

Bienvenido(a) a **Molina Healthcare.** Está en familia.

Molina Medicaid de Utah

Manual del Miembro **2022-2023**



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
SERVICIOS DE IDIOMAS.....	7
¿Cómo puedo recibir ayuda en otros idiomas?	7
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	7
¿Cuáles son mis derechos?	7
¿Cuáles son mis responsabilidades?	8
CÓMO COMUNICARSE CON MEDICAID.....	9
¿A quién puedo llamar si necesito ayuda?	9
BENEFICIOS DE MEDICAID.....	9
¿Cómo uso mis beneficios de Medicaid?.....	9
¿Cómo es mi tarjeta de Medicaid de Utah?	10
¿Puedo consultar mis beneficios de Medicaid en línea?.....	10
CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR.....	10
¿Qué es un proveedor de cuidados primarios?	10
¿Cómo elijo un proveedor de cuidados primarios?	10
¿De qué manera puedo cambiar mi PCP?.....	10
COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS.....	11
¿Qué son los copagos y los costos compartidos?.....	11
¿Quiénes no pagan copagos?	11
¿Cuándo pago copagos?	11
¿Qué servicios no tienen copagos?.....	11
¿Qué es el máximo de gastos de bolsillo?.....	11
¿Qué sucede cuando alcanzo mi máximo de gastos de bolsillo?	11
TABLA DE COPAGOS.....	12
Los copagos son los mismos para Medicaid Tradicional y No Tradicional.....	12
Copagos máximos de gastos de su bolsillo:.....	12
¿Qué debería hacer si recibo una factura médica?	13
Es posible que deba pagar si:.....	13
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE.....	13
¿Qué es una Emergencia?	13
¿Cuál sería un ejemplo de emergencia?.....	13

¿Qué debería hacer si tengo una emergencia?	14
¿Qué hago si tengo preguntas acerca de un peligro de envenenamiento?	14
¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?	14
¿Qué debería hacer después de recibir atención de emergencia?	14
¿Qué es el cuidado urgente?	14
¿Cuándo debería acudir a una clínica de cuidado urgente?	14
ATENCIÓN POSTERIOR A LA ESTABILIZACIÓN	15
¿Qué es la atención posterior a la estabilización?	15
¿Cuándo está cubierta la atención posterior a la estabilización?	15
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	15
¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos?	15
ESPECIALISTAS.....	16
¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista?	16
SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS AMERICANOS (IHS).....	16
¿Qué son los Servicios de Salud para Indígenas Americanos?	16
TELESALUD O TELEMEDICINA.....	17
¿Puedo utilizar la telesalud o la telemedicina?	17
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	17
¿Qué es una autorización previa?	17
PROGRAMA DE RESTRICCIÓN.....	18
¿Qué significa estar en el Programa de restricción?	18
OTRO SEGURO	18
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?	18
DIRECTIVA ANTICIPADA.....	19
¿Qué es una directiva anticipada?	19
APELACIONES Y QUEJAS.....	19
¿Qué es una determinación adversa de beneficios?	19
¿Qué es una apelación?	20
¿Cómo presento una apelación?	20
¿Cuánto tiempo lleva una apelación?	20
¿Qué sucede con sus beneficios durante una apelación?	20
¿Qué es una apelación acelerada?	20

¿Cómo solicito una apelación acelerada?	21
¿Qué es una queja?	21
¿Cómo presento una queja?	21
¿Qué es una audiencia imparcial estatal?	21
¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?	21
FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO	22
¿Qué es el fraude, despilfarro y abuso en la atención médica?	22
¿Cómo puedo informar un caso de fraude, despilfarro o abuso?	22
SERVICIOS DE TRANSPORTE.....	22
¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia?	22
¿Cómo me dirijo al doctor cuando no se trata de una emergencia y no puedo conducir?	23
¿Qué tipo de transporte está cubierto por mi Medicaid?	23
¿Puedo recibir ayuda si debo viajar largas distancias?	23
CANTIDAD, DURACIÓN Y ALCANCE DE LOS BENEFICIOS.....	24
¿Puedo recibir un servicio que no se encuentre en esta lista?	27
¿QUÉ SUCEDE SI CAMBIO DE PLAN DE SALUD?	27
NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD	27
Protegemos su privacidad.....	27
Comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad	28

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

MolinaHealthcare.com

Número Telefónico del Departamento de Servicios para Miembros: (888) 483-0760
(TTY/TDD: 711)

Molina Healthcare of Utah (Molina) complies with all Federal civil rights laws that relate to health care services. Molina offers health care services to all members without regard to race, color, national origin, age, disability, or sex. Molina does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. This includes gender identity, pregnancy and sex stereotyping.

To help you talk with us, Molina provides services free of charge:

- Aids and services to people with disabilities
 - Skilled sign language interpreters
 - Written material in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, Braille)
- Language services to people who speak another language or have limited English skills
 - Skilled interpreters
 - Written material translated in your language
 - Material that is simply written in plain language

If you need these services, contact Molina Member Services at (888) 483-0760, TTY: (800) 346-4128.

If you think that Molina failed to provide these services or treated you differently based on your race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint. You can file a complaint in person, by mail, fax, or email. If you need help writing your complaint, we will help you. Call our Civil Rights Coordinator at (866) 606-3889, or TTY, 711. Mail your complaint to:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

You can also email your complaint to civil.rights@molinahealthcare.com. Or, fax your complaint to (801) 858-0409.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to:

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

You can also send it to a website through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

If you need help, call 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.

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 todo miembro, sin discriminar basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Molina no excluye personas ni las trata de manera diferente debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Esto incluye identidad de género, embarazo y estereotipo de sexo.

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

- Ayuda y servicios para personas con discapacidades.
 - o Intérpretes capacitados en el lenguaje de señas.
 - o Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos accesibles en formato electrónico y sistema Braille).
- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen entendimiento limitado del inglés.
 - o Intérpretes capacitados.
 - o Material escrito traducido a su idioma.
 - o Material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender.

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

Si usted cree que Molina no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo ha tratado de forma diferente basándose en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género, usted puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para escribir su queja, le podemos ayudar. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711. Envíe su queja por correo al:

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 entablar una queja sobre derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los formularios para 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 usando el portal de la página web de la Oficina para Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si usted necesita ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY al 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 yáníłti'go Diné Bizaad , saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Nepali	ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरु निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-483-0760 (दिदिवाइ: 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 ដោយមិនគិតល្បួល គឺអាចមាន សំរាប់បម្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-483-0700 (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) a Molina Healthcare. Somos su plan de Medicaid. Este manual explica los servicios de Medicaid que cubrimos.

El Manual del Miembro de Molina Medicaid y la lista de proveedores están disponibles en nuestro sitio web MolinaProviderDirectory.com/UT.

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.

Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de Molina Healthcare, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760. Podemos explicarle en inglés o en su idioma principal. Puede solicitar este material en formato impreso y se lo enviaremos sin cargo dentro de cinco días laborables. Es posible que contemos con la información impresa en otros idiomas. Puede solicitarla en sistema Braille, letra grande o audio. Si tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711.

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

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 se mantenga privada.
- Recibir información sobre todas las opciones alternativas de tratamiento.
- Tomar decisiones sobre su atención médica, lo que incluye aceptar el tratamiento.
- 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 historia clínica 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.
- Obtener información sobre quejas, apelaciones y solicitudes de audiencia.
- 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.
- Utilizar cualquier hospital u otro centro médico para recibir servicios de emergencia.
- No sentirse controlado(a) ni obligado(a) a tomar decisiones médicas.



- Saber cómo pagamos a los proveedores, incluido su derecho a solicitar información sobre los planes de incentivos para médicos.
- Crear una directiva anticipada que les indique a los médicos qué tipo de tratamiento desea y cuál no, en caso de que esté tan enfermo(a) 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(a) contra su voluntad. No pueden obligarlo(a) a hacer algo que no desea.
- Ejercer sus derechos en cualquier momento y no recibir malos tratos si lo hace. Esto incluye el tratamiento de nuestro plan de salud, sus proveedores médicos o la agencia estatal de Medicaid.
- Recibir servicios de atención médica que sean el tipo correcto de servicios según sus necesidades.
- Obtener servicios cubiertos que sean fáciles de conseguir y estén disponibles para todos los miembros. “Todos los miembros” incluye a aquellos que no hablen inglés muy bien o que tengan discapacidades físicas o mentales.
- Obtener una segunda opinión sin cargo.
- Obtener los mismos servicios ofrecidos bajo el programa de Medicaid de pago por cada servicio.
- Obtener servicios cubiertos fuera de la red si no podemos proporcionarlos.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Sus responsabilidades son las siguientes:

- Seguir las reglas de este plan de cuidado de Medicaid.
- Leer este Manual del Miembro.
- Mostrar su tarjeta de miembro de Medicaid cada vez que reciba servicios.
- Cancelar la cita con el doctor si lo necesita, con 24 horas de anticipación.
- Respetar al personal y la propiedad en el consultorio de su proveedor.
- Utilizar proveedores (doctores, hospitales, etc.) de la red de Molina.
- Pagar sus copagos.



CÓMO COMUNICARME CON MI PLAN DE MEDICAID

¿A quién puedo llamar si necesito ayuda?

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

Podemos ayudarlo(a) con lo siguiente:

- Encontrar un proveedor.
- Cambiar de proveedor.
- Consultas sobre facturas.
- Comprender sus beneficios.
- Encontrar un especialista.
- Quejas o apelaciones.
- Preguntas sobre los planes de incentivos para proveedores.

- Otras preguntas.

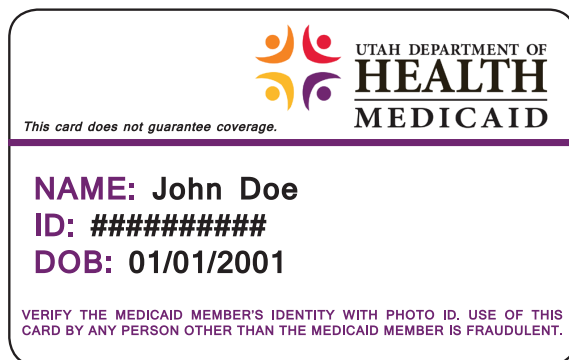
También puede encontrarnos en Internet en MolinaHealthcare.com.

BENEFICIOS DE MEDICAID

¿Cómo uso mis beneficios de Medicaid?

Cada miembro de Medicaid recibirá una tarjeta de Medicaid de Utah.

Usted utilizará esta tarjeta siempre que sea elegible para Medicaid. Deberá mostrar su tarjeta de Medicaid antes de recibir servicios o surtir una receta médica. 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 21.

¿Cómo es mi tarjeta de Medicaid de Utah?

La tarjeta de Medicaid de Utah entra en la billetera y llevará el nombre, el número de identificación de Medicaid y la fecha de nacimiento del miembro. Su tarjeta 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, llame al Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services, DWS) al (866) 435-7414 para obtener una tarjeta nueva.

¿Puedo consultar mis beneficios de Medicaid en línea?

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

Los miembros titulares pueden ver 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 dar acceso a esta información a los representantes médicos.

Para obtener información adicional sobre cómo acceder o consultar la información sobre beneficios, visite el sitio web de Medicaid de Utah en mybenefits.utah.gov o llame 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 cuidados primarios?

Un proveedor de cuidados primarios (Primary Care Provider, PCP) es un doctor al que consulta por la mayoría de sus necesidades de atención y que le proporciona atención médica cotidiana. Su PCP lo(a) conoce y conoce sus antecedentes médicos. 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 cuidados primarios?

Deberá elegir un PCP de nuestro directorio de proveedores. 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(a) asistirá. Si tiene una necesidad especial de atención médica, uno de nuestros administradores de cuidados trabajará con usted y su doctor para asegurarse de que seleccione el proveedor adecuado para usted. Para hablar con un administrador de cuidados acerca de la elección del PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760.

¿De qué manera puedo cambiar mi PCP?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros para cambiar su PCP. Será un placer ayudarlo(a). También puede cambiar de PCP iniciando sesión en el portal para miembros en MyMolina.com.

COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS

¿Qué son los copagos y costos compartidos?

Es posible que deba pagar una tarifa por servicios médicos. Esta tarifa se llama copago o costo compartido. El siguiente resumen muestra sus montos de copago.

¿Quiénes no pagan copagos?

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

- Nativos de Alaska.
- Indígenas de los EE. UU.
- 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).
- Mujeres embarazadas.

¿Cuándo pago copagos?

Es posible que deba pagar un copago para lo siguiente:

- Consultas con el doctor.
- Visitas al hospital para recibir cuidado ambulatorio.
- Hospitalizaciones planificadas.
- Uso de la sala de emergencias (Emergency

Room, ER) cuando no se trata de una emergencia.

- Obtención de medicamentos recetados.

¿Qué servicios no tienen copagos?

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

- Servicios de laboratorios y radiología.
- Servicios de planificación familiar.
- Inmunizaciones (vacunas).
- Servicios médicos preventivos.
- Servicios para dejar de fumar.
- Tratamiento ambulatorio para trastornos de salud mental/por abuso de sustancias.

¿Qué es el máximo de gastos de bolsillo?

Medicaid tiene un límite en el monto que usted debe pagar en copagos. El máximo de gastos de su bolsillo se puede aplicar a servicios específicos o a un monto total anual.

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

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



TABLA DE COPAGOS

Los copagos son los mismos para Medicaid Tradicional y No Tradicional.

El resto de los miembros de Medicaid deben pagar los siguientes copagos:

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

Copagos máximos de gastos de su bolsillo:

Farmacia: \$20 de copago por mes
 Médico, podólogo y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: \$100 de copago por año* combinado

** Un año de copago comienza en enero y dura hasta diciembre.*

Tenga en cuenta que quizás no deba pagar un copago si tiene otro seguro.

No tendrá copago para los siguientes servicios:

- Planificación familiar.
- Inmunizaciones (vacunas).
- Servicios médicos preventivos.
- Tratamiento ambulatorio para trastornos de salud mental/por abuso de sustancias.



- Servicios de laboratorio.
- Radiología.
- Servicios para dejar de fumar.

Para obtener más información, consulte la Guía para Miembros de Medicaid de Utah. Para solicitar una guía, llame al (866) 608-9422. La información también se encuentra en línea en el portal de Medicaid de Utah en [medicaid.utah.gov](https://www.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 para pedir asistencia. 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 Medicaid antes de recibirlos.
- Solicita y recibe servicios que no están

cubiertos durante una apelación o audiencia imparcial estatal de Medicaid. Solo paga por la atención médica si la decisión no es favorable para usted.

- No muestra su tarjeta de identificación de Medicaid antes de recibir atención médica.
- No es elegible para Medicaid.
- Recibe atención de un doctor que no forma parte de su plan de Molina Medicaid o no está inscrito en Medicaid de Utah (excepto para los servicios de emergencia).

ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia es una afección médica que necesita tratamiento 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 o dolor.
- Corte profundo en el que el sangrado no se detiene.
- 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 (ER) más cercana. Recuerde:

- Vaya a la sala de emergencias solo si tiene una verdadera emergencia.
- Si está enfermo(a), pero no se trata de una emergencia, llame a su médico o visite una clínica de cuidado urgente.
- Si no está seguro(a) de si su problema es una verdadera emergencia, llame a su doctor para consultarle.
- No se necesita autorización previa para recibir atención de emergencia.
- Puede utilizar cualquier hospital u otro centro médico para obtener atención de emergencia.

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

En caso de preguntas o emergencias por intoxicación 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 el plan de salud para recibir un reembolso. 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?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros tan pronto como sea posible después de recibir atención de emergencia. Notifique a su proveedor de cuidados primarios para informarle acerca de su visita a la sala de emergencias.

¿Qué es el cuidado urgente?

Los problemas urgentes son aquellos que requieren atención dentro de las primeras 24 horas. Si no está seguro(a) de si un problema es urgente, llame a su doctor o a una clínica de cuidado urgente. También puede llamar a nuestra Línea de Consejos de Enfermería:

Inglés: (888) 275-8750

Español: (866) 648-3537

Personas sordas y con discapacidad auditiva: 711 o al
(866) 735-2929

Para buscar una clínica de cuidado urgente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 o consulte nuestro sitio web o directorio de proveedores.

¿Cuándo debería acudir a una clínica de cuidado urgente?

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

- Resfriado común, síntomas de gripe o dolor de garganta.
- Dolor de oído o dolor de muelas.
- Distensión en la espalda.

- Migrañas.
- Solicitudes o renovaciones 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 un hospital desde la sala de emergencias. Este tipo de atención está cubierto. Si usted es admitido en 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 los siguientes:

- Información sobre anticonceptivos.
- Asesoramiento para ayudarlo(a) a planificar la llegada de un bebé.
- Planificación familiar y tratamientos anticonceptivos sin copago.
- Visitas a proveedores que acepten Medicaid (dentro o fuera de la red).
- Visitas a proveedores sin una remisión.

Puede recibir los siguientes tipos de anticonceptivos con una receta de cualquier proveedor que acepte Medicaid o su plan:

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

Servicios de planificación familiar sin cobertura

- 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 de esterilización deben estar firmados 30 días antes de la cirugía.

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 cuidados primarios (PCP) no proporciona, puede acudir a un especialista dentro de la red.

Debería poder ver a un especialista:

- Dentro de 30 días para atención que no es de urgencia.
- Dentro de dos días para atención de casos urgentes, pero que no ponen en riesgo la 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.

SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS AMERICANOS (IHS)

¿Qué son los Servicios de Salud para Indígenas Americanos?

Servicios de Salud para Indígenas Americanos es una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos,



responsable de proveer servicios federales de salud a los indígenas de los EE. UU. y los nativos de Alaska.

Si usted es un indígena de los EE. UU. o nativo de Alaska, asegúrese de que su estado se encuentre confirmado por el Departamento de Servicios Laborales (DWS) de Utah. Para comunicarse con el DWS, llame al (866) 435-7414. Los indígenas de los EE. UU. y los nativos de Alaska no tienen copagos.

Los indígenas de los EE. UU. y los nativos de Alaska que tienen un plan de atención médica administrada también pueden recibir servicios directamente de un programa de atención médica para indígenas. Esto quiere decir, un programa operado por Servicios de Salud para Indígenas Americanos, por una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana.

TELESALUD O TELEMEDICINA

¿Puedo utilizar la telesalud o la telemedicina?

La telemedicina consiste en utilizar la tecnología para ofrecer atención médica a distancia, normalmente por teléfono, internet o video. Algunos servicios se pueden brindar a través de la telesalud o la telemedicina. Comuníquese con su proveedor para saber si ofrece servicios de telesalud o telemedicina. Si desea obtener más información sobre los servicios que se pueden proporcionar a través de la telesalud o la telemedicina, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760.

AUTORIZACIÓN PREVIA

¿Qué es una autorización previa?

Algunos servicios deben recibir aprobación antes de poder pagarlos. El permiso para

recibir el pago por esos servicios se llama autorización previa.

Si necesita un servicio que requiere autorización previa, su doctor 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 derivación para ver a un especialista de Molina. Sin embargo, puede ver a un especialista antes si su médico particular lo deriva a uno. Usted o su médico deben notificar a Molina antes de recibir ciertos tipos de atención. De lo contrario, sus beneficios pueden ser reducidos o denegados. Se necesita autorización previa para lo siguiente:

- Internación en el hospital como paciente internado/ambulatorio (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).
- Terapia física, ocupacional y del habla.

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

Por lo general, decidimos si aprobar un servicio o no dentro de los 14 días naturales

después de recibir la solicitud. En ocasiones, es posible que usted o su doctor consideren que es importante tomar una decisión sobre la aprobación de un servicio rápidamente. De ser así, haremos lo posible para tomar nuestra decisión en un plazo de tres (3) días laborales. Notificaremos a su doctor 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 cubiertos para los que se requiere autorización previa y los que no la necesitan, 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 no utilizan los servicios de atención médica de forma adecuada pueden ser inscritos en el Programa de restricción. Esto significa que estarán restringidos a un doctor y a una farmacia principales. Si está en el Programa de restricción, todos los servicios médicos y recetas médicas deben ser aprobados o coordinados por su médico asignado. Todas las recetas deben surtirse en su farmacia principal asignada. El uso de servicios de atención médica se revisa con frecuencia.

Algunos ejemplos de uso inapropiado incluyen los siguientes:

- Acudir a la sala de emergencias para su atención de rutina.
- Visitar a demasiados doctores.
- Surtir demasiadas recetas de medicamentos para el dolor.
- Obtener medicamentos de venta controlada o de los que se pueda abusar potencialmente de más de un recetador.

Acuda a la sala de emergencias solo en los siguientes casos:

- Sangrado abundante.
- Problemas para respirar.
- Dolor en el pecho.
- Fracturas.
- Otros síntomas en los que siente que su vida corre peligro.

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

PLAN MÉDICO ADICIONAL

¿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 consultas con el doctor.

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

Avise a su plan y al doctor 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.

DIRECTIVA ANTICIPADA

¿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(a) como para tomar decisiones por usted mismo(a). 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 doctores 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(a).

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 Y QUEJAS

¿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 la cantidad de servicios que puede obtener o finalizamos el pago de un servicio que estaba aprobado.
- Denegamos el pago de un servicio cubierto.
- Denegamos el pago de un servicio por el que usted podría ser responsable de pagar.
- No decidimos sobre una apelación o una queja de manera oportuna.
- No le proporcionamos un servicio o una cita con el doctor de manera oportuna, lo que se define como un plazo de 30 días para una consulta de rutina con el doctor y dos días en el caso de una consulta de cuidado urgente.

- Denegamos la solicitud de un miembro para disputar una responsabilidad financiera.
- Denegamos o limitamos la autorización de un servicio solicitado, incluidas las determinaciones con base en el tipo o nivel de servicio, requisitos de necesidad médica, idoneidad, entorno o eficacia de un servicio cubierto.
- Reducimos, suspendimos o finalizamos un servicio previamente autorizado.

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

¿Qué es una apelación?

Una apelación ocurre cuando usted o su proveedor se comunican con nosotros para revisar una determinación adversa de beneficios y ver si se tomó la decisión correcta al denegar 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 nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com
- Se aceptarán las solicitudes de apelación presentadas de las siguientes maneras:
 - Por correo:
Molina Healthcare of Utah
Appeals and Grievances
7050 S. Union Park Center #200
Midvale, UT 84047.

- Por fax:
(877) 682-2218.
- Por teléfono:
(888) 483-0760 (TTY/TDD: 711).
- Presente una apelación dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la Notificación de acción.
- Se proporcionará ayuda a los miembros, previa solicitud, para llevar a cabo los pasos necesarios para presentar una apelación (por ejemplo, servicios de intérprete, TTY).

¿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 naturales más en hacerlo. Si llegamos a necesitar más tiempo, le avisaremos a través de una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de dos días.

¿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 podría afectar su salud, su vida o su habilidad para mantener o recuperar la función total, puede solicitar

una apelación acelerada. Se aceptan apelaciones aceleradas por teléfono o por escrito. Tomaremos la decisión dentro de las 72 horas o antes. 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
Appeals and Grievances
7050 S. Union Park Center #200
Midvale, UT 84047

¿Qué es una queja?

Una queja es un reclamo, aparte de una determinación adversa de beneficios (consulte la página 17), acerca de la forma en que su proveedor o Molina manejaron sus servicios de atención médica.

¿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.

Usted, su proveedor o cualquier representante autorizado pueden presentar una queja por teléfono o por escrito. Para hacerlo por teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760. Para presentar una queja por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección:

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

Le comunicaremos nuestra decisión acerca de su queja dentro de los 90 días naturales 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 naturales más en hacerlo. Si llegamos a necesitar más tiempo para tomar una decisión, le avisaremos a través de una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de dos días.

¿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 apelación, también le explicaremos cómo solicitar una audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con nuestra decisión. Además, le entregaremos el Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal para que lo envíe a Medicaid.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?

Si usted o su proveedor no están conformes con una medida tomada por Molina, puede presentar una solicitud de

audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas del Estado de Utah. La solicitud de audiencia debe realizarse dentro de 120 días naturales a partir de la fecha del Aviso de decisión de apelación.

FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO

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

Hacer algo indebido en relación con Medicaid podría considerarse un fraude, despilfarro o abuso. Queremos asegurarnos de que sus dólares invertidos en atención médica se usen de la manera correcta. 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 cobertura de Medicaid está haciendo algo incorrecto.

Estos son algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso:

Por parte de un miembro:

- Prestarle una tarjeta de identificación de Medicaid a alguien.
- 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 o CHIP por los servicios cubiertos.
- No informar el mal uso de una tarjeta de identificación de miembro por parte de un paciente.

¿Cómo puedo informar un caso de fraude, despilfarro o abuso?

Si sospecha de fraude, despilfarro o abuso, puede utilizar la siguiente información de contacto:

• Cumplimiento normativo de Molina

- Línea de alerta para cumplimiento de Molina Healthcare:
 - Teléfono: (866) 606-3889
 - En línea:
<https://molinahealthcare.AlertLine.com>
 - Molina Healthcare Compliance Office:
Attn: Compliance Officer
Molina Healthcare of Utah
7050 Union Park Center #200
Midvale, UT 84047

• Fraude de proveedores

- Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) del Estado de Utah
Correo electrónico:
mpi@utah.gov
Número de teléfono gratuito:
(855) 403-7283

• Fraude de miembros

- Correo electrónico de la Línea directa de fraude del Departamento de Servicios Laborales de Utah:
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 doctor cuando no se trata de una emergencia y no puedo conducir?

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

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

¿Qué tipo de transporte está cubierto por mi Medicaid?

- **UTA Bus Pass, incluido Trax** (las rutas Front Runner y Express Bus no están incluidas): Si usted puede utilizar un autobús, llame al DWS para preguntar si su programa Medicaid cubre un pase de autobús. El pase le llegará por correo. Muestre su tarjeta de Medicaid y el pase de autobús al conductor
- **UTA Flex Trans:** servicios especiales de autobús para miembros de Medicaid que viven en los condados de Davis, Salt Lake, Utah y Weber. Puede usar Flex Trans en los siguientes 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:
 - 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 de la tarjeta de transporte médico especial.
- **Dial-A-Ride:** Servicio especial de autobús disponible para miembros que viven en el condado de Iron.
 - Llame a CATS al (435) 865-4510.
- **Modivcare (anteriormente LogistiCare):** Servicio puerta a puerta que no es de emergencia para citas médicas y cuidado urgente. Es posible que sea elegible para Modivcare (anteriormente LogistiCare) en estos casos:
 - Tiene Medicaid Tradicional.
 - No hay un vehículo habilitado en su hogar.
 - Sus discapacidades físicas no le permiten utilizar un autobús de UTA o Flex Trans.
 - Su doctor ha completado un Certificado de Médico de Modivcare Utah. www.modivcare.com/facilities/ut

Cuando esté aprobado por Medicaid de Utah, podrá hacer arreglos con este servicio llamando a Modivcare (anteriormente LogistiCare) al: (855) 563-4403. Debe realizar una reserva con Modivcare tres días laborables antes de su cita. El cuidado urgente no requiere una reserva de tres días. (Modivcare llamará a su doctor para asegurarse de que el problema era urgente). Los miembros elegibles podrán recibir servicios de Modivcare en todo el estado.

¿Puedo recibir ayuda si debo viajar largas distancias?

- **Reembolso de millas:** Hable con un empleado del Departamento de Servicios Laborales (DWS) del Estado de Utah si tiene alguna pregunta acerca del reembolso de millas. Solo recibirá el reembolso si NO existe una forma más

económica de llegar a su consulta con el doctor.

Las familias con un hijo(a) deberían verificar con un empleado del DWS para analizar el reembolso de millas por visitas dentales y médicas de control del niño sano conforme al beneficio de Evaluación y cuidados de la salud infantil (Child Health Evaluation and Care, CHEC).

- **Costos de estadía:** En algunos casos, cuando las estadías nocturnas son necesarias para recibir tratamiento médico, es posible que Medicaid de Utah 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	Sin cobertura de Molina - Cubierto por el programa de Pago por cada servicio de Medicaid.	Sin cobertura de Molina - Cubierto por el programa de Pago por cada servicio de Medicaid.
Anticonceptivos y planificación familiar	Con cobertura No se requiere copago (Consulte la tabla de anticonceptivos en la página 13)	Con cobertura No se requiere copago (Consulte la tabla de anticonceptivos en la página 13)
Servicios quiroprácticos	Sin cobertura de Molina - Puede estar cubierto por el programa de Pago por cada servicio de Medicaid para miembros que reciben servicios de CHEC/EPSTDT y mujeres embarazadas. Llame a Medicaid al (800) 662-9651.	Sin cobertura
Beneficios dentales	Sin cobertura de Molina - Puede estar cubierto por el programa de Pago por cada servicio de Medicaid o por el plan dental de Medicaid. Llame a Medicaid al (800) 662-9651.	Sin cobertura de Molina - Puede estar cubierto por el programa de Pago por cada servicio de Medicaid o por el plan dental de Medicaid. Llame a la línea directa de Medicaid al (800) 662-9651.

Beneficio	Tradicional	No tradicional
Consultas con el doctor	Con cobertura No se aplican copagos Consulte la tabla de copagos en la página 11	Con cobertura No se aplican copagos Consulte la tabla de copagos en la página 11
Emergencias y cuidado urgente	Con cobertura No se aplican copagos – (Debe acudir a un proveedor de la red para recibir cuidado urgente).	Con cobertura No se aplican copagos – (Debe acudir a un proveedor de la red para recibir cuidado urgente).
Examen de los ojos	Con cobertura No se aplican copagos Límite de un examen cada 12 meses	Con cobertura No se aplican copagos Límite de un examen cada 12 meses
Anteojos	Con cobertura No se aplican copagos – Cubierto solo para mujeres embarazadas y miembros elegibles para servicios de CHEC/EPSDT.	Sin cobertura
Cuidado paliativo	Con cobertura No se aplican copagos (Consulte la página 10 para obtener más información)	Con cobertura No se aplican copagos (Consulte la página 10 para obtener más información)
Atención en hospital para pacientes internados	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos)	Con cobertura (Consulte la página 11 para obtener más información)
Servicios de laboratorio y radiografía	Con cobertura No se aplican copagos	Con cobertura No se aplican copagos
Atención de maternidad	Con cobertura No se aplican copagos (Consulte la página 13 para conocer más detalles)	Sin cobertura
Suministros médicos	Con cobertura No se aplican copagos	Con cobertura No se aplican copagos
Atención de salud mental	Sin cobertura de Molina – Cubierto por el programa de Pago por cada servicio u otro plan de Medicaid. Llame a Medicaid al (800) 662-9651.	Sin cobertura de Molina – Cubierto por el programa de Pago por cada servicio u otro plan de Medicaid. Llame a Medicaid al (800) 662-9651.

Beneficio	Tradicional	No tradicional
Residencia para ancianos	Sin cobertura de Molina – Cubierto por el programa de Pago por cada servicio de Medicaid. Llame a Medicaid al (800) 608-9422.	No cubierto por Molina ni por el programa Pago por cada servicio de Medicaid – Llame a Medicaid al (800) 608-9422.
Servicios de cuidado personal	Con cobertura Se requiere autorización previa	Con cobertura Se requiere autorización previa
Farmacia	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos)	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos)
Fisioterapia y terapia ocupacional	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) (Consulte la página 15 para conocer más detalles)	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) (Consulte la página 15 para conocer más detalles)
Podología	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) (Beneficio limitado para adultos)	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) (Beneficio limitado para adultos)
Atención médica ambulatoria	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos)	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos)
Medicamentos de venta libre	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) Comuníquese con Molina – para obtener la lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de venta libre.	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) Comuníquese con Molina – para obtener la lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de venta libre.
Servicios del habla y de la audición	Con cobertura (limitada) No se aplican copagos – Los servicios de audiología y audición, incluidos los audífonos y las baterías, están cubiertos solo para mujeres embarazadas y miembros elegibles para recibir servicios de CHEC/EPST.	Sin cobertura
Servicios de transporte médico que no sea de emergencia	Sin cobertura de Molina – Cubierto por el programa Pago por cada servicio, llame a Medicaid de Utah al (800) 662-9651.	Sin cobertura de Molina – Llame a Medicaid de Utah al (800) 662-9651.

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

En general, Medicaid de Utah no reembolsa los servicios no cubiertos. Sin embargo, existen algunas excepciones:

- Los miembros que pueden recibir los beneficios del programa CHEC/EPSTDT pueden obtener los servicios médicamente necesarios, pero que en general no están cubiertos.
- 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.

Si desea solicitar una excepción para un servicio que no está cubierto, puede

presentar dicha solicitud junto con su proveedor.

¿QUÉ SUCEDERÍA SI CAMBIO DE PLAN DE SALUD?

Trabajaremos con su nuevo plan de salud 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 médica. Pueden encontrarse en el siguiente sitio web:

<https://medicaid.utah.gov/managed-care/>

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Protegemos su privacidad

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



- Tenemos políticas y reglas estrictas para proteger la PHI.
- Solo usamos o divulgamos su PHI con su consentimiento.
- Solo divulgamos 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 quienes la necesitan para realizar tareas determinadas y a través de mecanismos de protección física.

Comuníquese con nuestra Oficina 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(a) con las inquietudes de privacidad que pueda llegar a tener acerca de su información médica. También pueden ayudarlo(a) a completar los formularios necesarios para ejercer sus derechos de privacidad.

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

