento
- No poder moverse ni hablar repentinamente
- Fracturas
- Problemas para respirar
- Otros síntomas en los que siente que su vida corre peligro

¿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 (800) 222-1222.

¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?

No hay copago por el uso de la sala de emergencias durante una verdadera emergencia. Un hospital que no se encuentre dentro de su plan podría pedirle que pague al momento de recibir el servicio. Si esto sucede, presente su reclamo por servicios de emergencia ante Molina Medicaid Integrated Care. Molina Medicaid Integrated Care pagará el reclamo. No necesita autorización previa.

Si acude a una sala de emergencias en un caso que no es de emergencia, se le cobrará un copago.

¿Qué debería hacer después de recibir atención de emergencia?

Llámenos tan pronto como sea posible después de recibir atención de emergencia. Notifique a su PCP para que esté al tanto de su visita de emergencia.

¿Qué es la atención médica urgente?

Los problemas urgentes normalmente deben ser tratados dentro de las 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 enfermería:

Inglés: (888) 275-8750

Español: (866) 648-3537

Personas sordas y con discapacidad auditiva: 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 nuestro 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. Este tipo de atención está cubierto. Incluye todas las pruebas y los tratamientos que reciba hasta su estabilización.

¿Cuándo está cubierta la atención posterior a la estabilización?

Molina Medicaid Integrated Care cubre este tipo de atención en todos los hospitales. Una vez estabilizada su afección, es posible que se solicite el traslado a un hospital de su plan.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos?

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Información sobre control de la natalidad
- Asesoramiento para ayudarlo a planificar la llegada de un bebé
- Acceso a anticonceptivos (consulte la tabla a continuación)

No debe pagar copago por tratamientos anticonceptivos y de planificación familiar. Puede consultar a cualquier proveedor que acepte Medicaid para planificación familiar y métodos anticonceptivos. Esto significa que puede obtener estos servicios de proveedores dentro o fuera de la red. Puede consultar al proveedor sin una remisión.

Puede recibir los siguientes tipos de anticonceptivos con una receta de cualquier proveedor que acepte Medicaid o Molina Medicaid Integrated Care:

Tipo de anticonceptivo	
Preservativos	Sí * OTC
Implantes anticonceptivos	Sí
Cremas	Sí * OTC
Depo-Provera	Sí
Diafragma	Sí * OTC
Espumas	Sí * OTC
DIU	Sí
Píldora del día después	Sí
Parches	Sí
Píldoras	Sí
Anillos	Sí
Esterilización (ligadura de trompas o vasectomía)	Sí ** Se requiere formulario de consentimiento
Esterilización no quirúrgica (como Essure®)	Sí ** Se requiere formulario de consentimiento

¿Qué servicios de planificación familiar no están cubiertos?

Los servicios de planificación familiar que no están cubiertos incluyen:

- Medicamentos para la infertilidad
- Fertilización in vitro
- Asesoramiento genético

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

* OTC (Over-the-Counter): artículos de venta libre

** Los formularios de consentimiento para esterilizaciones deben firmarse 30 días antes de la cirugía. Existen límites en la cobertura por abortos. Molina Medicaid Integrated Care cubrirá el costo de un aborto solo en casos de violación, incesto o si la vida de la madre corre peligro. Se requiere documentación específica para abortos.

ESPECIALISTAS

¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista?

Si necesita un servicio que no proporciona su PCP, puede acudir a un especialista dentro de la red. Entre los especialistas se incluyen los proveedores de salud conductual.

Debería poder ver a un especialista:

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

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.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

¿Qué servicios de salud conductual están cubiertos?

Los servicios de salud conductual son servicios para trastornos de salud mental o por abuso de sustancias. La atención hospitalaria relacionada con problemas de salud mental y servicios médicos para pacientes internados por desintoxicación en casos de trastornos por abuso de sustancias (SUD) también están cubiertos.

Los servicios ambulatorios de salud conductual incluyen:

- Evaluaciones
- Pruebas psicológicas
- Terapia individual, familiar y grupal
- Servicios de terapia conductual individual y grupal
- Control de medicamentos
- Capacitación y desarrollo de las habilidades individuales
- Servicios de rehabilitación psicosocial (tratamiento diurno)
- Servicios de apoyo de pares
- Servicios de administración de casos específicos.

Los servicios son proporcionados por profesionales de SUD y salud mental con licencia, incluidos médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales clínicos con licencia, asesores clínicos de salud mental, asesores de SUD, administradores de casos específicos y otros. Si desea obtener más información acerca de estos servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760.

¿Hay otros servicios de salud conductual cubiertos?

Sí, a continuación se presentan otros servicios de salud conductual que están cubiertos:

- Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)
- Servicios de cuidado de respiro
- Servicios psicoeducativos
- Servicios personales
- Ayuda para la vida diaria

Si tiene alguna pregunta, su proveedor hablará con usted acerca de estos servicios.

AUTORIZACIÓN PREVIA

¿Qué es una autorización previa?

Algunos servicios deben aprobarse antes de que Molina Medicaid Integrated Care pague por ellos. La aprobación por parte de Molina se llama autorización previa. Si necesita un servicio que requiere autorización previa, su médico se la solicitará a Molina. Si no se otorga la aprobación para el pago de un servicio, puede solicitar un formulario de apelación de Molina. 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 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 de la salud en el hogar
- Equipos y suministros médicos

- Atención a largo plazo (hogar de ancianos o rehabilitación)
- Terapia física, ocupacional y del habla

Su médico debe llamar y solicitar las autorizaciones correspondientes antes de que usted pueda recibir los servicios. Es su responsabilidad preguntarle al médico si ha obtenido la autorización de Molina.

Normalmente, decidimos acerca de la aprobación de un servicio dentro de los 14 días calendario desde la recepción de la solicitud. En ocasiones, es posible que usted y su médico piensen que es importante decidir rápidamente acerca de la aprobación de un servicio. En ese caso, intentaremos tomar una decisión dentro de tres (3) días hábiles. Notificaremos a su médico acerca de nuestra decisión. Si la solicitud para el servicio no es aprobada por Molina, le enviaremos una carta. Para obtener una lista completa de los servicios para los que se requiere autorización previa y para los que no, puede visitar MolinaHealthcare.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

PROGRAMA DE RESTRICCIÓN

¿Qué significa estar en el Programa de restricción?

Los miembros de Medicaid que necesitan ayuda para utilizar servicios de atención médica de forma adecuada pueden afiliarse al Programa de restricción. Los miembros que participan en el Programa de restricción están limitados a un médico y una farmacia principales. Todos los servicios médicos y las recetas deben ser aprobados o coordinados por el médico principal del miembro. Todas las recetas deben surtirse en la farmacia principal del miembro. El uso continuo de servicios de atención médica se revisa con frecuencia.

Ejemplos de usos indebidos de servicios:

- Acudir a la sala de emergencias para la atención médica rutinaria
- Visitar a demasiados médicos
- Surtir demasiadas recetas de medicamentos para el dolor
- Obtener medicamentos de venta controlada o de los que se pueda potencialmente abusar de más de un proveedor que recete

Nos comunicaremos con usted si notamos que utiliza los servicios de forma indebida.

OTRO SEGURO

¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?

Algunos miembros tienen otro seguro médico además de Medicaid. Su otro seguro se denomina seguro primario.

Si tiene otro seguro, su seguro primario pagará primero. Lleve todas sus tarjetas de seguros médicos a las visitas con los proveedores.

Tener otro seguro médico podría afectar el monto que debe pagar. Es posible que deba pagar su copago al momento de recibir el servicio.

Avise a su médico y a nosotros si tiene otro seguro médico. También debe dar aviso a la Oficina de Servicios de Recuperación (Office of Recovery Services, ORS) acerca de cualquier otro seguro médico que tenga. Llame a la ORS al (801) 536-8798. Esto ayudará a Medicaid y a sus proveedores a saber quién debería pagar sus facturas. Esta información no cambiará los servicios que reciba.

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.

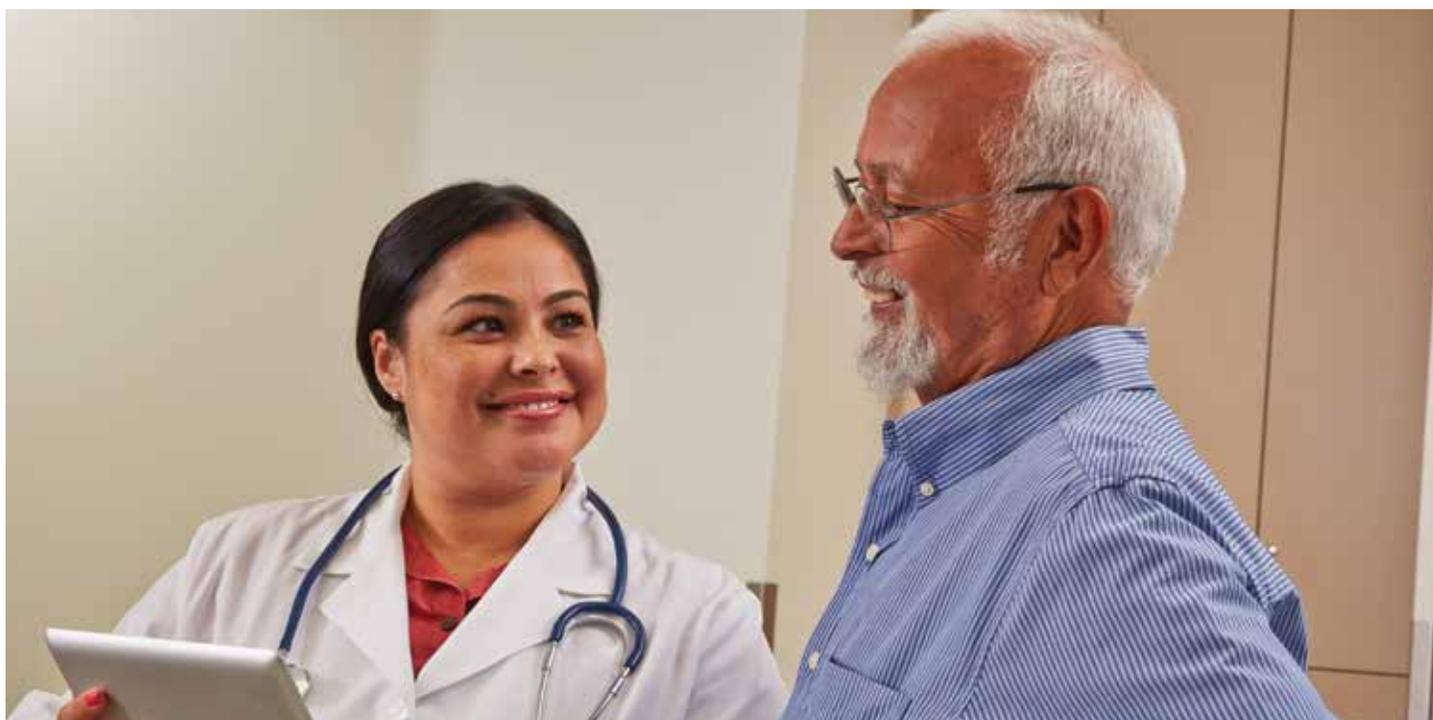
Existen cuatro tipos de directivas anticipadas:

- Testamento vital (atención en el final de la vida)
- Poder legal para asuntos médicos
- Poder notarial para la 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 para atención de la salud mental: Un poder 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 la atención brindada 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.

APPEALS AND GRIEVANCES

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

Una determinación adversa de beneficios es cuando ocurre lo siguiente:

- Denegar el pago o pagar menos por los servicios que se brindaron.
- Denegar un servicio o aprobar menos de lo que usted o su proveedor solicitaron.
- Disminuir la cantidad de servicios que habíamos aprobado o finalizar el servicio aprobado.
- Denegar el pago por un servicio cubierto.
- Denegar el pago de un servicio por el que usted podría ser responsable de asumir.
- No haber tomado una decisión sobre una apelación o querrela cuando deberíamos haberlo hecho.
- No haberle brindado una cita con el médico o un servicio dentro de los 30 días para una visita de rutina o 2 días para una visita de atención de urgencia.
- Denegar 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 es una revisión de nuestra parte de una determinación adversa de beneficios para analizar si se tomó la decisión correcta.

¿Cómo presento una solicitud de apelación?

- Usted, su proveedor o cualquier representante autorizado pueden solicitar una apelación.
- Podrá encontrar un formulario de apelación en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.
- Se aceptarán las solicitudes de apelación presentadas de las siguientes maneras:
 - Por correo:
Molina Medicaid Integrated Care
Appeals and Grievances
7050 S. Union Part Center #200
Midvale, UT 84047
 - Por fax:
(877) 682-2218
 - Por teléfono:
(888) 483-0760
- Presente una solicitud de apelación dentro de los 60 días posteriores a la fecha del Aviso de determinación adversa de beneficios.
- Si necesita ayuda para presentar una solicitud de apelación, llámenos al (888) 483-0760.
- Si es sordo o tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711 o al (800) 346-4128.

¿Cuánto tiempo lleva una apelación?

Le daremos una decisión de apelación por escrito dentro de los 30 días naturales, a partir de la fecha en que recibimos su apelación por escrito.

En ocasiones, es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Podemos demorar hasta 14 días calendario más en hacerlo. Si llegamos a necesitar más tiempo, le avisaremos en persona o a través de una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de los dos días.

¿Puedo recibir la decisión de una apelación más rápidamente?

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, puede solicitar una apelación acelerada. Esto significa que tomaremos una decisión dentro de las 72 horas.

En ocasiones, es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Podemos demorar hasta 14 días calendario más en hacerlo. Si llegamos a necesitar más

tiempo, le avisaremos en persona o a través de una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de los dos días.

Si denegamos su solicitud para una apelación rápida, también le avisaremos en persona a través de una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de dos días.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Puede solicitar una apelación acelerada por teléfono o por escrito. Llámenos al (888) 483-0760 o escríbanos a:
Molina Medicaid Integrated Care
Appeals & Grievances
7050 S. Union Park Center #200
Midvale, UT 84047

¿Qué sucede con mis beneficios durante una apelación?

Sus beneficios no se suspenderán porque solicitó una apelación. Si su solicitud de apelación se debe a que redujimos o suspendimos un servicio que estaba recibiendo, indíquenos si desea seguir recibéndolo. Es posible que deba pagar por el servicio si la decisión no es favorable para usted.

¿Qué es una audiencia imparcial estatal?

Una audiencia imparcial estatal es una audiencia con la agencia estatal de Medicaid sobre su apelación. Usted, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar una audiencia imparcial estatal. Cuando le informemos nuestra decisión acerca de su solicitud de apelación, le diremos cómo pedir una audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con nuestra decisión. También le proporcionaremos el formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal para enviar a Medicaid.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?

Si usted o su proveedor están disconformes con nuestra decisión sobre la apelación, puede presentarle a Medicaid el formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal. El formulario debe enviarse a Medicaid dentro de los 120 días naturales posteriores a nuestra decisión de apelación.

¿Qué es una querella?

Una querella es una queja acerca de un asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Usted tiene derecho a presentar una querella. Esto le brinda una oportunidad de informarnos acerca de sus inquietudes. Puede presentar una querella sobre problemas relacionados con su atención, 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 pueda haber tenido con nosotros, con su proveedor de atención médica o con sus servicios

¿Cómo presento una querella?

Puede presentar una querella en cualquier momento. Si necesita ayuda para presentar una querella, llámenos al (888) 483-0760. Si es sordo o tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711 o al (800) 346-4128 y ellos podrán ayudarlo a presentar su querella.

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 Medicaid Integrated Care
Appeals & Grievances
7050 S. Union Park Center #200
Midvale, UT 84047

Le comunicaremos nuestra decisión acerca de su querella dentro de los 90 días calendario a partir del día en que la recibamos. En ocasiones, es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Podemos demorar hasta 14 días calendario más en hacerlo. Si llegamos a necesitar más tiempo para tomar una decisión, le avisaremos en persona o a través de una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de los dos días.

FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO

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

Hacer algo indebido en relación con Medicaid podría considerarse un fraude, despilfarro o abuso. Queremos asegurarnos de que sus dólares de atención médica se usen de inmediato. El fraude, despilfarro 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 Medicaid 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 miembro de Medicaid
- 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 a un miembro de Medicaid por los servicios cubiertos
- No informar el mal uso de una tarjeta de miembro de Medicaid por parte de un paciente

¿Cómo puedo informar un fraude, despilfarro o abuso?

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

- **Departamento de cumplimiento interno de Molina**
 - Línea de ayuda de Molina Medicaid Integrated Care:
 - Número de teléfono gratuito: (866) 606-3889
 - En línea: <https://molinahealthcare.AlertLine.com>
 - Molina Medicaid Integrated Care Compliance Office:
Attn: Compliance Officer
Molina Medicaid Integrated Care
7050 Union Park Center #200
Midvale, UT 84047]
- **Fraude de proveedores**
 - La Oficina del Inspector General (OIG)
Correo electrónico: mpi@utah.gov
Línea directa gratuita: (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. Medicaid de Utah cubre el transporte médico de emergencia.

¿Cómo me dirijo al médico cuando no se trata de una emergencia y no puedo conducir?

Medicaid puede ayudarlo a ir hasta el consultorio del médico cuando no se trata de una emergencia. Para recibir este tipo de ayuda deberá:

- Tener Medicaid tradicional en la fecha en que sea necesario.
- Tener un motivo médico para el transporte.
- Llame al Departamento de Servicios Laborales (DWS) al (800) 662-9651 para averiguar si puede recibir ayuda con el transporte.

¿Qué tipo de transporte está cubierto por mi Medicaid?

- **Pase de autobús de UTA, incluido Trax** (las rutas de Front Runner y de autobuses expresos no están incluidas): Si usted puede tomarse un autobús, llame a DWS para preguntar si su programa de Medicaid cubre un pase. El pase le llegará por correo. Muestre su tarjeta de miembro de Medicaid y el pase de autobús al conductor.
- **UTA Flextrans:** Servicios especiales de autobús para miembros de Medicaid que viven en los condados de Davis, Salt Lake, Utah y Weber. Puede usar Flextrans en estos casos:
 - No es física o mentalmente capaz de utilizar un autobús regular

- Ha completado un formulario de solicitud de UTA para comunicarles que tiene una discapacidad que hace que no pueda viajar en un autobús regular. Puede obtener el formulario llamando a estos números:
 - Condados de Salt Lake y Davis: (801) 287-7433
 - Condados de Davis, Weber y Box Elder: (877) 882-7272
- Se le ha aprobado el uso del servicio especial de autobús y tiene una tarjeta de transporte médico especial
- **LogistiCare:** Servicio puerta a puerta que no es de emergencia para citas médicas y atención de urgencia. Es posible que sea elegible para LogistiCare en estos casos:
 - No hay un vehículo de trabajo en su hogar
 - Sus discapacidades físicas no le permiten utilizar un autobús de UTA o un Flextrans
 - Su médico ha completado un formulario LogistiCare

Cuando esté aprobado, podrá hacer arreglos con este servicio llamando a LogistiCare al: (855) 563-4403. Debe realizar una reserva con LogistiCare tres días hábiles antes de su cita. La atención de urgencia no requiere una reserva de tres días. LogistiCare llamará a su médico para asegurarse de que el problema sea urgente. Los miembros elegibles podrán recibir servicios de LogistiCare en todo el estado.

¿Puedo recibir ayuda si debo viajar largas distancias?

- **Reembolso de millas:** Hable con un empleado de DWS si tiene alguna pregunta acerca del reembolso de millas. Solo recibirá el reembolso si NO existe una forma más económica de llegar a su visita con el médico. Verifique con un empleado de DWS para analizar el reembolso de millas por visitas dentales y médicas de control del niño sano conforme al beneficio de EPSDT.

Las familias con un niño deberían verificar con un empleado de DWS para analizar el reembolso de millas por visitas dentales y médicas de control del niño sano conforme al beneficio de EPSDT.

- **Costos de estadía:** En algunos casos, cuando las estadías para pasar la noche son necesarias para recibir tratamiento médico, es posible que Medicaid pague por esos costos. El costo incluye alojamiento y comida. Los costos de estadía no suelen pagarse por adelantado. Comuníquese con un empleado del DWS para saber qué costos de estadía podrían estar cubiertos por su programa de Medicaid.

CANTIDAD, DURACIÓN Y ALCANCE DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Tradicional	No tradicional
Aborto	Limitado – Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 para obtener información sobre los beneficios.	Limitado – Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 para obtener información sobre los beneficios.
Ambulancia	No está cubierto por Molina – Cubierto por cargo por servicio (Fee-for-Service) – Medicaid	No está cubierto por Molina – Cubierto por Cargo por Servicio de Medicaid
Anticonceptivos y planificación familiar	Con cobertura Se requiere copago (Consulte el cuadro de anticonceptivos en la página 13)	Con cobertura Se requiere copago (Consulte el cuadro de anticonceptivos en la página 13)
Servicios quiroprácticos	No está cubierto por Molina – Puede estar cubierto por Cargo por Servicio de Medicaid para miembros que reciben beneficios EPSDT. Llame a Medicaid al (800) 662-9651.	Sin cobertura
Beneficios dentales	No está cubierto por Molina – Puede estar cubierto por Cargo por Servicio de Medicaid o por el plan dental de Medicaid. Llame a Medicaid al (800) 662-9651.	No está cubierto por Molina – Puede estar cubierto por Cargo por Servicio de Medicaid o por el plan dental de Medicaid. Llame a la línea directa de Medicaid al (800) 662-9651.
Consultas con el médico	Con cobertura Consulte el cuadro de copagos en la página 10	Con cobertura Consulte el cuadro de copagos en la página 10
Atención de emergencia y atención de urgencia	Con cobertura – (Debe acudir a un proveedor de la red para recibir atención de urgencia)	Con cobertura – (Debe acudir a un proveedor de la red para recibir atención de urgencia)
Examen ocular	Con cobertura Sin copago Límite de un examen cada 12 meses	Con cobertura Sin copago Límite de un examen cada 12 meses
Anteojos	Con cobertura Sin copago – Cubierto solo para miembros elegibles para servicios EPSDT.	Sin cobertura
Cuidado paliativo	Con cobertura Sin copago (Consulte la página 9 para obtener más información)	Con cobertura Sin copago (Consulte la página 9 para obtener más información)
Atención hospitalaria para pacientes internados	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver le cuadro de copagos)	Con cobertura (Consulte la página 10 para obtener más información)
Servicios de laboratorio y radiografías	Con cobertura Sin copago	Con cobertura Sin copago

Beneficio	Tradicional	No tradicional
Suministros médicos	Con cobertura Sin copago	Con cobertura Sin copago
Atención ambulatoria de la salud conductual (trastorno mental y trastorno por abuso de sustancias)	Con cobertura Sin copago	Con cobertura Sin copago
Hogar de ancianos	Cubierto por Molina por hasta 30 días. Las estadias de más de 30 días están cubiertas por Cargo por Servicio de Medicaid. – Llame a Medicaid al 800-608-9422	– Sin cobertura
Servicios de cuidado personal	Con cobertura Se requiere autorización previa	Con cobertura Se requiere autorización previa
Farmacia	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver le cuadro de copagos)	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver le cuadro de copagos)
Fisioterapia y terapia ocupacional	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver el cuadro de copagos) (Consulte la página 14 para ver los detalles)	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver el cuadro de copagos) (Consulte la página 14 para ver los detalles)
Podología	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver el cuadro de copagos) (Beneficio limitado para adultos)	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver el cuadro de copagos) (Beneficio limitado para adultos)
Atención ambulatoria	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver le cuadro de copagos)	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver le cuadro de copagos)
Medicamentos de venta libre	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver le cuadro de copagos) Comuníquese con Molina – para obtener la lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de venta libre	Con cobertura (Consulte la página 10 para ver le cuadro de copagos) Comuníquese con Molina – para obtener la lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de venta libre
Servicios de audición y habla	Con cobertura (limitada) Sin copago – Los servicios de audiología y audición, incluidos los audífonos y las baterías, están cubiertos solo para los miembros elegibles para recibir servicios EPSDT.	Sin cobertura
Servicios de transporte médico que no sea de emergencia	No está cubierto por Molina – Cubierto por Cargo por Servicio Llame a Medicaid al 800-662-9651	Sin cobertura – Llame a Medicaid al 800-662-9651

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

En general, Medicaid no paga por servicios que no están cubiertos. Sin embargo, existen algunas excepciones:

- Procedimientos reconstructivos después de la desfiguración generada por un traumatismo o cirugía médicamente necesaria
- Procedimientos reconstructivos para corregir discapacidades funcionales graves (por ejemplo, incapacidad para tragar)
- Cuando se realiza el procedimiento, es más rentable para el programa Medicaid que otras alternativas
- Los miembros, que pueden recibir los beneficios del programa EPSDT, pueden obtener los servicios médicamente necesarios, pero normalmente no están cubiertos

Si desea solicitar una excepción para un servicio que no está cubierto, puede presentar dicha solicitud junto con su proveedor.

¿Qué sucede si cambio de plan médico?

Trabajaremos con su nuevo plan médico para garantizar que reciba los servicios que necesita. Seguiremos las pautas de Medicaid sobre cómo hacerlo. Estas pautas se denominan pautas de transición de atención. Puede encontrarlas en <https://medicaid.utah.gov/managed-care/>

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) de las siguientes formas:

- Tenemos políticas y reglas para proteger la PHI
- Solo usamos o damos su PHI con su consentimiento
- Solo proporcionamos la PHI sin su aprobación cuando la ley lo permite
- Protegemos la PHI limitando el acceso a esta información a quienes la necesitan para realizar tareas y a través de mecanismos de protección física.

Usted tiene derecho a consultar su PHI.

¿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 de normas de privacidad completa se encuentra disponible en MolinaHealthcare.com. También puede solicitar una copia impresa de esta información al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760.



MolinaHealthcare.com