Select Health

Medicaid

Select Health Community Care

Select Health

Esta información está disponible gratuitamente en otros formatos, incluyendo letra grande, audio, Braille, electrónico y otros idiomas. Si es sordo, ciego, tiene dificultades para oír o hablar, o si habla un idioma distinto del inglés, hay servicios de interpretación disponibles de forma gratuita. Llame a Servicios para Miembros al 801-442-3234 o al número gratuito 855-442-3234. Si tiene problemas de audición, llame a Utah Relay Services al TTY: 711 o al 801-715-3470 o al número gratuito 800-346-4128.

This information is available for free in alternate formats, including large print, audio, Braille, electronic, and other languages. If you are deaf, blind, have a hard time hearing or speaking, or if you speak a language other than English, interpreter services are available for free. Call Member Services at 801-442-3234 or toll-free at 855-442-3234. If you are hard of hearing, call Utah Relay Services at TTY:711 or 801-715-3470 or toll-free at 800-346-4128.

Aviso de trato justo

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No lo tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género y/o condición de veterano.

Proporcionamos gratuitamente:

- Ayuda a aquellas personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse con nosotros. Esto puede ser intérpretes de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos).
- Ayuda de idioma para aquellos cuyo primer idioma no es el inglés, como intérpretes y materiales para miembros escritos en otros idiomas.

¿Necesita ayuda? Llame a Servicios para miembros de Select Health al **800-538-5038**.

Si cree que le han tratado injustamente, llame al Coordinador de Derechos Civiles/504 de Select Health al **1-844-208-9012** (los usuarios de TTY deben llamar al: 711) o a la Línea gratuita de cumplimiento al **1-800-442-4845** (los usuarios de TTY deben llamar al: 711). También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al: **1-800-537-7697**).

Servicios de acceso a idiomas

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Select Health.

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 Select Health

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Select Health.

통지: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Select Health. 번호로 전화해 주십시오.

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ। Select Health मा फोन गर्नुहोस्।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Select Health.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: Select Health.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните Select Health.

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez Select Health.

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。Select Health. まで、お電話にてご連絡ください。

ማሳሰቢያ: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ያለክፍያ ለእርስዎ ይገኛሉ:: Select Health ን ያናግሩ::

ПАЖЊА: Ако говорите Српски, бесплатне услуге пмоћи за језик, биће вам доступне. Контактирајте Select Health.

تنبيه: إذا كنت تتحدث عربي، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل بـ Select Health.

توجه: اگر به زبان ار وارد کنی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی، بصورت رایگان در اختیار شما است. با Select Health تماس بگیرید.

หมายเหตุ: หากคุณพูด ใส่ภาษา, การบริการภาษา โดยไม่มีค่าใช้จ่าย มีพร้อมบริการให้กับคุณ ติดต่อ Select Health

Contenido

NÚMEROS DE TELÉFONO E INFORMACIÓN DE CONTACTO 4

INTRODUCCIÓN 6

SERVICIOS DE IDIOMA 6

¿Cómo puedo obtener ayuda en otros idiomas? 6

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES 7

¿Cuáles son mis derechos? 7

¿Cuáles son mis responsabilidades? 7

Terminar su membresía 7

POLÍTICAS MÉDICAS 8

CÓMO CONTACTARME CON MI PLAN DE MEDICAID 8

¿A quién puedo llamar cuando necesito ayuda? 8

BENEFICIOS DE MEDICAID 8

¿Cómo uso mis beneficios de Medicaid? 8

¿Cómo se ve mi tarjeta de miembro de Medicaid? 8

¿Puedo ver mis beneficios de Medicaid en línea? 8

CÓMO ENCONTRAR A UN PROVEEDOR 9

¿Qué es un proveedor de atención médica primaria? 9

¿Cómo elijo a un proveedor de atención médica primaria? 9

¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención médica primaria? 9

Defensores de los Miembros de Select Health 9

Búsqueda en línea de médicos y centros de atención 9

Aplicación móvil de Select Health 10

¿Qué es una notificación de cese de un médico? 10

COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS 10

¿Qué son los copagos y los costos compartidos? 10

¿Quiénes no tienen que pagar copagos? 10

¿Qué servicios no tienen copagos? 10

¿Qué es una Explicación de beneficios (EOB)? 10

¿Cuándo tengo que pagar copagos? 10

Cuadro de montos de los copagos 10

¿Qué son los gastos de bolsillo máximos? 11

¿Qué sucede cuando alcanzo mis gastos de bolsillo máximos? 11

Copagos de gastos de bolsillo máximos: 11

¿Qué debo hacer si recibo una factura médica? 11

CÓMO ELEGIR LA ATENCIÓN ADECUADA 11

ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y CUIDADOS DE URGENCIA 12

¿Qué es una emergencia? 12

¿Cuál es un ejemplo de emergencia? 12

¿Qué debo hacer si tengo una emergencia? 12

¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el peligro de intoxicación? 13

¿Tendré que pagar por la atención de emergencia? 13

¿Qué debo hacer después de recibir atención de emergencia? 13

¿Qué son los cuidados de urgencia? 13

ATENCIÓN POSESTABILIZACIÓN 13

¿Qué es la atención posestabilización? 13

¿Cuándo se cubre la atención posestabilización? 13

¿Necesito aprobación previa para la atención posestabilización? 13

¿Puedo obtener atención de emergencia fuera de Utah? 13

¿Puedo obtener atención de emergencia o cuidados de urgencia fuera de los Estados Unidos? 14

PLANIFICACIÓN FAMILIAR 14

¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos? 14

¿Qué servicios de planificación familiar no están cubiertos? 14

BENEFICIOS Y ATENCIÓN CUBIERTOS POR SU PLAN DE MEDICAID 14

Administración de la salud 14

Programas de administración de la salud para niños 14

Atención de la vista (visión) 15

Suministros de atención médica 15

Atención médica domiciliaria 15

Centro de atención para pacientes terminales 16

Servicios de laboratorio y radiografías 16

Select Health Healthy BeginningsSM 16

Servicios de partera 16

Cobertura para el recién nacido 16

Atención en hogar para ancianos 16

Medicamentos de venta sin receta (OTC) 16

Servicios de atención personal 16

Fisioterapia (PT) y terapia ocupacional (OT) 16

Medicamentos recetados 16

Servicios de atención preventiva para adultos 17

Servicios de atención preventiva para niños y adolescentes (menores de 21 años) 17

Servicios de atención preventiva para embarazadas 17

Servicios de podiatría 17

Servicios del habla y audición 18

Dejar de fumar 18

BENEFICIOS Y ATENCIÓN AÚN CUBIERTOS POR SU PLAN DE MEDICAID 18

¿Qué beneficios están cubiertos por mi Plan de Medicaid? 18

Atención dental 18

Atención de salud del comportamiento 18

Desintoxicación de alcohol y drogas (paciente ambulatorio) 19

PROGRAMAS DE EXENCIÓN **19**
¿Qué son los programas de exención? 19
ESPECIALISTAS **20**
¿Qué sucede si necesito ver a un especialista? 20
INDIAN HEALTH SERVICES (IHS) **20**
¿Qué es Indian Health Services? 20
AUTORIZACIÓN PREVIA **20**
¿Qué es una autorización previa? 20
PROGRAMA DE RESTRICCIÓN **20**
¿Qué significa estar en el programa de restricción? 20
OTRO SEGURO **20**
¿Qué sucede si tengo otro seguro de salud? 20
DIRECTIVA ANTICIPADA **21**
¿Qué es una directiva anticipada? 21
APELACIONES Y QUEJAS **21**
¿Qué es una determinación adversa de beneficios? 21
¿Qué es una apelación? 21
¿Cómo presento una solicitud de apelación? 21
¿Cuánto tiempo lleva una apelación? 21
¿Puedo obtener una decisión sobre una apelación más rápido? 22
¿Cómo solicito una apelación rápida? 22
¿Qué sucede con mis beneficios durante una apelación? 22
¿Qué es una audiencia justa estatal? 22
¿Cómo solicito una audiencia estatal justa? 22
¿Qué es una queja? 22
¿Cómo presento una queja? 22
FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO **23**
¿Qué es un fraude, despilfarro y abuso de atención médica? 23
¿Cómo puedo denunciar un caso de fraude, despilfarro y abuso? 23
SERVICIOS DE TRANSPORTE **24**
¿Qué tipo de transporte está cubierto por mi plan de Medicaid? 24
¿Cómo llego al hospital en caso de emergencia? 24
¿Cómo llego al médico cuando no es una emergencia y no puedo conducir? 24
¿Puedo obtener ayuda si tengo que conducir largas distancias? 24
Opciones de transporte de bajo costo 25
Herramientas para el usuario del transporte público 25
CANTIDAD, DURACIÓN Y ALCANCE DE LOS BENEFICIOS **26**
¿Puedo obtener un servicio que no figura en la lista? 27
¿Qué sucede si cambio de plan de salud? 27
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD **28**
¿Cómo protegemos su privacidad? 28
¿Cómo puedo obtener más información acerca de las prácticas de privacidad? 28

Números de teléfono e información de contacto

NÚMEROS DE SELECT HEALTH

Nombre	Ayuda ofrecida	Información de contacto
Servicios para miembros de Select Health	Ayuda para comprender: • Su plan de seguro • Medicamentos recetados y farmacias • Beneficios y cobertura • Pagos de reclamaciones	**855-442-3234** Horario: De lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 711
Select Health Member Advocates®	• Ayuda para encontrar al médico adecuado • Ayuda para programar una cita • Datos acerca de un médico	**800-515-2220** Horario: De lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m.
Behavioral Health Advocates℠	• Ayuda para encontrar un proveedor de salud mental • Ayuda para programar una cita	**800-876-1989** Horario: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
Administración de la salud	• Ayuda para la atención médica o del comportamiento y más	**800-442-5305** Horario: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Select Health Healthy Beginnings®	• Ayuda para un embarazo seguro y saludable	**866-442-5052** Horario: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Programa de restricción	• Ayuda con el programa de restricción	**800-442-5305**

NÚMEROS DE SELECT HEALTH

Nombre	Ayuda ofrecida	Información de contacto
Pharmacy Services	• Medicamentos recetados y farmacias • Beneficios y cobertura	**855-442-9900** Horario: De lunes a viernes de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., y los sábados de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
Apelaciones	• Ayuda para revisar una Determinación adversa de beneficios a fin de conocer si se tomó la decisión correcta cuando se denegó su solicitud de servicio.	**844-208-9012** De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Sitio web de Select Health	• Manual para miembros • Recursos comunitarios • Bienestar	**selecthealth.org**

NÚMEROS TELEFÓNICOS DE MEDICAID ESTATAL

Nombre	Ayuda ofrecida	Información de contacto
DWS (Departamento de Servicios Laborales)	• Elegibilidad para Medicaid o CHIP • Tarjetas perdidas o robadas • Cupones de alimentos • Otros programas	**801-526-0950** **866-435-7414** **jobs.utah.gov/assistance**
HPR (Representante del Programa de Salud de Medicaid)	• Medicaid • CHIP • Planes de salud • Derechos y responsabilidades • Proveedores	**866-608-9422** **dhhs.utah.gov**
Beneficios incluidos en los servicios de Medicaid	• Preguntas e inquietudes acerca de Medicaid y CHIP	**877-291-5583**
Línea telefónica de información de Medicaid	• Reclamaciones • Preguntas sobre facturación	**800-662-9651** **medicaid.utah.gov**
Información para el miembro de Medicaid	• Elegibilidad para la inscripción • Información del plan	**844-238-3091**
MyBenefits	• Verifique su cobertura de Medicaid y la información del plan	**844-238-3091** **mybenefits.utah.gov**
Línea de Emergencia para Riesgos de Embarazo	• Información para las mujeres embarazadas, que desean quedar embarazadas o en período de lactancia	**800-822-2229** Horario: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Todas las llamadas telefónicas son gratuitas y confidenciales
Medicaid de Utah	• Medicaid • CHIP	**medicaid.utah.gov**

OTROS NÚMEROS TELEFÓNICOS

Nombre	Ayuda ofrecida	Información de contacto
Control Toxicológico de Utah	• Recurso para información y ayuda en caso de intoxicación	**800-222-1222** Horario: 24 horas al día, 7 días a la semana
Línea de crisis de salud del comportamiento (UNI)	• Para obtener ayuda en caso de crisis de la salud mental	**801-587-3000** **9-8-8** Horario: 24 horas al día, 7 días a la semana

Introducción

Bienvenido y gracias por elegir Select Health Community Care®. Su salud es importante para nosotros y haremos todo lo posible por ayudarle con sus necesidades de atención médica.

En este manual detallamos los servicios de Medicaid que cubrimos. Si quiere obtener una copia impresa del manual o del directorio de proveedores y farmacias, llame a Servicios para Miembros al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**. También puede encontrar estos recursos y más información en nuestro sitio web en **selecthealth.org/plans/medicaid.**

Tenga en cuenta lo siguiente: los beneficios incluidos en esta guía pueden cambiar. De ser así, le informaremos con al menos 30 días de anticipación cuando se realice cualquier cambio de importancia en sus beneficios.

Servicios de idioma

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA EN OTROS IDIOMAS?

Si sufre de sordera, ceguera o tiene dificultades para oír o hablar, o si habla un idioma que no sea inglés, llame a Servicios para miembros al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**. Encontraremos a alguien que hable su idioma, sin costo.

Si tiene problemas de audición, llame a Utah Relay Services al 711 o al **801-715-3470**, o al número gratuito **800-346-4128**. Utah Relay Services es un servicio gratuito de retransmisión telefónica pública o TTY/TTD. Si necesita servicios de retransmisión en español, llame al **888-346-3162**.

Si se siente más cómodo hablando otro idioma, por favor, comuníqueselo al consultorio de su médico o llame a Servicios para Miembros. Podemos hacer que un intérprete lo acompañe a su visita al médico. También tenemos muchos médicos en nuestra red que hablan otros idiomas o que pueden hablar por señas.

Además, puede solicitar nuestros documentos en cualquier idioma que necesite llamando a nuestro equipo de Servicios para Miembros.

Se proveerá material en formato papel, de ser requerido. Usted recibirá tales materiales dentro de los 5 días hábiles posteriores a su requerimiento.

¿Ha cambiado su dirección o número de teléfono? Póngase en contacto con el Departamento de Servicios Laborales (DWS) llamando al 801-526-0950 para asegurarse de que no se pierde ninguna comunicación importante.

Derechos y responsabilidades

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

Usted tiene derecho a:

- Obtener información que se presente de manera que usted la entienda, incluida la ayuda con las necesidades de idioma, visuales y auditiva.
- Ser tratado con justicia y respeto.
- Que se mantenga la privacidad de su información.
- Recibir información sobre todas las opciones alternativas de tratamiento.
- Tomar decisiones sobre su atención médica, incluyendo aceptar un tratamiento.
- Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluyendo cómo rechazar un servicio.
- Solicitar y recibir una copia de su historial médico.
- Solicitar que corrijan su historial médico si es necesario.
- Recibir atención médica sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad o discapacidad.
- Obtener información acerca de las quejas, apelaciones y solicitudes de audiencias.
- Solicitar más información sobre la estructura de nuestro plan y las operaciones.
- Recibir atención de emergencia y cuidados de urgencia las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Utilizar cualquier hospital u otro centro médico para servicios de urgencia.
- No sentirse controlado ni forzado a tomar decisiones de atención médica.
- Saber cómo pagamos a los proveedores, incluido su derecho a solicitar información sobre los planes de incentivos para médicos.
- Crear una directiva anticipada que le diga a sus médicos qué tipo de tratamiento quiere o no quiere en caso de que llegue a estar demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones.
- Estar libre de cualquier tipo de restricción o reclusión que se utilice como medida de fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Esto significa que no lo pueden detener en contra de su voluntad. No lo pueden forzar a hacer algo que usted no quiere.
- Usar sus derechos en cualquier momento y que no lo traten mal si lo hace. Esto incluye el tratamiento por parte de nuestro plan de salud, sus proveedores médicos o la agencia estatal de Medicaid.
- Recibir servicios de atención médica que sean los adecuados según sus necesidades.
- Obtener servicios cubiertos que sean fáciles de obtener y estén disponibles para todos los miembros. Todos los miembros incluye a aquellos que prefieren no hablar en inglés o que tienen discapacidades físicas o mentales.
- Obtener una segunda opinión sin costo alguno.
- Obtener los mismos servicios que se ofrecen a través del programa de pago por servicio de Medicaid.
- Obtener servicios cubiertos fuera de la red en el caso de que nosotros no podamos brindarlos.

¿CUÁLES SON MIS RESPONSABILIDADES?

Sus responsabilidades son:

- Cumplir con las normas de este plan.
- Leer este manual para miembros.
- Mostrar su tarjeta de miembro de Medicaid cada vez que obtiene servicios.
- Cancelar las citas con el médico con 24 horas de anticipación si es necesario.
- Respetar al personal y a las instalaciones del consultorio de su proveedor.
- Utilizar los proveedores (médicos, hospitales, etc.) de la red de Select Health Community Care.
- Pagar sus copagos.

TERMINAR SU MEMBRESÍA

Si usted quiere cambiar de plan de salud, debe llamar o ver a su Representante del Programa de Salud (HPR) de Medicaid y preguntarle si es elegible para el cambio. Para hablar con un HPR, llame al **866-608-9422**.

Select Health puede cancelar su membresía si usted realiza algunas cosas de la siguiente lista:

- Si usted es abusivo o hace amenazas o es violento.
- No cumple con las responsabilidades de miembro detalladas en este manual.

Políticas médicas

Cuando tomamos una decisión de cobertura de atención, no rechazamos ni reducimos arbitrariamente la cobertura solamente en función de un diagnóstico, tipo de enfermedad o condición médica que usted tenga. Tomamos decisiones de acuerdo con la Cobertura de Medicaid de Utah y la Consulta de Código de Reembolsos.

Tenga en cuenta lo siguiente: La decisión de Medicaid de Utah acerca de los costos de atención puede variar en determinados momentos. El Departamento de Salud decide cómo se cubre la nueva tecnología y cuánto cuesta. Utilizamos estos recursos para garantizar que nuestras decisiones sean justas, consistentes y correctas.

Cómo contactarme con mi plan de Medicaid

¿A QUIÉN PUEDO LLAMAR CUANDO NECESITO AYUDA?

Nuestro equipo de Servicios para Miembros está aquí para ayudarle y responder sus preguntas. Puede llamarnos al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m.

Podemos ayudarle a:

- Encontrar a un proveedor.
- Cambiar de proveedores.
- Responder preguntas sobre las facturas.
- Entender sus beneficios.
- Encontrar un especialista.
- Presentar una reclamación (también llamada queja) o una apelación.
- Responder preguntas.

También nos puede encontrar en Internet en **selecthealth.org/plans/medicaid**.

Beneficios de Medicaid

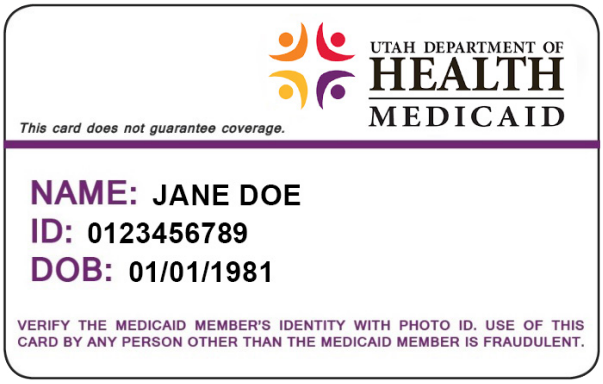
¿CÓMO USO MIS BENEFICIOS DE MEDICAID?

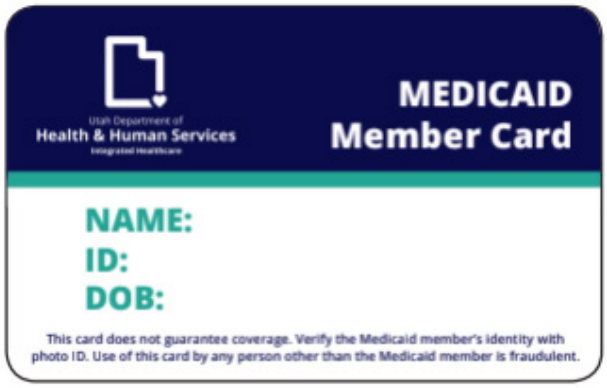
Cada miembro de Medicaid recibirá una tarjeta de miembro de Medicaid. Utilizará esta tarjeta siempre que sea elegible para Medicaid. Debe mostrar su tarjeta de miembro de Medicaid antes de recibir servicios o surtir una receta.

Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su plan de Medicaid, de lo contrario, puede tener que pagar por el servicio.

¿CÓMO SE VE MI TARJETA DE MIEMBRO DE MEDICAID?

La tarjeta de miembro de Medicaid es del tamaño adecuado para la billetera y tendrá el nombre del miembro, el número de identificación de Medicaid y la fecha de nacimiento. Su tarjeta de miembro de Medicaid se verá como una de estas:





NO pierda ni dañe su tarjeta ni se la dé a alguien más para que la use. Si pierde o daña su tarjeta, llame al Departamento de Servicios Laborales (DWS) al **1-866-435-7414**, o a un Representante del Programa de Salud (HPR) al **1-866-608-9422** para obtener una tarjeta nueva.

¿PUEDO VER MIS BENEFICIOS DE MEDICAID EN LÍNEA?

Puede verificar su cobertura de Medicaid y la información del plan en línea en **mybenefits.utah.gov**.

Los individuos principales pueden ver la información sobre la cobertura y el plan para todos en su caso. Los adultos y los niños mayores de 18 años pueden ver su propia cobertura e información del plan. También se les puede dar acceso a esta información a los representantes médicos.

Para obtener más información sobre cómo acceder o ver información sobre los beneficios, visite **mybenefits.utah.gov** o llame al **1-844-238-3091**.

También puede ver los beneficios de su plan en línea, en **selecthealth.org/plans/medicaid.**

¿No está seguro de cuál es su fecha de renovación? Puede llamar al Departamento de Servicios Laborales (DWS) al **866-435-7414** o visite **jobs.utah.gov** para encontrar una oficina de elegibilidad del DWS cercana a su domicilio.

Si recibió una carta para volver a realizar la solicitud para Medicaid (o cree que es hora de hacerlo), estas son las maneras de renovar su cobertura:

- En línea: Vuelva a realizar la solicitud de inmediato a través de "Mi caso" en **jobs.utah.gov/mycase.**
- Por correo postal: Revise su buzón para obtener una solicitud de la oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Utah.
- Personalmente: Para obtener ayuda personalizada para solicitar el seguro, llame al **2-1-1** o visite **Take Care Utah** para encontrar un asistente capacitado cercano a su domicilio.

Si es hora de que realice su renovación, no espere. Si no responde, su cobertura se dará por finalizada automáticamente.

Si usted ya no califica para Medicaid, aún puede permanecer en Select Health. Ofrecemos muchos tipos de planes, tales como: CHIP, Medicare, planes individuales que pueden incluir créditos de impuestos a través de **Healthcare.gov**, cobertura a corto plazo y planes de empleadores. Nuestro equipo de Servicios para Miembros con gusto responderá sus preguntas acerca de cómo mantener sus médicos actuales y la atención mientras cambia de plan. Llámenos al **800-538-5038**.

Cómo encontrar a un proveedor

¿QUÉ ES UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA?

Un proveedor de atención médica primaria (PCP) es un médico al que usted visita para la mayoría de sus necesidades de atención médica y que le brinda su atención médica día a día. Su PCP lo conoce a usted y su historial médico. Con un PCP, sus necesidades médicas se manejarán desde un solo lugar. Es una buena idea tener un PCP porque trabajará con nosotros para asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita.

¿CÓMO ELIJO A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA?

Deberá elegir un PCP de nuestro directorio de proveedores, **selecthealth.org/find-a-doctor.** El directorio de proveedores incluye información como el nombre del proveedor, dirección, número de teléfono, cualificaciones profesionales, especialidad, facultad de medicina a la que asistió y estado de la certificación de la junta médica. Una vez que haya elegido un PCP, deberá comunicarse con Servicios para Miembros y avisarles. Si necesita ayuda para elegir un PCP, llame a Defensores de los Miembros (Member Advocates) al **800-515-2220**. Si tiene una necesidad especial de atención médica, uno de nuestros administradores de atención le ayudará a elegir un PCP.

¿CÓMO PUEDO CAMBIAR DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA?

Si quiere cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**.

DEFENSORES DE LOS MIEMBROS DE SELECT HEALTH

Los Defensores de los Miembros pueden ayudarle a encontrar la atención adecuada para sus necesidades. También pueden ayudarle a:

- Programar una visita, así como la atención de problemas de salud urgentes.
- Encontrar el consultorio, médico de atención primaria o médico de salud del comportamiento más cercano y con la fecha de visita más próxima.
- Brindar información sobre un médico como la edad, las certificaciones de capacitación, la facultad de medicina y los idiomas que habla.
- Ayudarle a comprender y aprovechar al máximo sus beneficios.

Llame a Defensores de los Miembros al **800-515-2220** de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m.

BÚSQUEDA EN LÍNEA DE MÉDICOS Y CENTROS DE ATENCIÓN

La búsqueda en línea de médicos y centros de atención le brinda información rápida y útil acerca de los médicos y hospitales de su plan.

Puede encontrar la lista más actualizada de médicos (atención primaria, atención secundaria y atención auxiliar) y centros de atención en **selecthealth.org/find-a-doctor.** Si quiere contar con una copia impresa de la lista de médicos, puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar que se la envíen por correo de forma gratuita.

Usted puede buscar usando estos criterios y más para encontrar un médico o consultorio que cubra sus necesidades:

Información del médico:

- Sexo
- Idiomas que habla
- Horarios de atención

Información del centro:

- Tipo de centro
- Planes aceptados
- Ubicación

APLICACIÓN MÓVIL

Si tiene un teléfono inteligente, usted está cubierto. Con la aplicación para móviles de Select Health, usted tiene acceso a su plan de salud cada vez que lo necesite.

Tenga acceso a su plan de seguro médico desde donde sea que esté. Inicie sesión en nuestra aplicación segura y descubra cuán fácil es:

- Buscar médicos y hospitales.
- Buscar farmacias y medicamentos.
- Ver los tiempos de espera y ubicaciones de Intermountain InstaCare®. Incluso puede reservar su puesto en línea.

Encuéntrenos en Google Play® y en la App Store ℠ de Apple®.

¿QUÉ ES UNA NOTIFICACIÓN DE CESE DE UN MÉDICO?

Select Health le enviará un aviso con 15 días de anticipación cuando su médico ya no forme parte de su plan de salud. Llámenos si necesita ayuda para encontrar a un nuevo PCP.

Copagos y costos compartidos

¿QUÉ SON LOS COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS?

Es posible que tenga que pagar un cargo por algunos servicios. Este cargo se llama copago o costo compartido.

¿QUIÉNES NO TIENEN QUE PAGAR COPAGOS?

Estos miembros nunca tienen copagos:

- Indígenas de Alaska
- Indios estadounidenses
- Miembros que se atienden en un centro de atención para pacientes terminales
- Miembros que califican para los beneficios del Programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)
- Embarazadas

¿QUÉ SERVICIOS NO TIENEN COPAGOS?

Algunos de los servicios que no tienen copagos son:

- Servicios de laboratorio y de radiología
- Servicios de planificación familiar
- Inmunizaciones (vacunas)
- Servicios preventivos
- Servicios (Ayuda) para dejar de fumar
- Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de drogas) para pacientes ambulatorios

¿QUÉ ES UNA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)?

Cada vez que tenga un copago u obtenga un servicio no cubierto, le enviaremos una EOB. Una EOB no es una factura.

Una EOB muestra:

- Lo que su médico ha cobrado por su atención.
- Lo que nosotros pagamos por su atención.
- Los copagos que usted realizó.
- Cuán cerca está de sus gastos de bolsillo máximos.

Siempre lea su EOB. Si usted no recibió los servicios indicados en la EOB, hable con Servicios para Miembros.

¿CUÁNDO TENGO QUE PAGAR COPAGOS?

Es posible que tenga que pagar un copago si:

- Consulta a un médico.
- Va a un hospital para recibir atención ambulatoria.
- Tiene una estadía programada en un hospital.
- Usa la sala de emergencias cuando no se trata de un caso de emergencia.
- Obtiene un medicamento con receta.

CUADRO DE MONTOS DE LOS COPAGOS

Servicio	Copago
Sala de emergencias (ER)	$8 de copago por uso de ER para atención que no es de emergencia
Hospitalización	$75 de copago por estadía en el hospital (a partir del 1 de julio de 2017)
Farmacia	$4 de copago por receta, hasta $20 al mes
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, de podiatra y visitas al médico	$4 de copago, hasta $100 al año combinado (incluyendo oftalmólogos)
Servicios de la vista	$4 de copago para oftalmólogos

¿QUÉ SON LOS GASTOS DE BOLSILLO MÁXIMOS?

Medicaid tiene un límite que establece cuánto debe pagar en copagos. Esto se denomina gastos de bolsillo máximos y se aplica a tipos de servicios específicos y durante períodos específicos.

¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALCANZO MIS GASTOS DE BOLSILLO MÁXIMOS?

Asegúrese de guardar sus recibos cada vez que pague su copago. Una vez que alcance sus gastos de bolsillo máximos, comuníquese con Medicaid al **1-866-608-9422** para obtener ayuda con el proceso.

COPAGOS DE GASTOS DE BOLSILLO MÁXIMOS:

- Farmacia: $20 de copago por mes.
- Servicios médicos, de podiatría y hospitalarios para pacientes ambulatorios: $100 de copago por año* combinado.

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Es posible que no tenga un copago si tiene otro seguro, incluido Medicare.

Para obtener más información, consulte la Guía para miembros de Medicaid. Para solicitar una guía, llame al **1-866-608-9422**. La información también está disponible en línea en **www.medicaid.utah.gov**.

¿QUÉ DEBO HACER SI RECIBO UNA FACTURA MÉDICA?

Si recibe una factura por servicios que cree que deberían estar cubiertos por Medicaid, llame a Servicios para Miembros de Select Health para obtener asistencia. No pague una factura sin antes hablar con Servicios para Miembros de Select Health. Es posible que no se le reembolse el pago si paga una factura por su cuenta.

Podría tener que pagar una factura médica si:

1. Acuerda (por escrito) recibir atención o servicios específicos que no están cubiertos por Medicaid antes de recibir el servicio.
2. Solicita y recibe servicios que no están cubiertos durante una apelación o una audiencia justa estatal de Medicaid. Solo deberá pagar los servicios si la decisión tomada no es en su favor.
3. No muestra su tarjeta de miembro de Medicaid antes de recibir los servicios.
4. No es elegible para Medicaid.
5. Recibe atención de un médico que no está en su plan de Medicaid o no está inscrito en Medicaid de Utah (a excepción de los servicios de emergencia).

Cómo elegir la atención adecuada

Si puede, es mejor consultar con su médico habitual acerca de todos los problemas de salud que no sean de urgencia. Sin embargo, puede haber momentos en los que necesite atención inmediata y no pueda visitar a su médico. Cuando esto ocurra, recurra a alguno de los siguientes:

Intermountain Health Answers℠

Si no está seguro por dónde empezar, Intermountain Health Answers le puede ayudar. Un equipo de enfermeras acreditadas, amables y experimentadas está disponible las 24 horas del día para escuchar sus inquietudes, responder sus preguntas y ayudarle a decidir qué debe hacer para sentirse mejor.

Las enfermeras pueden ofrecerle remedios caseros, indicarle cuándo consultar a un médico o derivarlo a la atención más adecuada. Para comunicarse con Health Answers, llame al **844-501-6600**.

Intermountain Connect Care©

Obtenga atención para usted o sus hijos las 24 horas, los 7 días de la semana. Use su teléfono inteligente, tableta o computadora para hablar con un médico en cualquier momento y lugar.

El costo de $49 está cubierto por Community Care Medicaid. Asegúrese de ingresar su información de Medicaid para que no le cobren la visita.

Esta herramienta es la mejor para los problemas de salud que no son urgentes, como dolor de senos nasales, nariz tapada y secreción nasal, dolor de garganta, infecciones de los ojos y más. Si el médico considera que su problema de salud no puede resolverse mediante esta herramienta, le sugerirá que vea a un médico en persona. Para obtener más información, visite **intermountainhealthcare.org/accessing-care/telehealth/connect-care.**

Atención de emergencia y cuidados de urgencia

¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA?

Una emergencia es una condición médica que necesita tratamiento inmediato. Una emergencia es cuando usted piensa que su vida está en peligro, si tiene una lesión grave en alguna parte de su cuerpo o si está sufriendo mucho dolor.

¿CUÁL ES UN EJEMPLO DE EMERGENCIA?

Las emergencias pueden incluir:

- Intoxicación
- Sobredosis
- Quemaduras graves
- Dolor en el pecho
- Embarazada con sangrado o dolor
- Sangrado que no se detiene
- Sangrado abundante
- Pérdida del conocimiento
- De repente no poder moverse ni hablar
- Fractura de huesos
- Problemas respiratorios
- Otros síntomas donde siente que su vida está en riesgo

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO UNA EMERGENCIA?

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

Recuerde:

- Vaya a la sala de emergencias solo si tiene una emergencia verdadera.
- Si usted está enfermo, pero no es una emergencia verdadera, llame a su médico o acuda a una clínica de cuidados de urgencia.
- Si no está seguro de si su problema es una verdadera emergencia, llame a su médico para que lo asesore.
- No se necesita autorización previa para recibir atención de emergencia.
- Puede utilizar cualquier hospital u otro centro médico para servicios de urgencia.

¿QUÉ SUCEDE SI TENGO PREGUNTAS SOBRE EL PELIGRO DE INTOXICACIÓN?

Para consultas o emergencias por intoxicación, medicamentos o sobredosis, llame al Centro de Control Toxicológico al **800-222-1222**. Si alguien no está respirando, pida ayuda al 911.

El Centro de Control Toxicológico cuenta con personal calificado en servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden

responder cualquier pregunta sobre emergencias por intoxicación y decirle qué es lo siguiente que tiene que hacer.

Ejemplos de emergencias por intoxicación:

- Productos químicos en la piel o en los ojos
- Inhalación de vapores después de mezclar químicos o después de una fuga de gas
- Sobredosis de medicamentos o suplementos
- Una reacción adversa a un medicamento

¿TENDRÉ QUE PAGAR POR LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA?

No hay copago por el uso de la sala de emergencias durante una emergencia. Un hospital que no está en su plan puede pedirle que pague al momento del servicio. Si es así, envíe su reclamación de servicio de emergencia a Select Health. Select Health pagará la reclamación. No necesita aprobación previa. Si utiliza una sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia, se le cobrará un copago.

¿QUÉ DEBO HACER DESPUÉS DE RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIA?

Hable con su PCP sobre cualquier atención de emergencia que reciba.

¿QUÉ SON LOS CUIDADOS DE URGENCIA?

Los problemas urgentes suelen necesitar tratamiento dentro de las 24 horas. Si usted no está seguro de si un problema es urgente, llame a su médico o a una clínica de cuidados de urgencia. También puede llamar a nuestra línea telefónica de enfermería al **844-501-6600.** Para encontrar una clínica de cuidados de urgencia, llame a Servicios para Miembros al **801-442-3234**, llame gratis al **855-442-3234** o visite nuestro sitio web en **selecthealth.org/plans/medicaid.**

¿CUÁNDO DEBO IR A UNA CLÍNICA DE CUIDADOS DE URGENCIA?

Debe usar una clínica de cuidados de urgencia si tiene uno de estos problemas menores:

- Resfriado común, síntomas de gripe o dolor de garganta
- Dolor de oídos o de muelas
- Tensión en la espalda
- Migrañas
- Resurtidos o solicitudes de receta
- Dolor de estómago
- Corte o rasguño

Atención posestabilización

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN POSESTABILIZACIÓN?

La atención posestabilización se brinda después de que usted ingresa al hospital desde la sala de emergencias. Esta atención está cubierta e incluye todas las pruebas y tratamientos hasta que usted esté estable.

¿CUÁNDO SE CUBRE LA ATENCIÓN POSESTABILIZACIÓN?

Select Health cubre este tipo de atención en todos los hospitales. Una vez que su condición esté estable, se le puede solicitar que se transfiera a un hospital que esté cubierto por su plan.

¿NECESITO APROBACIÓN PREVIA PARA LA ATENCIÓN POSESTABILIZACIÓN?

No se requiere aprobación previa para atención posestabilización si se recibe dentro de la red de Select Health.

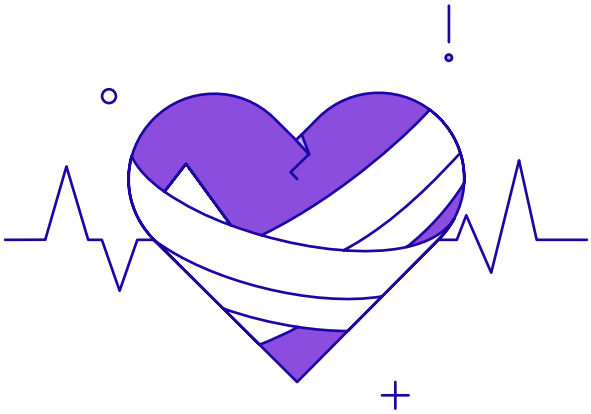
La atención posestabilización recibida en un centro que no forma parte de la red requiere una notificación y una autorización previa para la continuidad de la atención una vez que se haya estabilizado la emergencia.

¿PUEDO OBTENER ATENCIÓN DE EMERGENCIA FUERA DE UTAH?

Cuando usted se encuentre fuera de Utah, tiene cobertura únicamente para atención de emergencias. Si tiene una emergencia fuera de Utah, vaya a la sala de emergencia (ER) más cercana. Muestre su tarjeta de identificación de Medicaid estatal.

Si necesita obtener una receta para su emergencia, pregúntele a la farmacia si hablarán con su plan de salud o llame a la línea de información de Medicaid de Utah al **800-662-9651** antes de obtener el medicamento. Medicaid no devolverá a sus miembros el dinero por un medicamento recetado que hayan pagado por su cuenta.

Llame a Servicios para Miembros al **855-442-3234** para hablar sobre su emergencia dentro de las 48 horas. Una persona del equipo de ER puede hacer la llamada por usted. Asegúrese de ver a su PCP si necesita atención de seguimiento cuando regrese.



¿PUEDO OBTENER ATENCIÓN DE EMERGENCIA O CUIDADOS DE URGENCIA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS?

No, la atención de emergencia y cuidados de urgencia **no** están cubiertos fuera de Estados Unidos.

Planificación familiar

¿QUÉ SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ESTÁN CUBIERTOS?

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Información sobre métodos anticonceptivos
- Orientación para ayudarle a planificar cuándo tener un bebé
- Acceso a métodos anticonceptivos (vea la tabla a continuación)

No tiene que pagar un copago por planificación familiar y los tratamientos de control de la natalidad. Puede consultar a cualquier proveedor que acepte Medicaid para los servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos. Esto significa que puede recibir estos servicios de proveedores pertenecientes o no pertenecientes a la red. Puede consultar al proveedor sin un referido.

Puede obtener el siguiente método anticonceptivo con una receta de cualquier proveedor que acepte Medicaid o Select Health Community Care:

Tipos de control de natalidad	
Condones	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 un formulario de consentimiento
Esterilización no quirúrgica (como Essure®)	Sí **Se requiere un formulario de consentimiento

**OTC, por sus siglas en inglés, significa de venta libre.*

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

Algunos pueden requerir autorización previa para la cobertura.

¿QUÉ SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR NO ESTÁN CUBIERTOS?

Los servicios de planificación familiar que no están cubiertos son:

- Medicamentos para la infertilidad
- Fertilización in vitro
- Orientación genética

Para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**.

Hay límites en la cobertura de aborto. Select Health cubrirá el costo de un aborto solo en casos de violación, incesto o si la vida de la madre corre peligro. Se requiere documentación específica para los abortos.

Beneficios y atención cubiertos por su plan de Medicaid

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

¿Disponen de programas de atención médica para miembros con problemas de salud?

Contamos con enfermeras y trabajadores sociales capacitados para ayudar a los miembros que tienen problemas de salud como asma, insuficiencia cardíaca, depresión, trastorno por abuso de drogas, diabetes y otros.

Si tiene algún problema de salud y desea registrarse en un programa de atención, llame a Administración de la Salud al **801-442-5305** o al número gratuito **800-442-5305**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Los administradores de atención de enfermería pueden:

- Ayudarle a acceder a la atención que necesita.
- Trabajar con sus médicos para administrar su atención.
- Ayudarle a continuar recibiendo la atención si cambia de planes de salud.
- Conectarlo con recursos sociales y comunitarios disponibles.

También ofrecemos clases de bienestar y material educativo para ayudarle a vivir de manera saludable si tiene una enfermedad crónica. Para obtener más información, visite **selecthealth.org/wellness**.

PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA NIÑOS

¿Qué sucede si mi hijo(a) tiene necesidades de atención médica especiales?

Cuidar a un niño con problemas de salud o necesidades especiales puede ser muy duro. Contamos con programas de atención y administradores de atención de enfermería que pueden ayudarle a manejar estos problemas de salud.

Si su hijo(a) tiene necesidades especiales y desea registrarlo(a) en un programa de atención, llame a Administración de la Salud al **800-442-5305**, opción 2, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Un administrador de atención de enfermería puede:

- Responder sus preguntas.
- Administrar la salud de su hijo(a) con los médicos.
- Ayudarle con las necesidades de atención de su hijo(a).

Los niños también pueden necesitar otro tipo de atención. Parte de esta atención puede ser terapia física o del habla, artículos médicos (como sillas de ruedas) o atención domiciliaria. El médico de su hijo(a) deberá llamar a Servicios para Miembros para obtener una aprobación previa.

ATENCIÓN DE LA VISTA (VISIÓN)

¿Está cubierta la atención de la vista?

Las embarazadas y los niños pueden obtener pruebas de la vista y anteojos sin cargo. También pueden recibir lentes de contacto sin cargo con aprobación previa. Todos los demás miembros pueden obtener una prueba de la vista por año sin límite en dólares, pero los anteojos no están cubiertos. Su plan pagará las pruebas y los exámenes por problemas de la vista, si son necesarios.

SUMINISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Cubre Select Health los suministros de atención médica?

Sí. Su médico debe entregarle una orden para cualquier suministro que necesite. Usted puede hacer que la orden sea completada por cualquier proveedor de atención médica incluido en la lista de proveedores aprobados. Los suministros de atención médica incluyen:

- Sillas de ruedas
- Dispositivos protésicos
- Vendas y suministros para el cuidado de las heridas
- Oxígeno
- Otros suministros necesarios desde el punto de vista médico

ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

¿Qué es la atención médica domiciliaria?

La atención médica domiciliaria es para personas que están enfermas, pero que reciben la atención necesaria en su hogar en vez de ir a un hospital u hogar para ancianos. Su médico debe obtener una aprobación previa para esta atención.

Algunos tipos de atención que puede recibir en su hogar son:

- Medicamentos intravenosos
- Fisioterapia
- Enfermería
- Cuidados de un ayudante de salud en el hogar
- Suministros para la salud, como oxígeno

Si necesita servicios de atención médica domiciliaria, hable con su médico. Si se los aprueban, podrá elegir un proveedor de atención médica domiciliaria de la Lista de proveedores aprobados de Select Health.

CENTRO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES TERMINALES

¿Qué es la atención para pacientes terminales?

La atención para pacientes terminales es la que se proporciona al final de la vida. Es una atención de apoyo en las etapas finales de una enfermedad terminal. La atención para pacientes terminales se puede cubrir con aprobación previa. Una vez aprobada, puede elegirse un centro de atención para pacientes terminales de la Lista de proveedores aprobados para que brinde atención al final de la vida.

SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS

¿Están cubiertas las radiografías y los análisis de sangre?

Cubrimos los servicios de laboratorio y las radiografías que tienen cobertura de Medicaid. Usted puede recibir estos servicios en el consultorio de su médico o puede ir a una clínica, laboratorio u hospital aprobados para obtener estos servicios.

SELECT HEALTH HEALTHY BEGINNINGS℠

¿Ofrecen un programa de atención para embarazadas?

Si, contamos con un programa llamado Healthy Beginnings℠. Este programa trabaja junto a su médico para ayudarla a tener un embarazo seguro y saludable. Una vez inscrita, podrá hablar con un administrador de atención de enfermería que podrá:

- Responder sus preguntas.
- Darle apoyo emocional.
- Ayudarla a encontrar los médicos adecuados.

Recibirá un libro sobre el embarazo que abarca el crecimiento del bebé, el amamantamiento y más. También recibirá incentivos cuando cumpla con las metas del programa. Si tiene preguntas sobre el programa o quisiera inscribirse, llame a Healthy Beginnings al **866-442-5052**.

SERVICIOS DE PARTERA

¿Puede atender el parto de mi bebé una enfermera partera?

Las enfermeras parteras certificadas pueden atender el parto en el hospital. Los partos y la atención prenatal en Centros de Maternidad no están cubiertos. Si se requiere de una cesárea, su médico atenderá el parto de su bebé.

Puede elegir una enfermera partera certificada de la Lista de proveedores aprobados para que le brinde cuidados mientras está embarazada.

COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO

¿Estará cubierto mi bebé?

Su bebé se convertirá en un miembro de Medicaid y de Select Health al nacer. Llame a Servicios para Miembros y a su administrador de casos de Medicaid cuando el bebé haya nacido. Necesitaremos la información de su bebé y el nombre del médico.

Durante el primer mes de vida de su bebé, si su médico no está incluido en la Lista de proveedores aprobados, usted puede cambiar de plan de salud. Si necesita ayuda para encontrar un médico aprobado para su bebé, llame a Servicios para Miembros al **855-442-3234**.

ATENCIÓN EN HOGAR PARA ANCIANOS

¿Qué es la atención a corto plazo en hogar para ancianos?

La atención a corto plazo es cuando alguien es llevado de un hospital a un hogar para ancianos para su recuperación. Select Health paga la atención de corto plazo en un hogar para ancianos por 30 días o menos. La atención a largo plazo de Medicaid paga la atención necesaria por más de 30 días.

Un médico debe hacer la orden de la atención a corto plazo y usted debe usar un hogar para ancianos de la Lista de proveedores aprobados.

MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA (OTC)

Cubrimos algunos medicamentos OTC. Aunque los medicamentos OTC pueden comprarse sin una receta, necesita una receta de su médico para que Select Health pague por estos medicamentos. Si tiene un copago, el monto que paga por un medicamento sin receta se tomará en cuenta para sus gastos de bolsillo máximos.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PERSONAL

¿Qué son los servicios de atención personal?

Los servicios de atención personal ayudan con cosas como bañarse, comer y vestirse. Estos servicios los brinda un asistente de atención médica en el hogar para ayudar a personas que no pueden hacer estas cosas por su cuenta.

Su médico necesita una aprobación previa para estos servicios. Si son aprobados, podrá elegir un centro de atención médica domiciliaria de la Lista de proveedores aprobados para ayudarle con sus necesidades de atención.

FISIOTERAPIA (PT) Y TERAPIA OCUPACIONAL (OT)

Un médico debe solicitar estos tipos de atención. Debe ver a un terapeuta con licencia de la Lista de proveedores aprobados. Según su plan de Medicaid, podría haber algunas limitaciones en la cantidad de visitas de OT o PT a las que puede acceder. Llame a Servicios para Miembros de Select Health si tiene preguntas sobre los beneficios de su plan.

MEDICAMENTOS RECETADOS

¿Mi plan de salud paga los medicamentos recetados?

Cubrimos una selección de medicamentos genéricos y de marca cuando son recetados por un médico de nuestra Lista de proveedores aprobados. Algunos medicamentos con receta requieren aprobación previa. Si su médico le hace una receta para un medicamento de marca, será reemplazado por su equivalente genérico, salvo que se reciba una aprobación previa.

Si usted no recibe una aprobación previa para un medicamento que la requiere, tendrá que pagar el precio completo de venta del medicamento. Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos preferidos disponible en nuestro sitio web **selecthealth.org/pharmacy/pharmacy-benefits.**

- Debe usar una farmacia de la Lista de proveedores aprobados.
- Debe mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid estatal.
- No reemplazaremos medicamentos perdidos, robados o dañados antes de la fecha de resurtido.
- Solo cubriremos hasta 30 días de medicamento.

Los medicamentos que requieren terapia escalonada están cubiertos solo después de que haya intentado otros tratamientos y estos no hayan dado resultados. La terapia escalonada se puede aplicar tanto a medicamentos de marca como a genéricos.

Algunos medicamentos están cubiertos por Medicaid estatal. Sus representantes determinarán qué medicamentos están cubiertos y qué pautas deben cumplirse antes de cubrirlos. Los medicamentos cubiertos por la agencia de Medicaid estatal en general se clasifican dentro de estas categorías:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)
- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- Anticonvulsivos
- Antipsicóticos
- Factores de hemofilia
- Inmunosupresores
- Abuso de drogas (opioides o alcohol)

Select Health no cubre medicamentos con receta si usted tiene Medicare. Los medicamentos con receta para personas con Medicare están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Los únicos medicamentos con receta cubiertos por Select Health Community Care para los miembros con Medicare son:

- Algunos medicamentos para la tos y el resfrío
- Medicamentos de venta libre cubiertos por Medicaid y recetados por su médico

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de medicamentos, llame a Servicios de Farmacia al **855-442-9900**, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 9:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA PARA ADULTOS

¿Están cubiertas las visitas de bienestar?

Sí. Las visitas anuales de bienestar están cubiertas. Los adultos pueden obtener una visita de bienestar cada 12 meses. Encontrarse con su médico una vez al año, le ayuda a obtener la atención preventiva que necesita para vivir la vida de la manera más saludable posible.

Los servicios de atención preventiva para adultos son limitados. Llame al Servicio para Miembros, al **801-442-3234**, para obtener información sobre servicios preventivos específicos.

¿Llaman o envían recordatorios para los exámenes y pruebas de atención preventiva?

Enviaremos correos electrónicos y folletos que explican la necesidad de los servicios especiales de atención preventiva. También nos comunicaremos cuando sea momento de que se haga pruebas, como mamografías o exámenes para el bienestar de los niños. Usamos un sistema de llamada automática que lo transfiere a Servicios para Miembros después de un mensaje de atención preventiva, para que usted pueda pedir una cita.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (MENORES DE 21 AÑOS)

¿Tienen servicios de atención preventiva y visitas de bienestar para niños y adolescentes?

Ofrecemos visitas de bienestar para niños a partir de su nacimiento y hasta los 20 años. Esto incluye exámenes médicos y vacunas para asegurarse de que su niño esté sano. También hacemos llamadas telefónicas para recordarle sobre las vacunas y exámenes para sus hijos.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA PARA EMBARAZADAS

¿Ofrecen servicios de atención médica preventiva para embarazadas?

Contamos con servicios de atención médica preventiva para embarazadas que incluyen pruebas para problemas que pueden desarrollarse durante el embarazo, como anemia y diabetes.

Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre sus beneficios de atención preventiva.

SERVICIOS DE PODIATRÍA

¿Puedo ver a un podiatra si lo necesito?

Cubrimos los servicios de podiatría para niños y embarazadas. También hay beneficios limitados para adultos con Medicaid. Si necesita ver a un podiatra, hable con su médico. Su médico tendrá que obtener una aprobación previa para que usted pueda ver a un podiatra de la Lista de proveedores aprobados.

SERVICIOS DEL HABLA Y LA AUDICIÓN

¿Están cubiertos los audífonos?

Cubrimos servicios del habla y la audición, además de audífonos para niños y embarazadas. Si necesita estos servicios, puede pedirle un referido a su médico o elegir un terapeuta (audiólogo) de nuestra Lista de proveedores aprobados.

DEJAR DE FUMAR

¿Ofrece Medicaid un programa para dejar de fumar?

La Línea para dejar de fumar de Utah, disponible en línea en **waytoquit.org** y por teléfono al **800-QUIT-NOW**, ofrece tratamiento gratuito a todos los miembros de Medicaid que quieren dejar de fumar. Si llama a la línea para dejar de fumar:

- Se le asignará un asesor calificado para que le ayude a dejar de fumar.
- Recibirá hasta cinco sesiones privadas con un asesor.
- Obtendrá un libro de autoayuda.
- Aprenderá cómo ayudar a un amigo o miembro de su familia a dejar de fumar.
- Aprenderá acerca de la terapia gratuita de reemplazo de la nicotina (NRT) (debe tener 18 años o más para recibir la NRT).
- La línea para dejar de fumar es privada y cuenta con asesores que hablan inglés y español. Si fuera necesario, también hay asesores que hablan otros idiomas.

El asesoramiento por teléfono es una de las mejores maneras para ayudar a las personas a dejar de fumar o masticar tabaco. No necesita conseguir un medio de transporte ni a alguien que cuide de sus hijos, simplemente levante el teléfono y llame.

Cubrimos algunos productos para dejar de fumar para los miembros de Medicaid. Puede obtener más información sobre estos productos a través de su asesor de Quit Now. Hable con su médico si necesita una receta.

Medicaid cuenta con un programa gratuito para ayudar a las embarazadas a dejar de fumar. Llame al **1-866-608-9422** para que le ayuden a obtener estos servicios.

Estos servicios pueden requerir autorización previa.

Beneficios y atención aún cubiertos por su plan de Medicaid

¿QUÉ BENEFICIOS ESTÁN CUBIERTOS POR MI PLAN DE MEDICAID?

Según el tipo de plan que tenga, puede tener cobertura de estos beneficios y atención a través del programa Medicaid. Para obtener información completa sobre sus beneficios de Medicaid, consulte la Guía para miembros de Medicaid.

ATENCIÓN DENTAL

¿Puedo consultar a un dentista?

Solamente cubrimos atención dental de emergencia.

El Plan Dental Familiar también tiene clínicas donde usted puede obtener atención de un dentista. Si necesita ayuda para encontrar un dentista, llame a la Línea de información de Medicaid al **800-662-9651**.

SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Si vive en un condado que no sea Wasatch, Medicaid lo inscribe en el Plan de Salud Mental Prepagado (PMHP) de su área. Si vive en el condado de Wasatch, puede obtener servicios de salud mental en la Wasatch County Family Clinic del condado de Wasatch o en cualquier proveedor de Medicaid. Debe obtener los servicios de salud del comportamiento a través de su PMHP. Si desea obtener atención de alguien fuera del PMHP, necesita la aprobación del PMHP antes de recibir la atención. Si no lo hace, es posible que deba pagar al médico por su atención. Si usted es indígena americano, puede obtener atención del PMHP o también de proveedores de atención médica indígena, del Programa de Atención de Salud Indígena o de una Organización Indígena Urbana. Los PMHP proveen atención de salud del comportamiento en un hospital y brindan servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. La atención cubierta incluye:

- Evaluaciones
- Exámenes psicológicos
- Administración de medicamentos
- Terapia individual o grupal
- Atención de rehabilitación psicológica

- Servicios de administración de casos
- Atención de relevo
- Y más

DESINTOXICACIÓN DE ALCOHOL Y DROGAS (PACIENTES AMBULATORIOS)

¿Está cubierto el tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas?

Puede obtener servicios ambulatorios contra el abuso de alcohol y drogas de un proveedor de tratamiento contra el abuso de sustancias aprobado por Medicaid. Los indios estadounidenses pueden obtener atención de los médicos de su condado o también de proveedores de atención médica indígena, del Programa de Atención de Salud Indígena o de una Organización Indígena Urbana.

Programas de exención

¿QUÉ SON LOS PROGRAMAS DE EXENCIÓN?

Las personas con necesidades especiales pueden obtener Medicaid a través de programas de exención. Solo puede unirse a un programa de exención si necesita atención que es similar a la atención que se ofrece en un hospital, hogar para ancianos o centro de atención para discapacitados mentales. Las exenciones permiten que Medicaid pague el apoyo y los servicios que ayudan a las personas a vivir de manera segura en el hogar o en la comunidad. Cada programa tiene reglas y beneficios establecidos.

Para más información sobre cómo inscribirse en el programa de exención a través del estado, llame a los siguientes números:

Exenciones para soporte de la comunidad, lesiones cerebrales adquiridas, discapacidad física

Departamento de Servicios Humanos, División de Servicios para Personas con Discapacidades

Sitio web: **dspd.utah.gov**

Teléfono: **844-ASK-DSPD** u **844-275-3773**

Correo electrónico: **dspd@utah.gov**

Nuevas opciones de exenciones

Departamento de Salud, Oficina de Autorización y

Servicios de la Comunidad

Sitio web: **health.utah.gov/ltc/NC/NCHome.htm**

Teléfono: **800-662-9651**

Correo electrónico: **newchoiceswaiver@utah.gov**

Exención para personas mayores de 65 años (exención para adultos mayores)

Departamento de Servicios Humanos, División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad

Sitio web: daas.utah.gov

Teléfono: **801-538-4171**

Correo electrónico: **dhsinfo@utah.gov**

Exención para niños dependientes de la tecnología o médicamente frágiles

Departamento de Salud, Oficina de Autorización y Servicios de la Comunidad

Sitio web: **health.utah.gov/ltc/**

Teléfono: **800-662-9651**

Correo electrónico: **techdependent@utah.gov** o **mccw@utah.gov**

Servicios de asistente personal relacionados con el empleo (EPAS)

Sitio web: **health.utah.gov/ltc/**

Teléfono: **801-538-6955**

Especialistas

¿QUÉ SUCEDE SI NECESITO VER A UN ESPECIALISTA?

Si necesita un servicio que no lo proporciona su proveedor de atención médica primaria (PCP), puede ver a un especialista en la red. No necesita un referido para ver a un especialista.

Deberá poder visitar a un especialista:

- Dentro de los 30 días para atención no urgente.
- Dentro de los dos días para atención urgente, pero que no pone en peligro la vida (por ejemplo, atención provista en un consultorio médico).

Si tiene problemas para ver a un especialista cuando lo necesite, llame a Defensores de los Miembros al **801-442-4993** o al número gratuito **800-515-2220** para obtener ayuda.

Indian Health Service (IHS).

¿QUÉ ES INDIAN HEALTH SERVICE?

Indian Health Service es una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos, responsable de proporcionar servicios de salud federales a los indios estadounidenses y a los indígenas de Alaska.

Si usted es indio americano o indígena de Alaska, asegúrese de que su condición sea confirmada por el DWS. Para contactar con el DWS, llame al **1-866-435-7414**. Los indios estadounidenses e indígenas de Alaska no tienen copagos.

Los indios americanos e indígenas de Alaska que tienen un plan de atención administrada también pueden recibir servicios directamente de un programa de atención médica para indios. Se trata de un programa dirigido por el Indian Health Service, por una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana.

Autorización previa

¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN PREVIA?

Algunos servicios deben ser aprobados por Select Health antes de que usted los reciba. Esta aprobación se llama autorización previa. Es importante obtener una autorización previa antes de recibir el servicio.

Si necesita un servicio que requiere autorización previa, su proveedor se la solicitará a Select Health. Si no se aprueba el pago de un servicio, puede presentar una apelación a Select Health. Llame a Servicios para Miembros al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234** si tiene preguntas.

Programa de restricción

¿QUÉ SIGNIFICA ESTAR EN EL PROGRAMA DE RESTRICCIÓN?

Los miembros de Medicaid que necesiten ayuda para utilizar los servicios de atención médica correctamente pueden ser inscritos en el Programa de Restricción. Los miembros inscritos en el Programa de Restricción están limitados a un médico principal y una farmacia principal. Todas las recetas y los servicios médicos deben ser aprobados o coordinados por el médico del miembro. Todas las recetas se deben surtir en la farmacia principal del miembro. El uso continuo de los servicios de atención médica se revisa a menudo.

Los ejemplos de uso incorrecto de los servicios incluyen:

- Usar la sala de emergencias para la atención de rutina
- Ver a demasiados médicos
- Surtir demasiadas recetas de medicamentos para el dolor
- Obtener medicamentos de uso controlado o potencial abuso de drogas a través de más de un prescriptor
- Pagar en efectivo los servicios cubiertos por Medicaid

Nos comunicaremos con usted si notamos un uso inapropiado de los servicios.

Otro seguro

¿QUÉ SUCEDE SI TENGO OTRO SEGURO DE SALUD?

Algunos miembros tienen otro seguro de salud, incluso Medicare, además de Medicaid. Su otro seguro o Medicare se denomina el seguro primario.

Si tiene otro seguro, su seguro primario pagará primero. Lleve todas sus tarjetas del seguro de salud con usted al acudir a las consultas con su proveedor médico.

Tener otro seguro de salud puede afectar la cantidad que debe pagar. Es posible que deba pagar su copago al momento del servicio.

Infórmenos a nosotros y a su médico si tiene otro seguro de salud. También debe informar a la Oficina de Servicios de Recuperación (ORS) sobre cualquier otro seguro de salud que pueda tener. Llame a la ORS al **801-536-8798**. Esto ayuda a que Medicaid y sus proveedores sepan quién debe pagar sus facturas. Esta información no cambiará los servicios que recibe.

Directiva anticipada

¿QUÉ ES UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

Una directiva anticipada es un documento legal que le permite tomar decisiones sobre su atención médica con anticipación.

Puede haber un momento en que esté demasiado enfermo para tomar decisiones por sí mismo. Una directiva anticipada dará a conocer sus deseos si no puede hacerlo usted mismo.

Hay cuatro tipos de directivas anticipadas:

- Testamento vital (atención al final de la vida)
- Poder legal para cuidados médicos
- Poder legal para atención de salud mental
- Directiva para atención médica prehospitalaria (no resucitar)

Testamento vital: Un testamento vital es un documento que le informa a los médicos qué tipos de servicios quiere o no quiere recibir si está muy enfermo y cerca de la muerte, y no puede tomar decisiones por sí mismo.

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

Poder legal para atención de salud mental: Un poder legal para atención de salud mental nombra a una persona para que tome decisiones sobre su atención de salud mental en caso de que no pueda tomarlas usted mismo.

Directiva para atención médica prehospitalaria: Una directiva para atención médica prehospitalaria le informa a los proveedores si no desea cierta atención de emergencia para salvar vidas que recibiría fuera de un hospital o en una sala de emergencias de un hospital. También puede incluir la atención brindada por otros proveedores de servicios de respuesta a emergencias, como bomberos o policías. Debe completar un formulario especial de color naranja. Debe mantener el formulario naranja completado donde sea visible.

Para obtener más información sobre cómo crear una de las directivas anticipadas, visite: **intermountainhealthcare.org/advanceplanning** o llame al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**.

Apelaciones y quejas

¿QUÉ ES UNA DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS?

Una determinación adversa de beneficios es cuando nosotros:

- Negamos el pago de los servicios brindados, o pagamos menos.
- Negamos un servicio o aprobamos menos de lo que usted o su proveedor solicitaron.
- Reducimos la cantidad de servicios que habíamos aprobado o damos por finalizado un servicio que habíamos aprobado.
- Negamos el pago de un servicio cubierto.
- Negamos el pago de un servicio que usted puede ser responsable de su pago.
- No tomamos una decisión sobre una apelación o una queja cuando deberíamos haberlo hecho.
- No le proporcionamos una cita con el médico o un servicio en el término de 30 días para una visita de rutina al médico o en el plazo de 2 días para una visita de cuidados de urgencia.
- Rechazamos su solicitud para disputar una responsabilidad financiera.

Usted tiene derecho a recibir una Notificación de determinación adversa de beneficios si ocurre un caso de los antes mencionados. Si no recibe una, comuníquese con Servicios para Miembros para que le enviemos una.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN?

Una apelación es nuestra revisión de una determinación de beneficios adversa para ver si se tomó la decisión correcta.

¿CÓMO PRESENTO UNA SOLICITUD DE APELACIÓN?

- Usted, su proveedor o cualquier representante autorizado pueden presentar una apelación.
- Puede encontrar un formulario de apelación en nuestro sitio web en **selecthealth.org/member-care/forms**.
- Una solicitud de apelación puede realizarse por los siguientes medios:
  Correo: **Select Health Appeals Department**
  P.O. Box 30192
  Salt Lake City, Utah 84130-0192
  Fax: **801-442-0762**
  Teléfono: **801-442-9950** o línea gratuita **844-208-9012**
- Envíe la solicitud de apelación dentro de los 60 días a partir de la notificación de determinación adversa de beneficios.
- Si necesita ayuda para presentar una solicitud de apelación, llámenos al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**.
- Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar a Utah Relay Services al 711 o al **800-346-4128**.

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA UNA APELACIÓN?

Se le enviará una decisión por escrito sobre la apelación dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su apelación escrita.

A veces, necesitamos más tiempo para tomar la decisión. Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, se lo informaremos en persona o mediante una llamada telefónica, tan rápido como sea posible, o por escrito en el plazo de dos días.

¿PUEDO OBTENER UNA DECISIÓN SOBRE UNA APELACIÓN MÁS RÁPIDO?

Si esperar nuestra decisión 30 días dañará su salud, su vida o su capacidad para mantener o recuperar la función máxima, puede solicitar una apelación rápida. Esto significa que tomaremos una decisión dentro de las 72 horas.

En algunos casos, podríamos necesitar más tiempo para tomar una decisión rápida sobre una apelación. Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más para tomar una decisión. Si necesitamos tomarnos más tiempo, se lo informaremos en persona o mediante una llamada telefónica, tan rápido como sea posible, o por escrito en el plazo de dos días.

Si rechazamos su solicitud de apelación rápida, también le informaremos en persona o mediante una llamada telefónica, lo antes posible, o por escrito en el plazo de dos días.

¿CÓMO SOLICITO UNA APELACIÓN RÁPIDA?

Puede solicitar una apelación rápida por teléfono o por escrito. Llámenos al **801-442-9950** o al número gratuito **844-208-9012**, o escríbanos a:

Select Health Appeals Department
P.O. Box 30192
Salt Lake City, Utah 84130-0192

¿QUÉ SUCEDE CON MIS BENEFICIOS DURANTE UNA APELACIÓN?

Sus beneficios no se suspenderán porque usted presentó una apelación. Si su solicitud de apelación es porque reducimos, suspendimos o dimos por finalizado un servicio que ha estado recibiendo, infórmenos si desea seguir recibiendo ese servicio. Para que no se suspendan sus beneficios, los servicios que ha estado recibiendo deben ser ordenados por su proveedor y el intervalo de fechas de la autorización original no debe haber caducado. Debe llamarnos en un plazo de 10 días a partir de la carta de determinación adversa de los beneficios o de la fecha en que se suspendan los beneficios, lo que ocurra más tarde. También debe solicitar su apelación dentro de los 60 días siguientes a la determinación adversa del beneficio. Su proveedor no puede solicitar que sus beneficios continúen. Sólo usted o su representante autorizado pueden solicitar que continúen sus beneficios.

Si nuestra decisión sobre su apelación no es a su favor y usted solicita una Audiencia Estatal Imparcial, puede pedir que sus beneficios continúen durante el proceso de Audiencia Estatal Imparcial. Debe llamarnos en un plazo de 10 días a partir de la decisión sobre la apelación para evitar que se suspendan sus beneficios. Los beneficios continuarán hasta que se produzca una de las siguientes situaciones:

- Usted retira su apelación
- No solicita que continúen sus beneficios dentro de los 10 días siguientes a la decisión de la apelación, a menos que haya solicitado la Audiencia Estatal Imparcial dentro del plazo de 10 días.
- La oficina de audiencias estatales imparciales emite una resolución definitiva desfavorable.

Es posible que tenga que pagar el servicio si la decisión sobre la apelación no es en su favor.

¿QUÉ ES UNA AUDIENCIA JUSTA ESTATAL?

Una audiencia justa estatal es una audiencia con la agencia de Medicaid estatal sobre su apelación. Usted, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar una audiencia justa estatal. Cuando le notifiquemos nuestra decisión sobre su solicitud de apelación, le informaremos cómo solicitar la audiencia estatal justa si no está de acuerdo con nuestra decisión. También le daremos el formulario de solicitud de audiencia justa estatal para que lo envíe a Medicaid.

¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA ESTATAL JUSTA?

Si usted o su proveedor no están conformes con nuestra decisión sobre la apelación, puede enviar a Medicaid el formulario de solicitud de audiencia justa estatal. Debe enviar el formulario a Medicaid dentro de los 120 días calendario después de que hayamos tomado la decisión sobre la apelación.

¿QUÉ ES UNA QUEJA?

Una queja es una reclamación sobre cualquier otra cosa que no sea una determinación adversa de beneficios. Usted tiene derecho a presentar una queja. Esto le da la oportunidad de contarnos sus inquietudes.

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

- Cuando no está de acuerdo con la cantidad de tiempo que necesita el plan para tomar una decisión sobre autorización.
- Si la atención o el tratamiento es o no adecuado.
- Acceso a la atención.
- Calidad de la atención.
- Actitud del personal.
- Descortesía.
- Cualquier otro tipo de problema que pueda haber tenido con nosotros, su proveedor de atención médica, o los servicios.

¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

Puede presentar una queja en cualquier momento. Si necesita ayuda para presentar una queja, llámenos al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**.

Si tiene sordera o problemas de audición, puede llamar a Utah Relay Services al 711 o al **800-346-4128** para que le ayuden a presentarnos una queja.

Puede presentar una queja por teléfono o por escrito. Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios para Miembros al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**. Para presentar una queja por escrito, envíenos su carta a:

Select Health Appeals Department
P.O. Box 30192
Salt Lake City, Utah 84130-0192

Le informaremos nuestra decisión sobre su queja dentro de los 90 días calendario a partir del día en que recibamos su queja. A veces, necesitamos más tiempo para tomar la decisión. Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión, se lo informaremos en persona o mediante una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito, en el plazo de dos días.

Fraude, despilfarro y abuso

¿QUÉ ES UN FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO DE ATENCIÓN MÉDICA?

Hacer algo mal en relación con Medicaid podría ser un fraude, despilfarro o abuso. Queremos asegurarnos de que sus dólares de atención médica se utilicen de la manera correcta. El fraude, el despilfarro y el abuso pueden hacer que la atención médica sea más costosa para todos.

Háganos saber si cree que un proveedor de atención médica o una persona que recibe Medicaid está haciendo algo mal.

Algunos ejemplos de fraude, despilfarro o abuso son:

Por parte de un miembro

- Permitir que otra persona use su tarjeta de miembro de Medicaid.
- Cambiar la cantidad o el número de resurtidos en una receta.
- Mentir para recibir servicios médicos o de farmacia.

Por un proveedor

- Facturar por servicios o suministros que no se hayan proporcionado.
- Cobrarle 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 DENUNCIAR UN CASO DE FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO?

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

Select Health Compliance Department

- **801-442-4845** o nuestro número gratuito las 24 horas, **800-442-4845**

Fraude del proveedor

- La Oficina del Inspector General (OIG)
  Correo electrónico: **mpi@utah.gov**
  Número gratuito: **1-855-403-7283**

Fraude del miembro

- Línea gratuita de Fraude del Departamento de Servicios Laborales
  Correo electrónico: **wsinv@utah.gov**
  Teléfono: **1-800-955-2210**

No tendrá que dar su nombre para presentar un informe. Sus beneficios no se verán afectados si presenta un informe.

Servicios de transporte

¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE ESTÁ CUBIERTO POR MI PLAN DE MEDICAID?

Algunos miembros de Medicaid califican para servicios de transporte. Para saber si califica, llame al Departamento de Servicios Laborales (DWS) al **1-800-662-9651.** Si califica, tendrá acceso a los siguientes servicios.

Pase de autobús de la UTA, incluido Trax (no se incluyen Front Runner y Express Bus): Si puede viajar en autobús, llame al DWS para preguntar si su programa de Medicaid cubre un pase de autobús. El pase llegará por correo. Muestre su tarjeta de miembro de Medicaid y su pase de autobús al conductor.

UTA Flextrans: Servicios de autobuses especiales para clientes de Medicaid que viven en los condados de Davis, Salt Lake, Utah y Weber. Puede usar Flextrans si:

- No es capaz física o mentalmente de usar un autobús regular.
- Ha completado un formulario de solicitud de UTA para informarles que tiene una discapacidad que hace que no pueda tomar un autobús regular. Puede obtener el formulario llamando al:
- Condados de Salt Lake y Davis: **801-287-7433**
- Condados de Davis, Weber y Box Elder: **1-877-882-7272**
- Se le ha aprobado el uso de servicios especiales de autobús y tiene una tarjeta de transporte médico especial.

Modivcare (antiguamente LogistiCare): Servicio puerta a puerta que no es de emergencia para citas médicas y cuidados de urgencia. Puede ser elegible para Modivcare si:

- No hay un vehículo disponible en su hogar.
- Sus discapacidades físicas hacen que no pueda viajar en un autobús UTA o Flextrans.
- Su médico ha completado un certificado médico de Modivcare. **modivcare.com/facilities/ut**

Una vez aprobado, puede solicitar este servicio llamando a Modivcare al: **1-855-563-4403**, o visitando su sitio web en **modivcare.com/facilities/ut.** Debe hacer reservas en Modivcare tres días hábiles antes de su cita. Para los cuidados de urgencia, no se requiere una reserva con tres días de anticipación. Modivcare llamará a su médico para asegurarse de que el problema es urgente. Los miembros elegibles podrán recibir servicios de Modivcare en todo el estado.

¿PUEDO OBTENER AYUDA SI TENGO QUE CONDUCIR LARGAS DISTANCIAS?

- Reembolso del millaje: Hable con un trabajador del DWS si tiene preguntas sobre un reembolso de millas. Solo se le reembolsará si NO hay una manera más económica de llegar a su médico. Consulte a un trabajador del DWS para obtener información sobre el reembolso de millas para las visitas de control de niño sano y dentales de EPSDT.
- Costos de internación: En algunos casos, cuando es necesario pasar la noche en el hospital para recibir

¿CÓMO LLEGO AL HOSPITAL EN CASO DE EMERGENCIA?

Si tiene un problema médico grave y no es seguro conducir a la sala de emergencias, llame al 911 Medicaid de Utah cubre el transporte médico de emergencia

¿CÓMO LLEGO AL MÉDICO CUANDO NO ES UNA EMERGENCIA Y NO PUEDO CONDUCIR?

Medicaid puede ayudarle a llegar al médico cuando no es una emergencia

Para obtener este tipo de ayuda, usted debe:

- Tener Medicaid en la fecha en que necesita el transporte
- Tener un motivo médico para el transporte

Llame al Departamento de Servicios Laborales (DWS) al **866-435-7414** para averiguar si puede obtener ayuda con el transporte

tratamiento médico, Medicaid puede pagar estos costos. El costo incluye alojamiento y comida. Los costos por pasar la noche en el hospital rara vez se pagan por adelantado. Comuníquese con un trabajador del DWS para averiguar qué costos puede cubrir su plan de Medicaid por pasar la noche en el hospital.

El transporte no está disponible para retirar medicamentos recetados excepto que esté en camino hacia o desde una consulta con un médico de Medicaid. Para excepciones, consulte a un administrador de elegibilidad de Medicaid.

Transporte para hogares de ancianos: Los hogares para ancianos deben proporcionar transporte a las citas médicas a sus residentes. Los residentes no pueden obtener pases de autobús. Cualquier otro transporte que no sea de emergencia, que el hogar para ancianos no brinde, necesita aprobación previa.

Viajes fuera del estado: Si obtiene aprobación para recibir atención fuera del estado, este transporte también puede ser aprobado. Esto incluye la tarifa aérea, el taxi de ida y vuelta al aeropuerto y el traslado entre su hotel/motel y el hospital o la clínica. El reembolso (hasta el máximo permitido) por alimentos y alojamiento también pueden ser aprobados.

OPCIONES DE TRANSPORTE DE BAJO COSTO

2-1-1: Puede ayudarle a encontrar organizaciones que brindan transporte básico, incluidos programas de vales de dinero para combustible, arreglos especiales para personas mayores, personas con discapacidades y otros residentes que no tienen transporte o están impedidos de usar el transporte público. También incluye programas que brindan información, ayuda de emergencia y otra atención de apoyo. Llame al **2-1-1** o visite su sitio web en **211utah.org.**

HERRAMIENTAS PARA EL USUARIO DEL TRANSPORTE PÚBLICO

Use la Herramienta de Planificador de Viajes de Usuario de UTA, Horarios y Mapas, Localizador de Vehículos, Tiempo de Traslado y Centro de Aplicación para ayudar a planificar su viaje.

Centro de aplicaciones de UTA

- Aplicación de tránsito: La Aplicación de Tránsito de UTA le ayuda a encontrar las mejores opciones de tránsito mostrándole todas las opciones cercanas. Usted puede consultar horarios de tránsito en tiempo real, planificar su viaje y obtener orientación paso a paso para todo tipo de transporte urbano, incluidos autobuses, Trax, Uber o incluso bicicleta compartida. Para obtener información acerca de cómo usar la aplicación para planificar su viaje, visite **transitapp.com.**
- Aplicación iRideUTA: La aplicación iRideUTA muestra las ubicaciones en tiempo real de los autobuses de UTA, Trax y FrontRunner. Descárguela en su teléfono inteligente para ver de manera rápida y sencilla las rutas, paradas y ubicaciones de vehículos de UTA.

Pase HIVE: El Pase HIVE es un programa de Salt Lake City ofrecido a todos los residentes de la ciudad con el objetivo de que el tránsito sea más accesible y de bajo costo El costo del pase para residentes es de $42 por mes, la mitad del precio de un pase UTA mensual normal

Su domicilio particular debe estar dentro de los límites de Salt Lake City para ser elegible para un Pase HIVE Visite **slc.gov/transportation/hivepass/** o llame al **801-596-RIDE (801-596-7433**) para obtener más información o para inscribirse

Autoridad de Tránsito de Utah (UTA): UTA ofrece tarifas con descuento para personas mayores de 65 años y paratránsito para personas con discapacidades que no pueden usar el sistema de autobuses normal

Visite **rideutah.com** o llame al **888-RIDE-UTA (888 743 3882**) para obtener más información

Para Paratránsito, llame al **801-BUS-RIDE (801-287 7433).**

Cantidad, duración y alcance de los beneficios

Beneficio	Tradicional
Aborto	Limitado Llame a Servicios para Miembros al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234** para obtener información sobre los beneficios.
Ambulancia	Sin cobertura de Select Health • Cubierto por el programa de pago por servicio de Medicaid
Control de natalidad y planificación familiar	Cubierto No requiere copago (consulte el cuadro de control de natalidad de la página 14)
Quiropráctico	Sin cobertura de Select Health • Puede estar cubierto por el pago por servicio de Medicaid para los miembros que reciben servicios de EPSDT y las embarazadas. Llame a Medicaid al **800-662-9651**
Beneficios dentales	Sin cobertura de Select Health • Pueden estar cubiertos por el plan de pago por servicio de Medicaid o Medicaid Dental. Llame a Medicaid al **1-800-662-9651**
Visitas al médico	Cubierto Vea el cuadro de copagos en la página 10
Atención de emergencia y cuidados de urgencia	Cubierto Sin copago • (Debe usar un proveedor de la red para los cuidados de urgencia)
Examen de la vista	Cubierto Sin copago Limitado a un examen cada 12 meses
Anteojos	Cubierto Sin copago • Cubierto solo para embarazadas y quienes son elegibles para servicios de EPSDT.
Centro de atención para pacientes terminales	Cubierto Sin copago (consulte la página 16 para obtener información adicional)
Atención para pacientes internados	Cubierto (Vea el cuadro de copagos en la página 10)
Servicios de laboratorio y radiografías	Cubierto Sin copago
Suministros médicos	Cubierto Sin copago
Hogar para ancianos	Cubierto por Select Health hasta un máximo de 30 días. Las estadías superiores a 30 días están cubiertas por el beneficio de pago por servicio de Medicaid. • Llame a Medicaid al **800-608-9422**
Servicios de atención personal	Cubierto • Requiere autorización previa
Farmacia	Cubierto (Vea el cuadro de copagos en la página 10)
Terapia física y ocupacional	Cubierto (Vea el cuadro de copagos en la página 10) (Vea la página 16 para obtener detalles)

Podiatría	Cubierto (Vea el cuadro de copagos en la página 10) (Beneficio limitado para adultos)
Servicios preventivos	Limitado Llame a Servicios para Miembros al **801-442-3234**
Atención para pacientes ambulatorios	Cubierto (Vea el cuadro de copagos en la página 10)
Medicamentos de venta sin receta	Cubierto (Vea el cuadro de copagos en la página 10) • Comuníquese con Select Health para obtener PDL sin receta
Servicios del habla y la audición	Cubierto (limitado) Sin copago • Los servicios de audiología y audición, incluidos los audífonos y las baterías, están cubiertos solo para mujeres embarazadas y quienes son elegibles para los servicios de EPSDT.
Servicios de transporte médico que no es de emergencia	Sin cobertura de Select Health • Cubierto por el beneficio de pago por servicio. Llame a Medicaid al **800-662-9651**.

¿PUEDO OBTENER UN SERVICIO QUE NO FIGURA EN LA LISTA?

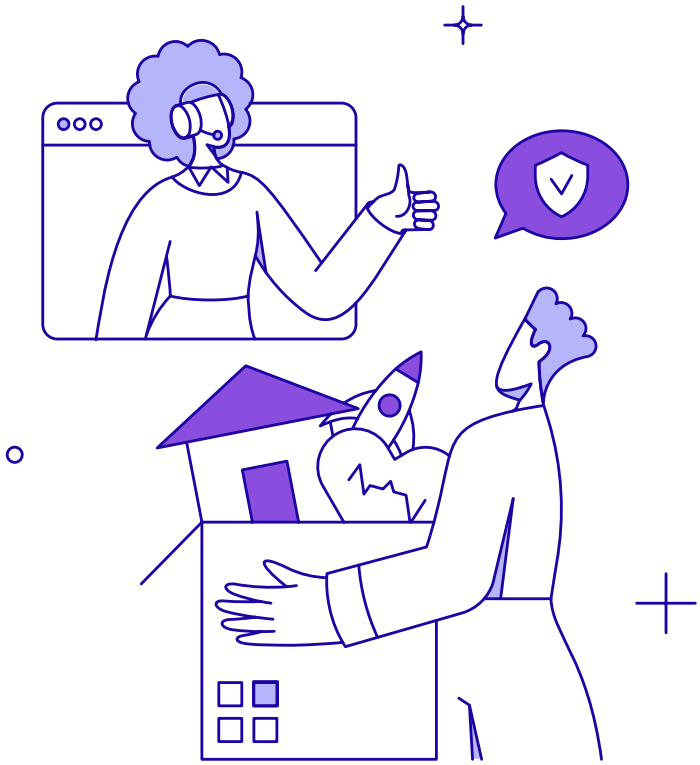
En general, Medicaid no paga los servicios no cubiertos. Sin embargo, hay algunas excepciones:

- Procedimientos reconstructivos después de la desfiguración causada por un golpe o cirugía médicamente necesaria.
- Procedimientos reconstructivos para corregir deficiencias funcionales graves (por ejemplo, incapacidad para tragar).
- Cuando el procedimiento es más rentable para el programa de Medicaid que otras alternativas.
- Los miembros que califican para EPSDT pueden obtener servicios que son médicamente necesarios, pero que generalmente no están cubiertos.

Si desea solicitar una excepción para un servicio no cubierto, puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**.

¿QUÉ SUCEDE SI CAMBIO DE PLAN DE SALUD?

Trabajaremos con su plan de salud nuevo para garantizar que obtenga los servicios que necesita. Seguimos las pautas de Medicaid sobre cómo hacer esto. Estas pautas se denominan pautas sobre la transición de la atención.
Están disponibles en **medicaid.utah.gov/managed-care/.**



Aviso de prácticas de privacidad

¿CÓMO PROTEGEMOS SU PRIVACIDAD?

Nos esforzamos por proteger la privacidad de su información médica personal (PHI) de las siguientes maneras:

- Tenemos políticas y reglas estrictas para proteger la PHI.
- Solo usamos o divulgamos su PHI con su consentimiento.
- Solo divulgamos la PHI sin su aprobación cuando la ley lo permite.
- Protegemos la PHI limitando el acceso a esta información a aquellos que la necesitan para realizar determinadas tareas y mediante medidas de protección físicas.

Usted tiene derecho a ver su PHI.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD?

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la privacidad de su historial médico. Los representantes pueden ayudarle con las inquietudes que pueda tener sobre la privacidad de su información médica.

También pueden ayudarle a llenar los formularios que necesita para hacer uso de sus derechos de privacidad.

El aviso completo de las prácticas de privacidad está disponible en **intermountainhealthcare.org/websiteinformation/privacy-notices/patients/.** También puede pedir una copia impresa de esta información comunicándose con Servicios para Miembros al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**.

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No lo tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género y/o condición de veterano.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 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 Select Health Advantage: **855-442-9900** (TTY: 711) /

Select Health : **800-538-5038.**

Select Health

© 2024 SelectHealth. Todos los derechos reservados. 3522427 11/24