



CHIP de Utah Programa de Seguro Médico para Niños Manual del Miembro 2024-2025

El Manual del Miembro de Molina CHIP y la lista de proveedores están disponibles en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760

CONTENIDO

NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN.....	04
NÚMEROS DE TELÉFONO E INFORMACIÓN DE CONTACTO.....	08
Molina CHIP.....	08
Estado.....	08
GLOSARIO DE ACRÓNIMOS.....	08
SERVICIOS DE IDIOMAS.....	09
¿Cómo puedo obtener ayuda si soy una persona sorda, tengo problemas de audición o hablo otro idioma?.....	09
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	09
¿Cuáles son mis derechos?.....	09
¿Cuáles son mis responsabilidades?.....	10
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS.....	11
¿A quién puedo llamar si necesito ayuda o tengo preguntas?.....	11
MI TARJETA DE IDENTIFICACIÓN MÉDICA DEL CHIP.....	11
¿Cuándo obtendré mi tarjeta de identificación médica del CHIP?.....	11
¿Cómo es mi tarjeta médica de Molina CHIP?.....	11
BENEFICIOS MÉDICOS DE MI CHIP.....	12
¿Qué servicios están cubiertos por mi plan médico CHIP?.....	12
¿Qué servicios no están cubiertos por el CHIP?.....	12
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	12
¿Qué es una autorización previa?.....	12
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE.....	13
¿Qué es una emergencia médica?.....	13
¿Cuál sería un ejemplo de emergencia?.....	13
¿Qué debería hacer si tengo una emergencia?.....	13
¿Qué hago si tengo preguntas acerca de un peligro de envenenamiento?.....	13
¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?.....	13
¿Qué es el cuidado urgente?.....	13
¿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.....	14
¿Qué es la planificación familiar?	14
Los servicios de planificación familiar incluyen:.....	14
Servicios de planificación familiar sin cobertura:	14
SERVICIOS DE ABORTO.....	14
SERVICIOS DE TRANSPORTE.....	15
¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia?	15
SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS.....	15
DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	15
¿Qué es una directiva anticipada?	15
CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR.....	15
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria?.....	15
¿Cómo elijo un proveedor de cuidados primarios?	16
¿De qué manera puedo cambiar mi PCP?	16
ESPECIALISTAS.....	16
¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista?	16
PROGRAMAR UNA CITA.....	16
¿Cuánto tiempo se requiere para tener una consulta?	16
COSTO COMPARTIDO (PRIMAS, COPAGOS, COSEGURO Y DEDUCIBLES).....	17
¿Qué es una prima?	17
¿Qué es un copago?	17
¿Cuándo pago un copago?	17
¿Qué es el coseguro?.....	17
¿Qué es un deducible?	17
¿Qué servicios no tienen un copago o un costo compartido?	17
¿Quiénes no deben pagar copagos o costos compartidos?	18

MÁXIMO DE GASTOS DE SU BOLSILLO	18
¿Qué es el máximo de gastos de bolsillo?	18
¿Cuánto será mi máximo de gastos de bolsillo?	18
¿Qué sucede cuando he pagado el máximo de costos de mis gastos de bolsillo?	18
¿Cuáles son las fechas del período de beneficios?	18
TABLA DE COPAGOS MÉDICOS DEL CHIP.....	19
FACTURAS MÉDICAS.....	21
¿Qué hago si recibo una factura médica que debería cubrir el CHIP?.....	21
¿Cuándo debo pagar una factura médica?	21
OTROS SEGUROS/TPL.....	21
¿Qué pasa si mi hijo obtiene cobertura de otro seguro médico?	21
DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS, APELACIONES, QUEJAS Y AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL.....	22
¿Qué es una determinación adversa de beneficios?	22
¿Qué es una apelación?	22
¿Cómo solicito una apelación?.....	22
¿Cuánto tiempo lleva una apelación?.....	23
¿Qué sucede con sus beneficios durante una apelación?	23
¿Qué es una apelación acelerada?	23
¿Cómo solicito una apelación acelerada?.....	23
¿Qué es una queja?	23
¿Cómo presento una queja?	23
¿Qué es una Audiencia Imparcial Estatal?.....	24
FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO.....	24
¿Qué es el fraude, despilfarro y abuso de atención médica?	24
¿Cómo puedo informar un fraude, despilfarro o abuso?	24
NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD	25
¿Cómo protegemos su privacidad?	25

NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina le ofrece servicios gratuitos:

- Asistencia y servicios a personas con discapacidades.
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
 - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille).
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o que tienen conocimientos limitados del inglés.
 - Intérpretes especializados.
 - Material escrito traducido en su idioma.

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

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

Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate
Long Beach, CA 90802

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

También puede presentar una queja por derechos civiles al Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights de EE. UU. Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html. Puede enviar el formulario por correo postal a:

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

También puede enviarlo a un sitio web a través del Portal de quejas de la Office for Civil Rights, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

Si necesita ayuda, llame al (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 ayudarle a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin cargo:

- Asistencia 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 que tienen un 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 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 al 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 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 sitio web del Portal de quejas de la Office for Civil Rights en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

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

English: Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call (888)-483-0760 (TTY: 711).

Español: También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al (888) 483-0760 (TTY: 711)

- 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).
- 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 D77 baa ak0 n7n7zin: D77 saad bee y1n7[ti'go Diné Bizaad, saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66', t'11 jiiik'eh, 47 n1 h0l=, koj8' h0d77lnih 1-888-483-0760 (TTY: 711.)
- Nepali ध्यान दिनुहोस्: तपार्इले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपार्इको नमिति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-483-0760 (टटिविडि: 711) ।
- Tongan FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1-888-483-0760 (TTY: 711).

Serbocroata	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).
Alemán	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen 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	اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم إذا كنت تتحدث انكر: ملحوظة 1-888-483-0760 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Mon-Khmer, Camboyano	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយ ផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើ អ្នក។ 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。

NÚMEROS DE TELÉFONO E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Molina CHIP

Departamento de Servicios para Miembros (888) 483-0760

Página web de Molina MolinaHealthcare.com

Estado

Línea directa de CHIP 1-877-KIDS-NOW ((877) 543-7669) o (888) 222-2542

Página web de los CHIP health.utah.gov/chip

Oficina de elegibilidad de DWS (866) 435-7414
jobs.utah.gov/

Línea directa para miembros de Health Program Representative (HPR) (866) 608-9422

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

ABA: Análisis conductual aplicado

CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños

DHHS: Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos

DWS: Departamento de Servicios Laborales

IHS: Servicios de salud para indígenas

PA: Autorización Previa

PCP: Proveedor de atención primaria

PHI: Información médica personal

TPL: Responsabilidad frente a terceros (otros seguros)

Estado del CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños del Estado

SERVICIOS DE IDIOMAS

¿Cómo puedo obtener ayuda si soy una persona sorda, tengo problemas de audición o hablo otro idioma?

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. Además, podemos proporcionarle materiales en otros formatos, como sistema Braille, audio o letra grande.

Si tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711. El Servicio de Retransmisión de Utah es un servicio público de comunicación telefónica o TTY/TTD. Si necesita servicios de retransmisión en español, llame al (888) 346-3162.

Si necesita un intérprete para una cita médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos lograr que un intérprete le ayude en la consulta con el médico. También tenemos varios doctores en nuestra red que hablan o usan lenguaje de señas en otros idiomas.

Además, puede llamar al equipo del Departamento 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 de la audición.
- Que lo traten de manera justa y con respeto.
- Que su información médica personal se mantenga privada.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles.
- Tomar decisiones sobre su atención médica, lo que incluye aceptar el tratamiento.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- Solicitar y recibir copias de su historia clínica.
- Pedir que se corrija o cambie 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 audiencias imparciales estatales.
- Presentar una queja o una apelación.
- Recibir atención de emergencia en cualquier hospital u otro establecimiento.





- Recibir atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días a la semana.
- No sentirse controlado ni obligado a tomar decisiones médicas.
- Preguntar cómo les pagamos a sus proveedores.
- Crear una directiva anticipada que le diga a los médicos qué tipo de tratamiento desea y cuál no, en caso de que esté tan enfermo que no pueda tomar decisiones
- Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, conveniencia, o represalia. Esto significa que no pueden retenerlo(a) contra su voluntad. No pueden obligarlo a hacer algo que no desea.
- Ejercer sus derechos en cualquier momento y a no ser maltratado si lo hace. Esto incluye el tratamiento por parte de Molina, sus proveedores médicos, la agencia estatal de Medicaid y CHIP.
- Recibir servicios de atención médica que sean el tipo correcto de servicios según sus necesidades.
- Obtener servicios de atención médica cubiertos por Molina, bastante fáciles de conseguir y accesibles 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 servicios de atención médica cubiertos en un plazo de 30 días para atención de rutina, no urgente, y en un plazo de 2 días para atención urgente que no ponga en peligro la vida.
- Obtener un servicio de atención médica cubierto de un proveedor fuera de la red si no podemos brindarle el servicio.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Sus responsabilidades son las siguientes:

- Seguir las reglas de su plan.
- Leer su Manual del Miembro.
- Mostrar su tarjeta de CHIP cada vez que reciba atención médica.
- Para cancelar una cita, llamar al proveedor 24 horas antes de la cita.
- Respetar al personal y la propiedad en el consultorio de su proveedor.
- Proporcionar la información correcta a sus proveedores y sus planes CHIP.
- Comprender la atención médica que necesita.
- Utilizar los proveedores y las instalaciones de la red Molina.
- Informarnos si recibe una factura médica que no crea que deba pagar.

- Pagar sus copagos, deducibles y primas trimestrales.
- Llamar al Department of Workforce Services (DWS) si cambia su dirección, estado familiar u otra cobertura de atención médica.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

¿A quién puedo llamar si necesito ayuda o tengo preguntas?

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

Podemos ayudarlo(a) con lo siguiente:

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

También puede encontrarnos en Internet en MolinaHealthcare.com.

MI TARJETA DE IDENTIFICACIÓN MÉDICA DEL CHIP

¿Cuándo obtendré mi tarjeta de identificación médica del CHIP?

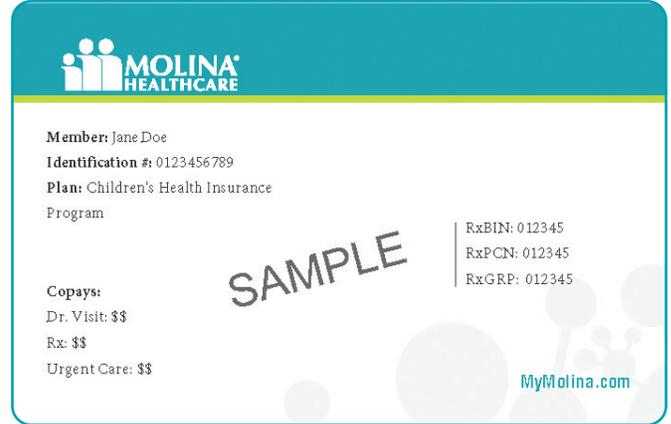
Los miembros del CHIP reciben su tarjeta médica dentro de los 21 días posteriores a la inscripción en Molina. Deberá mostrar su tarjeta del CHIP antes de recibir servicios o surtir una receta médica.

Además, siempre debe asegurarse de que su proveedor de atención médica acepte su plan médico CHIP antes de buscar servicios. Si no lo hace podría tener que usar gastos de bolsillo por los servicios prestados.

Encontrará una lista de servicios cubiertos en la [página 12](#).

¿Cómo es mi tarjeta médica de Molina CHIP?

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



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



BENEFICIOS MÉDICOS DE MI CHIP

¿Qué servicios están cubiertos por mi plan médico CHIP?

Estos son algunos de los servicios que Molina cubre:

- Ambulancia para emergencias médicas.
- Anestesia para servicios médicos y dentales en un centro quirúrgico u hospital (requiere autorización previa de su plan).
- Servicios para el tratamiento del espectro autista, incluido el Análisis Conductual Aplicado (ABA).
- Servicios de salud conductual.
- Diabetes y educación sobre la diabetes.
- Consultas médicas, incluidas las consultas con especialistas.
- Medicamentos recetados por su médico.
- Exámenes de los ojos.
- Atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Planificación familiar.
- Exámenes auditivos.
- Servicios hospitalarios, en el hospital y ambulatorios.
- Inmunizaciones.
- Análisis de laboratorio y radiografías.
- Equipos y suministros médicos.
- Terapia ocupacional.
- Trasplantes de órganos.
- Sin límites con autorización previa.
- Terapia física.
- Servicios relacionados con el embarazo, incluidos el trabajo de parto y el parto.
- Servicios para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.
- Servicios para dejar de consumir tabaco.

¿Qué servicios no están cubiertos por el CHIP?

Si no está seguro de si un servicio tiene cobertura, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al (888) 483-0760.

Hay algunos servicios que CHIP no cubre:

- Aborto, excepto para salvar la vida de la madre o en el caso de violación o incesto, con los formularios requeridos.



- Acupresión.
- Exámenes y tratamiento de alergias.
- Anestesia general, mientras se encuentra en el consultorio del médico.
- Biorretroalimentación.
- Ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos para la pérdida de peso, medicamentos que no son de la Food and Drug Administration [FDA]).
- Ciertos servicios para el dolor.
- Cargos o servicios no destinados para fines médicos (por ejemplo, cargos por demora o por no presentarse).
- Servicios quiroprácticos.
- Servicios experimentales.
- Anteojos para la corrección de la refracción.
- Cirugía ocular para la corrección de la visión.
- Tratamiento basado en alimentos.
- Genoterapia.
- Asesoramiento genético
- Audífonos (a menos que el niño haya sido aprobado para implantes cocleares).
- Fertilización in vitro.

Para obtener más información sobre beneficios, llame al (888) 483-0760 o visite nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com)

AUTORIZACIÓN PREVIA

¿Qué es una autorización previa?

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

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

La mayoría de los servicios cubiertos están disponibles sin autorización previa. No necesita una remisión para ver a un especialista de Molina. Sin embargo, puede ver a un especialista antes si su médico particular lo deriva a uno. 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 lo siguiente:

- Internación en el hospital/ambulatoria (para casos que no son emergencias).
- Cirugía.
- Algunos procedimientos en el consultorio.
- Algunas radiografías y análisis de laboratorio.
- Atención médica domiciliaria.
- Equipos y suministros médicos.
- Atención a largo plazo (residencia para ancianos o rehabilitación).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE

¿Qué es una emergencia médica?

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

¿Cuál sería un ejemplo de emergencia?

Las emergencias pueden incluir las siguientes situaciones:

- Envenenamiento
- Sobredosis
- Quemaduras graves
- Dolor fuerte en el pecho
- Embarazo con sangrado y/o dolor
- Corte profundo en el que el sangrado no se detiene

- Pérdida del conocimiento
- No poder moverse ni hablar repentinamente
- Fracturas

¿Qué debería hacer si tengo una emergencia?

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

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

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

¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?

Usted tendrá un copago por visitar la sala de emergencias. Consulte la tabla de copagos en la página 15 para obtener información sobre los copagos de la sala de emergencias. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 para obtener más información sobre la atención de emergencia y los copagos.

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

¿Qué 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 la Línea de Enfermería al

(888) 275-8750 (TTY: 711). Para buscar una clínica de atención de urgencias, 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:

- Síntomas de resfriado o gripe.
- Dolor de garganta intenso.
- Vómitos o diarrea.
- Dolor fuerte de oído.
- Dolor de cabeza o migrañas.
- Dolor sinusal.

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 tiene cobertura. Si usted es admitido desde la sala de emergencias, no se aplicará ningún copago. Incluye las pruebas y los tratamientos que reciba hasta su estabilización.



¿Cuándo está cubierta la atención posterior a la estabilización?

Molina cubre este tipo de atención, ya sea que asista 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 es la planificación familiar?

La planificación familiar ayuda a las familias a planificar cuándo quieren tener un bebé a través de asesoramiento y servicios de control de la natalidad. Puede ver a cualquier proveedor que acepte su tarjeta CHIP para servicios de planificación familiar. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un proveedor.

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Servicios y tratamiento de anticonceptivos.
- Educación sobre el control de la natalidad y el tratamiento.
- Algunos tipos de tratamiento de esterilización (todos los tratamientos de esterilización requieren un formulario de consentimiento 30 días antes de la cirugía).
- Pruebas de detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Servicios de planificación familiar sin cobertura:

- Medicamentos y tratamiento para la infertilidad
- Fertilización in vitro
- Asesoramiento genético
- Norplant

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

SERVICIOS DE ABORTO

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

SERVICIOS DE TRANSPORTE

¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia?

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

SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS

Indian Health Services es una agencia del Department of Health and Human Services (DHHS), responsable de proveer servicios federales de salud a los indígenas de los EE. UU. y los 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). Si tiene preguntas sobre cómo confirmar su estado, comuníquese con el DWS al (866) 435-7414.

Los miembros verificados del CHIP de indígenas de los EE. UU. y nativos de Alaska no pagan copagos, deducibles, coseguros ni primas trimestrales.

Los indígenas de los EE. UU. y los nativos de Alaska también pueden recibir servicios directamente de un programa de atención médica para indígenas. Este es un centro operado por Indian Health Services, por una tribu indígena, una organización tribal o una Organización Indígena Urbana.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es un documento legal que le permite hacer elecciones acerca de su atención médica con antelación. Es posible que llegue un momento en el que se encuentre demasiado enfermo(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 médicos qué tipos de servicios desea o no recibir si se enferma demasiado y queda al borde la muerte, y no puede tomar sus propias decisiones.

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

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

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

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

CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR

¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria?

Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es un médico al que consulta por la mayoría de sus necesidades de atención y que le proporciona atención médica cotidiana. Su PCP lo(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 médico 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 en “Find A Doctor” (Encontrar un médico) en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com). Una vez que haya elegido un PCP, deberá comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para informarles su elección. Si necesita ayuda para elegir un PCP, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y un representante lo(a) asistirá. Si tiene una necesidad especial de atención médica, uno de nuestros administradores de casos trabajará con usted y su médico para asegurarse de que seleccione el proveedor adecuado para usted. Para hablar con un administrador de casos acerca de la elección del PCP, llame al (888) 483-0760.

¿De qué manera puedo cambiar mi PCP?

Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento. Puede cambiar su PCP en [MyMolina.com](https://www.mymolina.com), el Portal seguro para miembros de Molina o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Será un placer ayudarlo(a).

ESPECIALISTAS.

¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista?

Si desea hablar con un médico que se especializa en un área específica o su proveedor de atención primaria (PCP) siente que no puede manejar una afección médica específica, puede consultar a un especialista de nuestra red. No es necesario que obtenga una remisión de su PCP para concertar una cita con un especialista. Algunos especialistas pueden pedirle que obtenga una remisión de su PCP antes de programar una cita en su consultorio.

PROGRAMAR UNA CITA

¿Cuánto tiempo se requiere para tener una consulta?

Debería poder ver a un proveedor médico:

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

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



COSTO COMPARTIDO (PRIMAS, COPAGOS, COSEGURO Y DEDUCIBLES)

El costo compartido es el importe que debe pagar por algunos servicios. Esto incluye los deducibles, copagos y coseguros.

¿Qué es una prima?

Una prima es el importe que se le pide que pague por su cobertura del CHIP. Según sus ingresos, es posible que deba pagar una prima de \$75 cada trimestre. La prima es el importe fijo de su familia, sin importar cuántos hijos tenga. Para obtener más información acerca de su prima del CHIP, llame al DWS al (866) -435-7414.

¿Qué es un copago?

Un copago es un importe fijo que debe pagar por algunos servicios. Esto generalmente se paga al utilizar el servicio.

¿Cuándo pago un copago?

- Consulta con un médico.
- Visita al hospital para recibir atención médica ambulatoria.
- Hospitalizaciones planificadas.
- Uso de la sala de emergencias.

- Uso de una clínica de atención de urgencias.
- Obtención de medicamentos recetados.

¿Qué es el coseguro?

Algunos servicios tienen un coseguro. Un coseguro es un porcentaje del total de la factura que usted tiene la responsabilidad de pagar. El porcentaje de coseguro puede variar dependiendo del servicio.

¿Qué es un deducible?

Un deducible es un importe establecido durante un año del plan que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar el costo restante de la factura. Una vez que se haya pagado el deducible, ya no tendrá deducible durante el resto del año del plan. El año del deducible del plan comienza el 1 de julio y termina el 30 de junio del siguiente año.

¿Qué servicios no tienen un copago o un costo compartido?

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

- Exámenes preventivos del niño.
- Inmunizaciones (vacunas).
- Laboratorio para pruebas de diagnóstico menores (consulte el gráfico de copagos para obtener información adicional).
- Visitas de salud mental al consultorio y ambulatorias.



- Salud mental y trastornos por abuso de sustancias.
- Tratamiento residencial.

¿Quiénes no deben pagar copagos o costos compartidos?

- Nativos de Alaska verificados.
- Indígenas de EE. UU. verificados.
- Aquellos que han alcanzado el máximo de gastos de su bolsillo durante su período de beneficio.

MÁXIMO DE GASTOS DE SU BOLSILLO

¿Qué es el máximo de gastos de bolsillo?

Un máximo de gastos de bolsillo es lo máximo que paga en costos compartidos por los gastos de desembolso durante su período de beneficio. El máximo se basa en los ingresos de su hogar. El período de beneficios es un período de 12 meses que comienza con su primer mes de elegibilidad del CHIP. Las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.

¿Cuánto será mi máximo de gastos de bolsillo?

El DWS envía esta información en su notificación de aprobación. Si no está seguro

de cuál es su monto máximo de bolsillo, llame al DWS al (866) 435-7414.

¿Qué sucede cuando he pagado el máximo de costos de mis gastos de bolsillo?

Una vez que alcance el máximo de gastos de bolsillo, le enviaremos a su hogar nuevas tarjetas de identificación de CHIP y una carta informándole que su hogar ya no tendrá que pagar los gastos de costo compartido durante el resto de su período de beneficios. Hasta que se reciban sus tarjetas de identificación, puede mostrar una copia de la carta a su proveedor como prueba de que no debe ningún copago.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 si tiene preguntas sobre si ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo de su hogar para su período de beneficios.

¿Cuáles son las fechas del período de beneficios?

El período de beneficios es de 12 meses de cobertura del CHIP, que inicia el mes en que su hijo comenzó a ser elegible para el CHIP. Consulte con el DWS si no sabe en qué mes comenzó la cobertura del CHIP de su hijo.



TABLA DE COPAGOS MÉDICOS DEL CHIP

BENEFICIOS (por año del plan)	PLAN DE COPAGO B*	PLAN DE COPAGO C*
MÁXIMO DE GASTOS DE SU BOLSILLO	El 5 % de los ingresos brutos anuales de la familia, incluidos los gastos dentales**	El 5 % de los ingresos brutos anuales de la familia, incluidos los gastos dentales**
LIMITACIONES POR CONDICIÓN PREEXISTENTE	Sin periodo de espera	Sin periodo de espera
DEDUCIBLE	\$70/familia	\$575/niño; \$1,600/familia
EXÁMENES PREVENTIVOS DEL NIÑO	\$0	\$0
INMUNIZACIONES	\$0	\$0
CONSULTAS CON EL MÉDICO	\$5	\$25
CONSULTAS CON UN ESPECIALISTA	\$5	\$40
SALA DE EMERGENCIAS	\$10	20 % luego del deducible; mínimo \$150 por consulta
AMBULANCIA	El 5 % del monto aprobado después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS	\$5	\$45
CIRUGÍA AMBULATORIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA AMBULATORIA	El 5 % del monto aprobado después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	\$150 después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS	\$0 para pruebas de diagnóstico menores y radiografías; el 5 % de la cantidad aprobada después del deducible para pruebas de diagnóstico principales y radiografías	\$0 para pruebas de diagnóstico menores y radiografías; el 20 % de la cantidad aprobada después del deducible para pruebas de diagnóstico principales y radiografías
CIRUJANO	El 5 % del monto aprobado	El 20 % del monto aprobado después del deducible
ANESTETISTA	El 5 % del monto aprobado	El 20 % del monto aprobado después del deducible

BENEFICIOS (por año del plan)	PLAN DE COPAGO B*	PLAN DE COPAGO C*
RECETAS MÉDICAS		
– Medicamentos Genéricos Preferidos	– \$5	– \$15
– Medicamentos de marca registrada preferidos	– El 5 % del monto aprobado – El 5 % del monto aprobado	– El 25 % del monto aprobado – El 50 % del monto aprobado
– Medicamentos No Preferidos		
SALUD MENTAL		
– Paciente internado	– \$150 después del deducible	– El 20 % del monto aprobado después del deducible
– Consulta ambulatoria, visitas al consultorio y atención de urgencia	– \$0	– \$0
TRATAMIENTO RESIDENCIAL	\$0	\$0
FISIOTERAPIA	\$5 (límite de 20 consultas al año)	\$40 después del deducible (20 consultas por año)
ANÁLISIS DE CONDUCTA APLICADA (ABA) para el tratamiento del trastorno del espectro autista	\$0	\$0
CONSULTAS QUIROPRACTICAS	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA Y CUIDADO PALIATIVO	El 5 % del monto aprobado después del deducible	El 20 % del monto aprobado después del deducible
EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS	El 10 % del monto aprobado después del deducible	El 25 % del monto aprobado después del deducible
EDUCACIÓN SOBRE DIABETES	\$0	\$0
EXAMEN PREVENTIVO DE LA VISIÓN a través de VSP (vsp.com or (800) 877-7195)	\$5 (límite de 1 consultas al año)	\$25 (límite de 1 consultas al año)
EXAMEN PREVENTIVO DE AUDICIÓN	\$5 (límite de 1 consultas al año)	\$25 (límite de 1 consultas al año)

* A los indígenas de los EE. UU./nativos de Alaska no se les cobrarán los copagos, las primas o los deducibles.

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

FACTURAS MÉDICAS

¿Qué hago si recibo una factura médica que debería cubrir el CHIP?

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

¿Cuándo debo pagar una factura médica?

Es posible que deba pagar una factura médica por los siguientes motivos:

- No es elegible para CHIP el día del servicio.
- Obtiene un servicio que no está cubierto por el CHIP o que excede el límite de beneficios del CHIP. Debe aceptar esto por escrito antes de obtener el servicio.
- Solicita y recibe servicios durante una apelación o Audiencia Imparcial Estatal y la decisión no es favorable para usted.

- Recibe atención de un médico que no forma parte de su plan del CHIP, o no está afiliado al CHIP de Utah (excepto para Servicios de Emergencia).

OTROS SEGUROS/TPL

¿Qué pasa si mi hijo obtiene cobertura de otro seguro médico?

Si su hijo obtiene otro seguro, debe informarlo a la oficina de elegibilidad de DWS dentro de los 10 días posteriores a la obtención de la cobertura del otro seguro. Una vez que se notifique al DWS, actualizarán su caso con la información del seguro.

Su cobertura del CHIP se convertirá en su seguro secundario para cualquier servicio. Debe informar a su proveedor que tiene el CHIP y el otro seguro.

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



DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS, APELACIONES, QUEJAS Y AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

Una determinación adversa de beneficios es cuando tomamos una decisión que no está a su favor.

Los tipos de determinaciones adversas de beneficios ocurren cuando:

- Denegamos o limitamos la aprobación de un servicio solicitado.
- Disminuimos la cantidad de servicios que habíamos aprobado o finalizamos el servicio aprobado.
- Denegamos el pago o pagamos menos por los servicios que se brindaron.
- No decidimos sobre una apelación ni una queja de manera oportuna.
- No le proporcionamos una cita con el médico de manera oportuna.

- Le informamos que tenía que pagar un pasivo financiero y no estuvo de acuerdo. Los pasivos financieros incluyen copagos, coseguros, deducibles y primas.

Le enviaremos un aviso de determinación adversa de beneficios si ocurre una de las situaciones descritas anteriormente. Si no recibió este aviso, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y se lo enviaremos.

¿Qué es una apelación?

Si no está de acuerdo con la determinación adversa de beneficios, usted, su proveedor o su representante autorizado pueden solicitar una apelación. Una apelación es la revisión que Molina hace de la determinación adversa de beneficios que hicimos.

¿Cómo solicito 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 postal:

Molina Healthcare of Utah CHIP Plan
Attention: Member Appeals and Grievances
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422

Por fax:

(877) 682-2218 o

Por teléfono

(888) 483-0760 (TTY/TDD: 711)

Presente una apelación dentro de los 60 días posteriores a la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios. Si necesita ayuda para solicitar una apelación, llámenos al (888) 483-0760. Si es sordo o tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711 o al (800) 346-4128.

¿Cuánto tiempo lleva una apelación?

Se le notificará por escrito dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que se reciba su apelación. Se le notificará por escrito si se necesita más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación. Si usted, su representante autorizado o su proveedor piensa que es importante decidir rápidamente, puede solicitar una apelación acelerada llamando al (888) 483-0760. Se tomará una decisión de apelación acelerada dentro de las 72 horas.

¿Qué sucede con sus beneficios durante una apelación?

Sus beneficios no se suspenderán porque presentó una apelación. Si está apelando porque un servicio que ha estado recibiendo se limita o deniega, infórmenos dentro de los 10 días calendario luego de recibir la determinación adversa de beneficios 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?

Una apelación rápida significa que tomaremos una decisión sobre su solicitud de apelación dentro de las 72 horas posteriores a la fecha de recepción de la solicitud. Se aceptan apelaciones aceleradas por teléfono o por escrito. Si no podemos aceptar una apelación acelerada, le enviaremos una carta y le explicaremos por qué no podemos aceptarla.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

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

Molina Healthcare of Utah CHIP Plan
Attention: Member Appeals and Grievances
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422

¿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 y a informarnos sobre sus inquietudes.

Puede presentar una queja sobre problemas relacionados con su atención médica, como los siguientes:

- 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
- Nota indecencia por parte de un proveedor o personal.
- Cualquier otro tipo de problema que haya tenido con su servicio de atención médica.

¿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.

Puede presentar una querrela 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 CHIP Plan
Attention: Member Appeals and Grievances
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422

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

¿Qué es una Audiencia Imparcial Estatal?

Una Audiencia Imparcial Estatal es un proceso con la agencia estatal de Medicaid que le permite explicar por qué cree que se debe cambiar la decisión de apelación de Molina. Usted, su proveedor o su representante autorizado pueden solicitar una Audiencia Imparcial Estatal después de recibir el aviso de nuestra decisión de apelación.

¿Cómo solicito 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. El formulario debe enviarse a Medicaid dentro de un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha que aparece en nuestra notificación de decisión de apelación.

Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, puede presentarle a Medicaid el formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal.

FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO

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

El fraude, despilfarro y abuso ocurren cuando un miembro o proveedor se involucra en una actividad que resulta en un costo innecesario, incluidos los servicios que no son necesarios o los servicios que no cumplen con los estándares de atención.

Estos son algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso.

Por parte de un Miembro

- Dejar que alguien use su tarjeta de identificación del CHIP.
- Cambiar la cantidad o el número de renovaciones en una receta médica.
- Mentir para obtener servicios de salud mental, dental o médicos, de trastornos por consumo de sustancias o servicios farmacéuticos.

Por parte de un Proveedor

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

¿Cómo puedo informar un fraude, despilfarro o abuso?

Queremos asegurarnos de que sus dólares invertidos en atención médica se usen de inmediato. El fraude, despilfarro y abuso pueden hacer que la atención médica sea más costosa para todos.

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

Línea de alerta para el cumplimiento normativo de Molina CHIP:

Llame al (866) 606-3889

En línea: molinahealthcare.AlertLine.com

Escriba a:

Molina CHIP Compliance Office
Attn: Compliance Officer Molina CHIP
7050 Union Park Center #600
Midvale, UT 84047

Fraude de Proveedores

Oficina del Inspector General (OIG)

Correo electrónico: mpi@utah.gov

Línea directa gratuita: (855) 403-7283

Fraude de Miembros

Línea directa de fraude
del Department of Workforce Services
Correo electrónico: wsinv@utah.gov
Teléfono: (800) 955-2210

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

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

¿Cómo protegemos su privacidad?

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

Tenemos políticas y reglas estrictas para proteger la PHI.

Solo usamos o damos su PHI con su consentimiento.

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

Usted tiene derecho a consultar su PHI.

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

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 llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760.

