Bienvenido(a) a Molina Healthcare.

Está en Familia.

Manual del Miembro de Utah

Molina Medicaid Integrated Care

2022-2023

MolinaHealthcare.com

MOLINA® HEALTHCARE

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 CONTACTAR A MI PLAN DE 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 Miembro de Utah Medicaid? 10
¿Puedo consultar mis beneficios de Medicaid en línea? 10
¿Qué es un proveedor de cuidados primarios? 10
¿Cómo elijo un proveedor de cuidados primarios? 10
¿Cómo puedo cambiar de proveedor de cuidados primarios? 11
COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS 11
¿Qué son los copagos y los costos compartidos? 11
¿Quiénes no pagan copagos? 11
¿Qué servicios no tienen copago? 11
¿Cuándo pago copagos? 11
TABLA DE MONTOS DE COPAGO 12
¿Qué es el máximo de gastos de su bolsillo? 12
¿Qué sucede cuando alcanzo mi máximo de gastos de bolsillo? 12
Copagos máximos de gastos de su bolsillo: 13
¿Qué debería hacer si recibo una factura médica? 13
Es posible que deba pagar una factura médica por lo siguiente: 13
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE 13
¿Qué es una emergencia? 13
¿Cuál sería un ejemplo de emergencia? 13
¿Qué debería hacer si tengo una emergencia? 13
¿Qué hago si tengo preguntas acerca de un peligro de envenenamiento? 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 14
¿Qué es la atención posterior a la estabilización? 14
¿Cuándo está cubierta la atención posterior a la estabilización? 14
PLANIFICACIÓN FAMILIAR 15
¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos? 15
¿Qué servicios de planificación familiar no están cubiertos? 15
ESPECIALISTAS 15
¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista? 15
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL 16
¿Qué servicios de salud conductual están cubiertos? 16
¿Hay otros servicios de salud conductual cubiertos? 17
SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS AMERICANOS (INDIAN HEALTH SERVICES, IHS) 17
¿Qué son los Servicios de Salud para Indígenas Americanos? 17
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
PLAN MÉDICO ADICIONAL 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 solicitud de apelación? 20
¿Cuánto tiempo tarda una apelación? 20
¿Puedo recibir la decisión de una apelación más rápidamente? 20
¿Cómo solicito una apelación acelerada? 20
¿Qué sucede con mis beneficios durante una apelación? 21
¿Qué es una audiencia imparcial estatal? 21
¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal? 21
¿Qué es una queja? 21
¿Cómo presento una queja? 22
FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO 22
¿Qué es el fraude, despilfarro y abuso de atención médica? 22
¿Cómo puedo informar un fraude, despilfarro o abuso? 22
SERVICIOS DE TRANSPORTE 23
¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia? 23
¿Cómo me dirijo al médico 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? 24
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 médico? 27
NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD 27
¿Cómo protegemos su privacidad? 27
¿Cómo puedo obtener más información acerca de las normas de privacidad? 27

Molina Health care 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 todos los miembros, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, el embarazo y los estereotipos de sexo.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin cargo:

- Ayuda y servicios para personas con discapacidades
    - intérpretes capacitados en el lenguaje de señas.
    - material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos accesibles electrónicamente y braille).
- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen entendimiento limitado del inglés.
    - intérpretes capacitados.
    - material escrito traducido a su idioma.
    - 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 sexo, puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si 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 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 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 la siguiente dirección:

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 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).
Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Chino	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）
Vietnamita	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).
Coreano	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 aká'ánída'áwo'dęę́', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį́' hódíílnih 1-888-483-0760 (TTY/TDD: 711)
Nepalí	विाइ: 711) ।
Tongano	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 croata	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam be splatno. Nazovite 1-888-483-0760 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
Tagalo	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).
Alemán	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistun gen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Ruso	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-483-0760 (телетайп: 711).
Árabe	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, Camboyano	ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-483-0760 (TTY: 711)។
Francés	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Japonés	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 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.

En este manual, se explican 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(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.

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:

- Contar con información que pueda entender, incluida la ayuda con el idioma, las necesidades visuales y las necesidades de la audición.
- Recibir un trato justo y respetuoso.
- Mantener la privacidad de su información médica personal.
- Recibir información sobre todas las opciones alternativas de tratamiento.
- Tomar decisiones sobre su atención médica, lo que incluye negarse a los tratamientos.
- Participar de las decisiones sobre su atención médica, lo que incluye rechazar el servicio.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica.
- Pedir la corrección de su historia clínica si es necesario.
- Recibir atención médica independientemente de la raza, el color, la nacionalidad de origen, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la religión, la edad o una discapacidad.
- Obtener información sobre solicitudes de quejas, apelaciones y audiencias.
- 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 les 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 por parte de nuestro plan de salud, sus proveedores médicos o la agencia Estatal de Medicaid.
- Recibir los servicios de atención médica que sean los correctos, 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 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 integrado.
- 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.) en la red de Molina.
- Pagar sus copagos.

CÓMO CONTACTAR A MI PLAN DE MEDICAID

¿A quién puedo llamar si necesito ayuda?

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

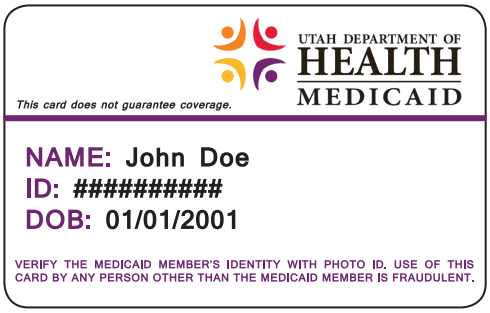
Podemos ayudarlo(a) con lo siguiente:

- Buscar un proveedor.
- Cambiar un proveedor.
- Realizar consultas sobre facturas.
- Comprender sus beneficios.
- Buscar un especialista.
- Presentar una queja (también llamada reclamo) o una apelación.
- Responder a preguntas sobre los planes de incentivos para médicos.
- Realizar 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.

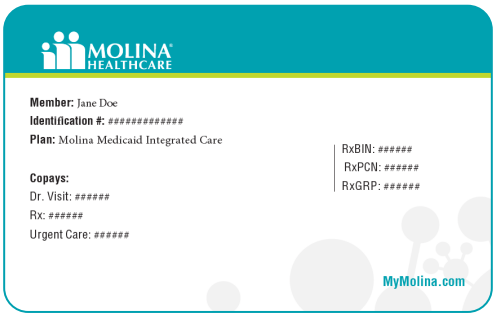


Usted utilizará esta tarjeta siempre que sea elegible para Medicaid. Deberá mostrar su Tarjeta de Miembro de Utah Medicaid antes de recibir servicios o surtir una receta. Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su plan de Medicaid o posiblemente deba pagar por el servicio.

Encontrará una lista de servicios cubiertos en la página 21.

¿Cómo es mi Tarjeta de Miembro de Utah Medicaid?

La Tarjeta de Miembro de Utah Medicaid entra en la billetera y llevará el nombre, el número de identificación de Medicaid y la fecha de nacimiento del miembro. Su Tarjeta de Miembro de Utah Medicaid tendrá la siguiente apariencia:



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

Molina también le enviará una tarjeta de identificación de Molina Medicaid Integrated Care que se verá como se indica a continuación:
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 Utah Medicaid 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 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 médica 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 este trabaja con nosotros 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 disponible en línea en

MolinaHealthcare.com o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener 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 especial de atención médica, uno de los administradores de cuidados lo ayudará a elegir un PCP. Para hablar con un administrador de cuidados acerca de la elección del PCP, llame al (888) 483-0760.

¿Cómo puedo cambiar de proveedor de cuidados primarios?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 si desea cambiar de PCP. También puede cambiar de PCP iniciando 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 de los EE. UU.
- Miembros que reciben cuidados paliativos.
- Miembros que califican para los beneficios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportuno y Periódico (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 (vacunas).
- Servicios médicos preventivos.
- Servicios para dejar de fumar.
- Servicios de salud conductual ambulatorios (trastorno mental y trastorno por uso de sustancias).

¿Cuándo pago copagos?

Es posible que deba pagar un copago para lo siguiente:

- Consultas con el doctor.
- 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.

TABLA DE MONTOS DE COPAGO

Los copagos son los mismos para los miembros de Medicaid Tradicional y No Tradicional. En la siguiente tabla, se muestran sus montos de copago.

Servicio	Copago
Sala de emergencias (ER)	$8 de copago por el uso de la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia
Hospital para pacientes internados	$75 de copago por internación en hospital
Farmacia	$4 de copago por receta médica, hasta $20 por mes
Consultas al médico, podólogo y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	$4 de copago, hasta $100 por año en combinación (incluidos oftalmólogos)
Servicios para la vista	$4 de copago 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 el máximo de gastos de su bolsillo, comuníquese con Medicaid al (866) 608-9422 para obtener ayuda a lo largo del proceso.

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* en combinación
* 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 (866) 608-9422. La información también se encuentra en línea en el portal de Utah Medicaid en 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 de Molina Medicaid Integrated Care para pedir asistencia. No pague la factura hasta hablar con el Departamento de 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 Utah Medicaid (excepto para servicios de emergencia).

ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE

¿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 las siguientes situaciones:

- 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(a) pero no se trata de una verdadera emergencia, llame a su médico o visite una clínica de cuidado urgente (consulte a continuación).

- 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 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 consulta de emergencia.

¿Qué es el cuidado urgente?

Los problemas urgentes normalmente deben ser tratados dentro de las 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

Para buscar una clínica de cuidado urgente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760, o bien 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:

- Catarro común, síntomas de gripe o dolor de garganta.
- Dolor de oído o dolor de muelas.
- Distensión 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(a) internan en el hospital desde la sala de emergencias. Este tipo de atención tiene cobertura. 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 los siguientes:

- 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 un copago por tratamientos anticonceptivos y de planificación familiar. Puede consultar a cualquier proveedor que acepte Medicaid para obtener servicios de 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 médica 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

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

** Los formularios de consentimiento para esterilizaciones deben firmarse 30 días antes de la cirugía.

¿Qué servicios de planificación familiar no están cubiertos?

Los servicios de planificación familiar que no están cubiertos incluyen lo que se indica a continuación:

- 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.

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 mujer 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 en las siguientes ocasiones:

- 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 doctor en una clínica ambulatoria de salud conductual).

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

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

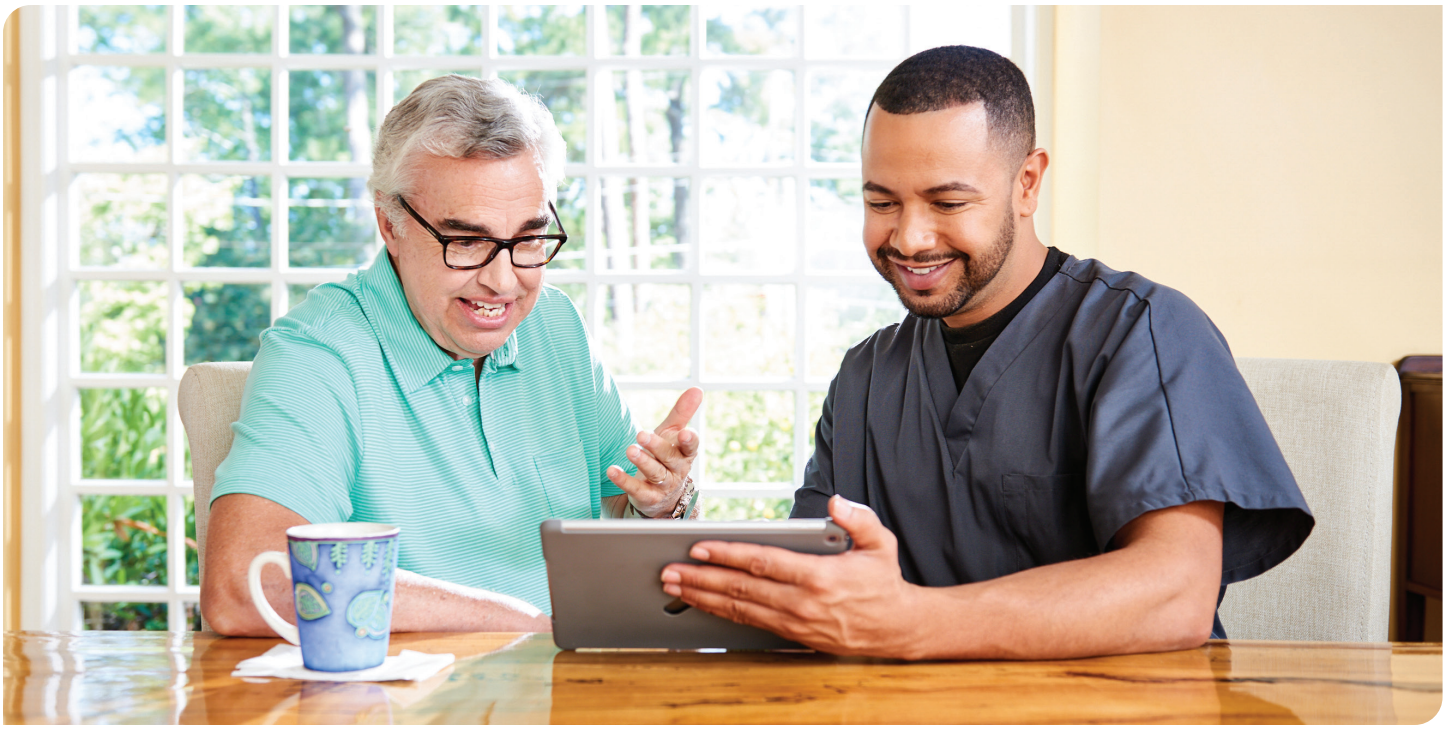
¿Qué servicios de salud conductual están cubiertos?

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 lo que se indica a continuación:

- Evaluaciones.
- Pruebas psicológicas.
- Terapia individual, familiar y grupal.
- Servicios de terapia conductual individual y grupal.
- Administración 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.
- Equipo Móvil de Alcance para Crisis (Mobile Crisis Outreach Team, MCOT).
- Centro de Recepción de Salud Conductual.

Los servicios son proporcionados por profesionales de SUD y salud mental autorizados, lo que incluye doctores, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales clínicos autorizados, 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.

SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS AMERICANOS (INDIAN HEALTH SERVICES, IHS)

¿Qué son los Servicios de Salud para Indígenas Americanos?

El Servicio de Salud para Indígenas Americanos es una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos que es responsable de proveer servicios federales de salud a los indígenas americanos y nativos de Alaska.

Si usted es indígena de los EE. UU. o nativo de Alaska, asegúrese de que su estado sea confirmado por el Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services, DWS). Para comunicarse con el DWS, llame al 1-866-435-7414. Los indígenas de los EE. UU. o los nativos de Alaska no tienen copagos.

Los indígenas de los EE. UU. y 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 es un programa dirigido por el Servicio de Salud para Indígenas Americanos, una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana.

TELESALUD O TELEMEDICINA

¿Puedo utilizar la telesalud o la telemedicina?

La telemedicina utiliza tecnología para ofrecer atención médica a distancia, normalmente por teléfono, Internet o video. Algunos servicios se pueden llevar a cabo a través de la telesalud o la telemedicina. [Incluir política/cobertura de telesalud específica del plan]

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 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 doctor 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 acudir a un especialista antes si su doctor le envía una autorización. Usted o su doctor 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 los siguientes servicios:

- 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 (hogar de 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 obtuvo la autorización de Molina.

Normalmente, decidimos acerca de la aprobación de un servicio dentro de los 14 días naturales posteriores a la recepción de la solicitud. En ocasiones, es posible que usted y su doctor piensen que es importante decidir rápidamente acerca de la aprobación de un servicio. En ese caso, intentaremos tomar una decisión dentro de los tres 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 en los que se requiere autorización previa, 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 doctor y una farmacia principales. Todos los servicios médicos y las recetas deben ser aprobados o coordinados por el doctor 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 doctores.
- 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.

PLAN MÉDICO ADICIONAL

¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?

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

Si tiene un plan médico adicional, su seguro primario pagará primero. Lleve todas sus tarjetas de seguros médicos a las consultas 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 doctor 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.

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 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 doctores qué tipos de servicios desea 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 la atención de la salud mental: un poder notarial para la 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 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.

APELACIONES Y QUEJAS

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

Una determinación adversa de beneficios es cuando ocurre lo siguiente:

- Se deniega el pago o se paga menos por los servicios que se brindaron.
- Se deniega un servicio o se aprueba menos de lo que usted o su proveedor solicitaron.
- Se disminuye la cantidad de servicios que habíamos aprobado o se finaliza el servicio aprobado.
- Se deniega el pago por un servicio cubierto.
- Se deniega el pago de un servicio por el que usted podría ser responsable de asumir.
- No se toma una decisión sobre una apelación o querella cuando deberíamos haberlo hecho.
- No se proporciona una cita con el doctor o un servicio en un plazo de 30 días para una visita rutinaria o de 2 días para una consulta de cuidado urgente.
- Se deniega 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 el Departamento de 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 Park 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 tarda una apelación?

Le daremos una decisión de apelación por escrito en un plazo de 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 mediante una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de dos días.

¿Puedo recibir la decisión de una apelación más rápidamente?

Si esperar nuestra decisión 30 días podría afectar su salud, su vida o su habilidad para mantener o recuperar la función total, puede solicitar una apelación acelerada. Esto significa que tomaremos una decisión dentro de 72 horas.

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 mediante una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de dos días.

Si denegamos su solicitud para una apelación rápida, también le avisaremos mediante 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 and 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 recibiéndolo. 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 que puede enviar a Medicaid.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?

Si usted o su proveedor no están conformes 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 queja?

Una queja es un reclamo acerca de un asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Usted 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, tales como los que indican a continuación:

- 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, su proveedor de atención médica o sus servicios.

¿Cómo presento una queja?

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

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

Le comunicaremos nuestra decisión acerca de su queja en un plazo de 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 mediante una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de 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 usan 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 Alerta para Cumplimiento Normativo de Molina Medicaid Integrated Care:
    - Número de Teléfono Gratuito: (866) 606-3889.
    - En línea: https://molinahealthcare.AlertLine.com
    - Oficina de Cumplimiento Normativo de Molina Medicaid Integrated Care: Attn: Compliance Officer

Molina Medicaid Integrated Care
7050 Union Park Center #200
Midvale, UT 84047]

- **Fraude de Proveedores**
  - Oficina del Inspector General (OIG)
    Correo electrónico: mpi@utah.gov
    Línea Directa de Teléfono Gratuito: (855) 403-7283
- **Fraude de Miembros**
  - Correo Electrónico de la Línea Directa de Fraudes del Departamento de Servicios Laborales: wsinv@utah.gov
    Teléfono: (800) 955-2210

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

SERVICIOS DE TRANSPORTE

¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia?

Si tiene un problema médico grave y no es seguro que conduzca hasta una sala de emergencias, llame al 911. Utah Medicaid 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) a ir hasta el consultorio del doctor cuando no se trata de una emergencia. Para recibir este tipo de ayuda deberá considerar los siguientes aspectos:

- Tener Medicaid tradicional en la fecha en que sea necesario.
- Tener un motivo médico para el transporte.
- Llamar 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 tomar un autobús, llame al 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 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 estos números:
    - Condados de Salt Lake y Davis: (801) 287-7433.
    - Condados de Davis, Weber y Box Elder: 1-877-882-7272 y (877) 882-7272.
    - Se le ha aprobado el uso del servicio especial de autobús y tiene una Tarjeta de Transporte Médico Especial.

- **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 en los siguientes 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, puede solicitar 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 sea 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 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 consulta con el doctor. Verifique con un empleado del DWS para analizar el reembolso de millas por consultas dentales y médicas preventivas infantiles conforme al beneficio de EPSDT.

- Las familias con un niño deberían verificar con un empleado de DWS para analizar el reembolso de millas por consultas dentales y médicas preventivas infantiles conforme al beneficio de EPSDT.

- **Costos de estadía:** en algunos casos, cuando las estadías de un día para otro 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 Pago por Cada Servicio Medicaid	No está cubierto por Molina – Cubierto por Pago por Cada Servicio de Medicaid
Anticonceptivos y planificación familiar	Con cobertura No se requiere copago (Consulte la tabla de anticonceptivos en la página 14)	Con cobertura No se requiere copago (Consulte la tabla de anticonceptivos en la página 14)
Servicios quiroprácticos	No está cubierto por Molina – Puede estar cubierto por el pago por cada servicio de Medicaid para miembros que reciben beneficios EPSDT. Llame a Medicaid al (800) 662-9651	Sin cobertura

Beneficio	Tradicional	No tradicional
Beneficios dentales	No está cubierto por Molina – Puede estar cubierto por el Pago por Cada Servicio de Medicaid o el plan dental de Medicaid. Llame a Medicaid al (800) 662-9651	No está cubierto por Molina – Puede estar cubierto por el Pago por Cada Servicio de Medicaid o el plan dental de Medicaid. Llame a Medicaid al (800) 662-9651
Consultas con el doctor	Con cobertura Consulte la tabla de copagos en la página 11	Con cobertura Consulte la tabla de copagos en la página 11
Atención médica urgente y de emergencia	Con cobertura No requiere copago (Debe acudir a un proveedor de la red para recibir cuidado urgente)	Con cobertura No se requiere copago (Debe acudir a un proveedor de la red para recibir cuidado urgente)
Examen de los ojos	Con cobertura Sin copagos Límite de un examen cada 12 meses	Con cobertura Sin copagos Límite de un examen cada 12 meses
Anteojos	Con cobertura Sin copagos – Cubierto solo para miembros elegibles para servicios EPSDT	Sin cobertura
Cuidado paliativo	Con cobertura Sin copagos (Consulte la página 10 para obtener más información)	Con cobertura Sin 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 Sin copagos	Con cobertura Sin copagos
Suministros médicos	Con cobertura Sin copagos	Con cobertura Sin copagos
Atención ambulatoria de la salud conductual (trastorno mental y trastorno por abuso de sustancias)	Con cobertura Sin copagos	Con cobertura Sin copagos

Beneficio	Tradicional	No tradicional
Residencia para ancianos	Cubierto por Molina por hasta 30 días. Las estadías de más de 30 días están cubiertas por el Pago por Cada 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 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) Sin copagos – 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

Beneficio	Tradicional	No tradicional
Servicios de transporte médico que no sea de emergencia	No está cubierto por Molina – Cubierto por el Pago por Cada 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 como las que se mencionan a continuación:

- 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 el hecho de realizar 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; sin embargo, no están cubiertos de manera habitual.

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 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. Las puede encontrar 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 normas estrictas para proteger la PHI.
- Solo utilizamos o proporcionamos 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(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 completa de las normas de privacidad está disponible en MolinaHealthcare.com. También puede solicitar una copia impresa de esta información al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760.

MOLINA®
HEALTHCARE