



Medicaid

Salud Integral SelectHealth
Community Care

Aviso de tratamiento justo

SelectHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles. No le brindaremos un trato diferente por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, o estado de veterano.

Proporcionamos gratuitamente:

- > Ayuda para las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos, otros).
- > Ayuda de idioma para aquellos cuyo primer idioma no es el inglés, como intérpretes y materiales para miembros escritos en otros idiomas.

Para obtener ayuda, llame a Servicios para miembros de SelectHealth al **1-800-538-5038** o a Servicios para miembros de SelectHealth Advantage al **1-855-442-9900** (usuarios de TTY: 711).

Si cree que le han tratado injustamente, llame al Coordinador de Derechos Civiles/504 de SelectHealth 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 de idiomas

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

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 SelectHealth。

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

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. SelectHealth. 번으로 전화해 주십시오.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti’go Diné Bizaad, saad bee áká’ánída’áwo’de’ę’, t’áá jiiik’eh, éi ná hółq’, kojį’ hódííłnih SelectHealth.



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

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

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

ATTENTION: si vous parlez français, des services d’aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez SelectHealth.

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。SelectHealth. まで、お電話にてご連絡ください。

ማሳሰቢያ: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ጽጋፍ አገልግሎቶች ያለክፍያ ለክርስቶስ ይገኛሉ። SelectHealth ን ያናግሩ።

ПАЖЊА: Ако говорите Српски, бесплатне услуге помоћи за језик, биће вам доступне. Контактирајте SelectHealth.

تنبيه: إذا كنت تتحدث عربي، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل بـ SelectHealth.

توجه: اگر به زبان را وارد کنی صحبت میکنید، خدمات کمک زبانی، بصورت رایگان در اختیار شماست. با SelectHealth تماس بگیرید.

Índice

- 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 Primaria (PCP)? 9
 - ¿Cómo elijo un proveedor de atención médica primaria? 9
 - ¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención médica primaria? 9
 - Búsqueda de centros de atención y médicos en línea. 9
 - ¿Qué es una notificación de cese de un médico? 10
 - Otras cosas que debe saber 10
- COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS 10**
 - ¿Qué son los copagos y 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 11
 - ¿Qué son los gastos de bolsillo máximos? 11
 - ¿Qué ocurre si alcanzo mi gasto de bolsillo máximo? 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? 12
 - ¿Tendré que pagar por la atención de emergencia? 12
 - ¿Qué debo hacer después de recibir atención de emergencia? 12
 - ¿Qué son los cuidados de urgencia? 12
 - ¿Cuándo debo ir a una clínica de cuidados de urgencia? 12

- ATENCIÓN POSTESTABILIZACIÓN 13**
 - ¿Qué es la atención postestabilización? 13
 - ¿Cuándo se cubre la atención postestabilización? 13
 - ¿Necesito aprobación previa para la atención postestabilización? 13
 - ¿Puedo obtener atención de emergencia fuera de Utah? 13
 - ¿Puedo obtener atención de emergencia o cuidados de urgencia fuera de los Estados Unidos? 13
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR 14**
 - ¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos? 14
 - ¿Qué servicios de planificación familiar no están cubiertos? 14
- ESPECIALISTAS 14**
 - ¿Qué sucede si necesito ver a un especialista? 14
- ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD 14**
 - ¿Disponen de programas de atención médica para miembros con problemas de salud? 14
- ATENCIÓN DE LA VISTA (VISIÓN) 15**
 - ¿Está cubierta la atención de la vista? 15
- SUMINISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA 15**
 - ¿SelectHealth cubre los suministros de atención médica? 15
- ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA? 16**
- ATENCIÓN DE PACIENTES TERMINALES 16**
 - ¿Qué es la atención de pacientes terminales? 16
- SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS 16**
 - ¿Están cubiertos los rayos X y las pruebas de sangre? 16
- ATENCIÓN EN HOGAR PARA ANCIANOS 16**
 - ¿Qué la atención a corto plazo en hogar para ancianos? 16
- MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC) 16**
- SERVICIOS DE ATENCIÓN PERSONAL 16**
 - ¿Qué son los servicios de atención personal? 16
- FISIOTERAPIA (PT) Y TERAPIA OCUPACIONAL (OT) 16**
- MEDICAMENTOS RECETADOS 17**
 - ¿Mi plan de salud paga los medicamentos recetados? 17
 - Servicios de atención preventiva para adultos 17
 - Servicios de podiatría 17
 - Servicios de habla y audición 17
 - Dejar de fumar 18
 - ¿Qué beneficios están cubiertos por mi Plan de Medicaid? 18
 - Atención dental 18

SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO	18
¿Qué servicios de salud del comportamiento están cubiertos?	18
¿Se cubre algún otro servicio de salud del comportamiento?	19
Desintoxicación de alcohol y drogas (paciente ambulatorio)	19
PROGRAMAS DE EXENCIÓN	19
¿Qué son los programas de exenciones?	19
INDIAN HEALTH SERVICES (IHS)	20
¿Qué es Indian Health Services?	20
AUTORIZACIÓN PREVIA	20
¿Qué es la autorización previa?	20
TELESALUD O TELEMEDICINA	20
¿Puedo usar la Telesalud o la Telemedicina?	20
PROGRAMA DE RESTRICCIÓN	21
¿Qué significa estar en el programa de restricción?	21
OTRO SEGURO	21
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?	21
DIRECTIVA ANTICIPADA	21
¿Qué es una directiva anticipada?	21
APELACIONES Y QUEJAS	22
¿Qué es una determinación adversa de beneficios?	22
¿Qué es una apelación?	22
¿Cómo presento una solicitud de apelación?	22
¿Cuánto tiempo lleva una apelación?	22
¿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?	23
¿Cómo solicito una audiencia justa estatal?	23
¿Qué es una queja?	23
¿Cómo presento una queja?	23

FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO	24
¿Qué es un fraude, despilfarro y abuso de atención médica?	24
¿Cómo puedo denunciar un caso de fraude, despilfarro y abuso?	24

SERVICIOS DE TRANSPORTE	24
¿Cómo llego al hospital en caso de emergencia?	24
¿Cómo llego al médico cuando no es una emergencia y no puedo conducir?	24
¿Qué tipo de transporte está cubierto bajo mi Medicaid?	24
¿Puedo obtener ayuda si tengo que conducir largas distancias?	25
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

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	27
¿Cómo protegemos su privacidad?	27
¿Cómo puedo obtener más información acerca de las prácticas de privacidad?	27

Números de teléfono e información de contacto

NÚMEROS TELEFÓNICOS DE SELECTHEALTH

Nombre	Ayuda ofrecida	información de contacto
Servicios al Miembro de SelectHealth	Ayuda para comprender: <ul style="list-style-type: none"> > Su plan de seguro > Medicamentos recetados y farmacias > Beneficios y cobertura > Pagos de reclamaciones 	855-442-3234 Horarios: de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 711
SelectHealth Member Advocates®	<ul style="list-style-type: none"> > Ayuda para encontrar al médico adecuado > Ayuda para programar una cita > Datos acerca de un médico 	800-515-2220 Horarios: de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m.
Behavioral Health Advocates SM	<ul style="list-style-type: none"> > Ayuda para encontrar un proveedor de salud mental > Ayuda para programar una cita 	800-876-1989 Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
Administración de la salud	> Ayuda para la atención médica o conductual y más	800-442-5305 Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
SelectHealth Healthy Beginnings®	> Ayuda para un embarazo seguro y saludable	866-442-5052 , opción 1 Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

NÚMEROS TELEFÓNICOS DE SELECTHEALTH

Nombre	Ayuda ofrecida	información de contacto
Programa de restricción	> Ayuda con el programa de restricción	800-442-5305
Pharmacy Services	<ul style="list-style-type: none"> > Medicamentos recetados y farmacias > Beneficios y cobertura 	855-442-3234 Horarios: de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 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 SelectHealth	<ul style="list-style-type: none"> > Manual para miembros > Recursos comunitarios > Bienestar 	selecthealth.org

NÚMEROS TELEFÓNICOS DE MEDICAID ESTATAL

Nombre	Ayuda ofrecida	información de contacto
DWS (Departamento de Servicios para la Fuerza Laboral)	<ul style="list-style-type: none"> > 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)	<ul style="list-style-type: none"> > Medicaid > CHIP > Planes de salud > Derechos y responsabilidades > Proveedores 	866-608-9422 health.utah.gov/umb
Beneficios incluidos en los servicios de Medicaid	> Preguntas e inquietudes acerca de Medicaid y CHIP	877-291-5583
Línea telefónica de información de Medicaid	<ul style="list-style-type: none"> > Reclamaciones > Preguntas sobre facturación 	800-662-9651 medicaid.utah.gov
Información para el miembro de Medicaid	<ul style="list-style-type: none"> > 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 Horarios: 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	<ul style="list-style-type: none"> > 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 Horarios: 24 horas al día; 7 días a la semana
Línea de crisis de salud conductual (UNI)	> Para obtener ayuda en caso de crisis de la salud mental	801-587-3000 Horarios: 24 horas al día; 7 días a la semana

Introducción

Bienvenido y gracias por elegir la Atención Integral de SelectHealth Community Care®. Su salud es importante para nosotros y haremos todo lo posible por ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Ofrecemos un plan de atención integral. Esto significa que cubrimos los servicios de salud física y mental, y para el trastorno por abuso de drogas (SUD, por sus siglas en inglés) en caso de que los necesite.

En este manual se explican 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. También puede encontrar estos recursos y más información en nuestro sitio web en selecthealth.org/plans/medicaid.



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, comuníquese 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.

¿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 como 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 24 horas al día, siete días a 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 los 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 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 pueden no hablar muy bien 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 las reglas de este plan de atención integral
- > 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 médico
- > Utilizar los proveedores (médicos, hospitales, etc.) de la red de SelectHealth 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 de Medicaid (HPR, por sus siglas en inglés) de Medicaid y preguntarle si usted es elegible para el cambio. Para hablar con un HPR, llame al **866-608-9422**.

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

- > Si usted es abusivo o hace amenazas o actúa violentamente
- > 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 Reintegros.

NOTA: 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 al Miembro está aquí para ayudarlo 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 un proveedor
- › Cambiar proveedores
- › Responder preguntas sobre las facturas
- › Entender sus beneficios
- › Encontrar un especialista
- › Presentar un reclamo (también llamado queja) o una apelación
- › Responder otras preguntas.

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

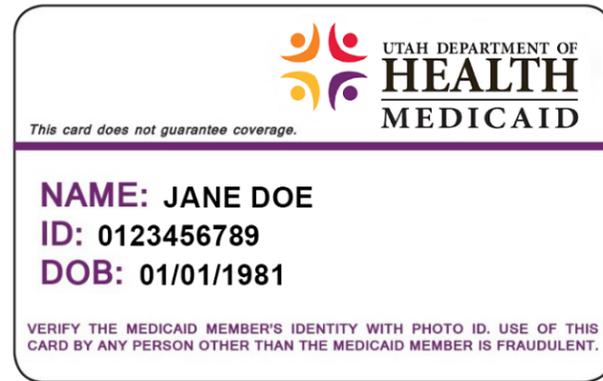
Beneficios de Medicaid

¿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 de una 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 así:



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, por su siglas en inglés) 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 le 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 quedarse con SelectHealth. Ofrecemos muchos tipos de planes, incluyendo: 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 está dispuesto a responder sus preguntas acerca de cómo mantener sus médicos actuales y mantener la atención mientras cambia de plan. Llámenos al **800-538-5038**.

Cómo encontrar a un proveedor

¿QUÉ ES UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) 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 a 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 asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

¿CÓMO ELIJO 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 sobre el nombre del proveedor, dirección, número de teléfono, credenciales profesionales, especialidad, a qué universidad asistieron, residencia médica completada y su estatus de certificación con la junta médica directiva. Una vez que haya elegido un PCP, deberá comunicarse con Servicios para miembros y avisarles. Si necesita ayuda para elegir un PCP, llame a

Servicios para miembros. Si tiene una necesidad especial de atención médica, uno de nuestros administradores de atención le ayudará a elegir un PCP. Para hablar con un administrador de atención sobre cómo seleccionar un PCP, llame al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**.

¿CÓMO PUEDO CAMBIAR MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?

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

Defensores del miembro de Selecthealth

Los Defensores del miembro 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, el médico (incluidos los proveedores de salud mental) o los servicios hospitalarios más cercanos, con la cita más próxima disponible.
- › Brindar datos acerca de un médico, como edad, certificación de capacitaciones, escuela de medicina e idiomas que habla.
- › Ayudarle a comprender y aprovechar al máximo sus beneficios

BÚSQUEDA DE MÉDICOS Y CENTROS DE ATENCIÓN EN LÍNEA

En nuestro sitio web, encontrará una lista de médicos autorizados e información sobre cada médico. Visite selecthealth.org/findadoctor y seleccione la red “Community Care”. Allí encontrará la lista más actualizada de médicos (atención primaria, atención secundaria y atención auxiliar). También puede usar la función “Búsqueda de centros” para encontrar centros pertenecientes a la red.

Es importante que elija un médico y un centro que estén incluidos en esta lista. Esto significa que el médico o el centro pertenece a la red. Si visita a proveedores pertenecientes a la red, no tendrá que pagar más en gastos de bolsillo.

Llame a Servicios para miembros si quiere obtener sin costo una copia de la lista de médicos.

Estas son algunas formas en que puede filtrar su búsqueda para encontrar el médico o consultorio más adecuado para sus necesidades:

Información del médico:

- › Sexo
- › Idiomas que habla
- › Horarios de atención

Información del centro:

- › Tipo de centro
- › Planes aceptados
- › Ubicación

Aplicación móvil de SelectHealth

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

Tenga acceso a su plan de seguro médico cuando quiera. Inicie sesión en nuestra aplicación segura y descubra lo fácil que es:

- > Buscar doctores y hospitales
- > Buscar farmacias y medicamentos
- > Tener acceso a los horarios 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?

SelectHealth 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.

OTRAS COSAS QUE DEBE SABER:

- > Su médico no tiene obligación de atenderlo si usted no paga su copago al momento de la visita.
- > Su médico puede facturarle o recurrir a una agencia de cobranzas para cobrar los copagos pendientes
- > Guarde siempre los comprobantes de sus copagos durante 12 meses
- > Medicare u otra cobertura puede cobrarle los montos de copago.

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:

- > Nativos 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, por sus siglas en inglés)
- > 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 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 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

Los copagos son los mismos para los miembros de Medicaid tradicional y no tradicional. Los montos de sus copagos se detallan en el cuadro a continuación.

Servicio	Copago
Sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés)	\$8 de copago por uso de la ER para una atención que no es de emergencia
Hospitalización	\$75 de copago por hospitalización (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 a los oftalmólogos)
Servicios de la vista	\$4 de copago para oftalmólogos

¿QUÉ SON LOS GASTOS DE BOLSILLO MÁXIMOS?

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

¿QUE OCURRE SI ALCANZO MI GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO?

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 Medicaid de Utah, 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 SelectHealth para obtener asistencia. No pague una factura hasta que hable con Servicios para miembros de SelectHealth.

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 específica o servicios 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 (excepto por los servicios de emergencia)

Cómo elegir la atención adecuada

Si puede, es mejor consultar con su médico 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 ayudarlo 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

Esta herramienta en línea le da acceso a la atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al permitirle hablar con un médico a través de un teléfono móvil, tableta o computadora.

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, tales como dolor de los senos nasales, nariz tapada y secreción, 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/services/urgent-care/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, una parte de su cuerpo recibió una lesión grave 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:

- > 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 mala reacción 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 SelectHealth. SelectHealth 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?

Llámenos lo antes posible después de recibir atención de emergencia. Notifique a su PCP para informarle sobre su visita de emergencia.

¿QUÉ SON LOS CUIDADOS DE URGENCIA?

Los problemas urgentes suelen necesitar tratamiento dentro de las 24 horas. Si usted no está seguro si un problema es urgente, llame a su médico o a una clínica de cuidados de urgencias. También puede llamar a nuestra línea telefónica de enfermería al **844-501-6600**. Para encontrar una clínica de atención 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 dolor de muelas
- > Tensión en la espalda
- > Migrañas
- > Resurtidos o solicitudes de receta
- > Dolor de estómago
- > Corte o rasguño



Atención postestabilización

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN POSTESTABILIZACIÓN?

La atención postestabilización 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 POSTESTABILIZACIÓN?

SelectHealth 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 POSTESTABILIZACIÓN?

La aprobación previa no se requiere para la atención postestabilización cuando los servicios se brindan en un centro perteneciente a la red.

La aprobación previa se exige si los servicios se brindan en un centro no perteneciente a la red; notifíquenos para obtener una aprobación previa.

¿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 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** 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
- > Asesoramiento para ayudarle a planificar cuándo tener un bebé.
- > Acceso a métodos anticonceptivos (vea la tabla a continuación)

No tiene que pagar un copago por los servicios de 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 tener una referencia.

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

tipos de control de natalidad	
Condomes	Sí *OTC
Implantes anticonceptivos	Sí
Crema	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
- > Asesoría 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 del aborto. SelectHealth 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.

Especialistas

¿QUÉ SUCEDE SI NECESITO VER A UN ESPECIALISTA?

Si necesita un servicio que no lo proporciona su PCP, puede ver a un especialista en la red, no necesita una referencia para ver a un especialista.

Deberá poder visitar a un especialista:

- > Dentro de 30 días para atención no urgente
- > Dentro de 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.

Administración de la salud

¿DISPONEN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MIEMBROS CON PROBLEMAS DE SALUD?

Contamos con enfermeras y trabajadores sociales capacitadas para ayudar a los miembros con 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:

- > Ayudarlo a acceder a la atención que necesita
- > Ayudarlo a acceder a los servicios de salud mental, consumo de sustancias o cualquier otro tipo de atención médica que pueda necesitar.
- > Trabajar con sus médicos para administrar su salud
- > Ayudarlo 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 ayudarlo a vivir de manera saludable si tiene una enfermedad crónica. Para obtener más información, ingrese en selecthealth.org/wellness.

Atención de la vista (visión)

¿CUENTA CON ATENCIÓN DE LA VISTA?

Las personas de diecinueve y 20 años que reciben beneficios de EPSDT pueden realizarse exámenes de la vista y obtener anteojos sin costo alguno. También pueden recibir lentes de contacto sin cargo con aprobación previa. Si tiene un plan tradicional o no tradicional, obtiene una prueba de anteojos por año sin límite de dinero (sin anteojos). Ambos planes pagan los exámenes por problemas a la vista, si son necesarios.

Suministros de atención médica

¿SELECTHEALTH CUBRE LOS SUMINISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Sí. Su médico deberá escribirle 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
- > Atención médica en el hogar
- > Oxígeno
- > Otros suministros médicamente necesarios

¿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
- > Suministros para la salud, como oxígeno
- > Enfermería
- > Cuidados de un ayudante de salud en el hogar

Si necesita servicios de atención médica domiciliaria, hable con su médico. Si se aprueba, podrá elegir un proveedor de atención médica domiciliaria de la Lista de proveedores aprobados de SelectHealth.

Atención de pacientes terminales

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN DE PACIENTES TERMINALES?

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

Servicios de laboratorio y radiografías

¿ESTÁN CUBIERTOS LOS RAYOS X Y LAS PRUEBAS DE SANGRE?

Cubrimos los servicios de laboratorio y radiografías que están cubiertos por Medicaid. Usted recibe estos servicios en el consultorio de su médico o puede ir a una clínica, laboratorio u hospital aprobados para obtener estos servicios.

Atención en hogar para ancianos

¿QUÉ 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.



SelectHealth paga atención domiciliaria de corto plazo de enfermería por 30 días o menos. La Atención de 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 de la Lista de proveedores aprobados.

Medicamentos de venta libre (OTC)

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

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 se aprueba, podrá elegir una agencia de atención médica domiciliaria de la Lista de proveedores aprobados para ayudarlo 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 el plan de Medicaid que usted tenga, podría haber algunas limitaciones en la cantidad de visitas de OT y / o PT que puede realizar. Llame a Servicios para miembros de SelectHealth si tiene preguntas sobre los beneficios de su plan.

Medicamentos recetados

¿MI PLAN DE SALUD PAGA MEDICAMENTOS CON RECETA?

Cubrimos una selección de medicamentos genéricos y de marca cuando son indicados 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 que se encuentra en selecthealth.org/plans/medicaid.

- > 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 Ellos determinarán qué medicamentos están cubiertos y qué lineamientos 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, por sus siglas en inglés)
- > Antidepresivos
- > Ansiolíticos
- > Anticonvulsivos
- > Antipsicóticos

- > Factores de hemofilia
- > Inmunosupresores
- > Trastorno por abuso de drogas (opioides o alcohol)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de medicamentos, llame a Servicios para miembros 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.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA PARA ADULTOS

¿Están cubiertos los servicios de atención preventiva?

Ofrecemos servicios limitados de atención preventiva a miembros de Medicaid tradicional y no tradicional.

También cubrimos otros servicios preventivos como parte de la cobertura estándar. Pueden aplicarse copagos a estos servicios.

La atención preventiva puede ayudar a su médico a detectar problemas de manera temprana cuando son más fáciles de tratar. Si se encuentra un problema que necesita más atención o pruebas, pueden aplicarse copagos. Los servicios de atención preventiva están cubiertos una vez al año (salvo que se indique otra cosa) y no requieren aprobación previa. Llame a Servicios para miembros si tiene preguntas sobre sus beneficios de atención preventiva.

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

Enviaremos correos electrónicos y folletos que explican la necesidad de los servicios de atención preventiva. También lo llamaremos cuando llegue el momento de hacerse pruebas, tales 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 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 tradicional y no tradicional. 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 DE HABLA Y AUDICIÓN

¿Están cubiertos las prótesis auditivas?

Algunos servicios de habla y audición están cubiertos. Prótesis auditivas no cuentan con cobertura. Para obtener más detalles, llame a Servicios para miembros.

DEJAR DE FUMAR

¿Ofrece Medicaid un programa para dejar de fumar?

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

- > Se le asignará un asesor calificado para que lo 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 a un miembro de su familia para que deje de fumar
- > Aprenderá acerca de la terapia gratuita de reemplazo de la nicotina (NRT, por sus siglas en inglés) (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 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 locomoción ni encontrar a alguien que cuide de sus niños, simplemente levante el teléfono y llame.

Cubrimos algunos productos para dejar de fumar para los miembros de Medicaid. Puede aprender más acerca de estos productos 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 a su HPR para que lo ayude a obtener estos servicios.

Estos servicios pueden requerir autorización previa.

¿QUÉ BENEFICIOS ESTÁN CUBIERTOS POR MI PLAN DE MEDICAID?

Según el tipo de plan que tenga, tradicional o no tradicional, usted 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 ver a un dentista?

Solamente cubrimos atención de dentista 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

¿QUÉ SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO O CONDUCTUAL ESTÁN CUBIERTOS?

Los servicios de salud del comportamiento son servicios para la salud mental y los trastornos por consumo de drogas. La atención hospitalaria para pacientes internados por problemas de salud mental y los servicios de desintoxicación médica para pacientes internados debido a trastornos por consumo de drogas (SUD, por sus siglas en inglés) también están cubiertos.

Los servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios incluyen:

- > Evaluaciones
- > Exámenes psicológicos
- > Terapia individual, familiar y grupal
- > Servicios de terapia conductual individual y grupal
- > Administración de medicamentos
- > Capacitación y desarrollo de habilidades individuales
- > Servicios de rehabilitación psicosocial (tratamiento diurno)
- > Servicios de apoyo entre pares
- > Servicios selectivos de administración de casos
- > Equipo móvil de asistencia en caso de crisis (MCOT)
- > Centro de recepción de salud mental

Los servicios son brindados por profesionales de salud mental y SUD diplomados, entre ellos, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos diplomados, consejeros de salud mental clínica, consejeros de SUD, administradores de casos especializados y otros.

Si quiere obtener más información sobre alguno de estos servicios, llame al **801-442-3234** o al número gratuito **855-442-3234**.

¿SE CUBRE ALGÚN OTRO SERVICIO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO?

Sí, otros servicios cubiertos incluyen:

- > Terapia electroconvulsiva (ECT)
- > Atención de relevo
- > Servicios psicoeducativos
- > Servicios personales
- > Tratamiento de apoyo

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

DESINTOXICACIÓN DE ALCOHOL Y DROGAS (PACIENTE AMBULATORIO)

¿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 indígenas americanos pueden obtener atención de los médicos de su condado o también de proveedores de atención médica indígena, Programa de Atención de Salud Indígena o una Organización Indígena Urbana.

Programas de exención

¿QUÉ SON LOS PROGRAMAS DE EXENCIONES?

Las personas con necesidades especiales pueden obtener Medicaid a través de programas de exenciones. Solo puede unirse a un programa de exenciones si necesita atención que es similar a la atención entregada 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 mayor información sobre cómo inscribirse en el programa de exenciones 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** o **844-275-3773**

Correo electrónico: dspd@utah.gov

Exenciones de nuevas opciones

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

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

Teléfono: **800-662-9651**, opción 6

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 complejos

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

Sitio web: health.utah.gov/ltc/

Teléfono: **800-662-9651**, opción 5

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

Servicios de asistente personal relacionados con el empleo (EPAS, por sus siglas en inglés)

health.utah.gov/ltc/
801-538-6955

Indian Health Services (IHS)

¿QUÉ ES INDIAN HEALTH SERVICES?

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

Si usted es indio americano o nativo 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 americanos/nativos de Alaska no tienen copagos.

Los indios americanos y los nativos 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 india, una organización tribal o una organización india urbana.

Autorización previa

¿QUÉ ES LA AUTORIZACIÓN PREVIA?

Algunos servicios deben ser aprobados por SelectHealth 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 SelectHealth. Si no se aprueba el pago de un servicio, puede solicitar una apelación a través de SelectHealth. Llame a nuestros 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 demasiados médicos
- > Surtir demasiadas recetas de medicamentos para el dolor
- > Obtener medicamentos controlados o abuso de drogas potenciales 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 MÉDICO?

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

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

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 médico. También debe informar a la Oficina de Servicios de Recuperación (ORS, por sus siglas en inglés) 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 cuidados médicos prehospitalarios (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 puede 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 cuidados médicos prehospitalarios: 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. Debes completar un formulario especial color naranja. Debe mantener el formulario naranja completado donde se pueda ver.

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**.

Telesalud o Telemedicina

¿PUEDO USAR LA TELESALUD O LA TELEMEDICINA?

La telemedicina es el uso de la tecnología para prestar atención médica a distancia, normalmente por teléfono, Internet o vídeo. Algunos servicios pueden realizarse a través de la telesalud o la telemedicina. Intermountain Connect Care es una herramienta en línea que le da acceso a la atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al permitirle hablar con un médico a través de un teléfono móvil, tableta o computadora. 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, tales como dolor de los senos nasales, nariz tapada y secreción, 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/services/urgent-care/connect-care.

Si desea más información sobre los servicios que pueden prestarse a través de la telesalud o la telemedicina, llámenos 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, 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 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.
- > La solicitud de recurso puede realizarse de las siguientes maneras:

Correo: SelectHealth 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 lapso de dos días.

¿PUEDO OBTENER UNA DECISIÓN SOBRE UNA APELACIÓN MÁS RÁPIDO?

Si el 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 72 horas.

En algunos casos, podríamos necesitar más tiempo para tomar una decisión rápida. 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 lapso 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 término 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 la dirección:

SelectHealth 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. 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 justa estatal 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 JUSTA ESTATAL?

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 un reclamo 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 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:

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

Le informaremos nuestra decisión sobre su queja dentro de 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 lapso 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 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:

Departamento de cumplimiento interno de SelectHealth

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

Fraude del proveedor

- > La Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) Correo electrónico: mpi@utah.gov Línea gratuita: **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

¿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 ayudarlo a llegar al médico cuando no es una emergencia. Para obtener este tipo de ayuda, usted debe:

- > Tener Medicaid Tradicional en la fecha en que se necesita el transporte.
- > Tener un motivo médico para el transporte.

Llame al Departamento de Servicios Laborales (DWS, por sus siglas en inglés) al **1-800-662-9651** para averiguar si puede obtener ayuda con el transporte

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

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 a:
 - 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 atención 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 ingresando a 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 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 a centros de convalecencia: Los centros de convalecencia deben ofrecer a sus residentes transporte a citas médicas. Los residentes no pueden obtener pases de autobús. Cualquier otro transporte que no sea de emergencia que el centro de convalecencia 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 tarifa aérea, taxi de ida y vuelta al aeropuerto y traslado entre su hotel/motel, hospital o 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 ayudarlo 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.



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 ridewithhive.com o llame al **801-596-RIDE (801-596-7433)** para obtener más información o para inscribirse.

Autoridad de Tránsito de Utah (UTA): La Autoridad de Tránsito de Utah (Utah Transit Authority, UTA) ofrece tarifas de descuento para personas mayores de 65 años y paratransito para personas con discapacidades que no pueden usar el sistema normal de autobuses. Visite rideutah.com o llame al **888-RIDE-UTA (888-743-3882)** para obtener más información. Para Paratransito, llame al **801-BUS-RIDE (801-287-7433)**.

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.

Aplicación de UTA

- > **Aplicación de tránsito:** La Aplicación de Tránsito de UTA lo 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 ubicaciones en tiempo real de autobuses de UTA, Trax y FrontRunner. Descárguela en su smartphone para ver de manera rápida y sencilla las rutas, paradas y ubicaciones de vehículos de UTA.

Cantidad, duración y alcance de los beneficios

Beneficio	Tradicional	No 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	Limitado Llame a Servicios para miembros al 801-442-3234 o al número gratuito 855-442-3234 para obtener información sobre los beneficios
Ambulancia	No cubierto por SelectHealth > Cubierto por el programa de pago por servicio de Medicaid.	No cubierto por SelectHealth > 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)	Cubierto No requiere copago (consulte el cuadro de control de natalidad de la página 14)
Quiropráctico	No cubierto por SelectHealth > Puede estar cubierto por el pago por servicio de Medicaid para los miembros que reciben servicios de EPSDT y mujeres embarazadas. Llame a Medicaid al 800-662-9651	No cubierto
Beneficios dentales	No cubierto por SelectHealth > Puede estar cubierto por el plan de pago por servicio de Medicaid o Medicaid Dental. Llame a Medicaid al 1-800-662-9651	No cubierto por SelectHealth > Puede estar cubierto 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	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)	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	Cubierto Sin copago Limitado a un examen cada 12 meses
Anteojos	Cubierto Sin copago > Cubierto solo para mujeres embarazadas y aquellos elegibles para servicios de EPSDT.	No cubierto
Atención de pacientes terminales	Cubierto Sin copago (consulte la página 16 para obtener información adicional)	Cubierto Sin copago (consulte la página 16 para obtener información adicional)
Atención de paciente hospitalizado	Cubierto (Consulte el cuadro de copagos en la página 10)	Cubierto (Vea el cuadro de copagos en la página 10)
Servicios de laboratorio y radiografías	Cubierto Sin copago	Cubierto Sin copago
Suministros médicos	Cubierto Sin copago	Cubierto Sin copago
Hogar para ancianos	Cubierto por SelectHealth 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	No cubierto
Servicios de atención personal	Cubierto > Requiere autorización previa	Cubierto > Requiere autorización previa
Farmacia	Cubierto (Consulte el cuadro de copagos en la página 10)	Cubierto (Consulte 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)	Cubierto (Vea el cuadro de copagos en la página 10) (Vea la página 16 para obtener detalles)

Podiatría	Cubierto (Consulte el cuadro de copagos en la página 10) (Beneficio limitado para adultos)	Cubierto (Consulte el cuadro de copagos en la página 10) (Beneficio limitado para adultos)
Servicios preventivos	Limitado Llame a Servicios para miembros al 801-442-3234	Limitado Llame a Servicios para miembros al 801-442-3234
Atención de paciente ambulatorio	Cubierto (Consulte el cuadro de copagos en la página 10)	Cubierto (Consulte el cuadro de copagos en la página 10)
Medicamentos sin receta	Cubierto (Consulte el cuadro de copagos en la página 10) > Comuníquese con SelectHealth para obtener PDL sin receta	Cubierto (Consulte el cuadro de copagos en la página 10) > Comuníquese con SelectHealth para obtener PDL sin receta
Servicios de habla y audición	Cubierto (limitado) Sin copago > Los servicios de audiología y audición, incluidos los audífonos y las baterías, están cubiertos solo para mujeres embarazadas y aquellos elegibles para los servicios de EPSDT.	No cubierto
Servicios de transporte médico no emergente	No cubierto por SelectHealth > Cubierto por pago por servicio Llame a Medicaid al 800-662-9651	No cubierto > Llame a Medicaid al 800-662-9651

¿PUEDO OBTENER UN SERVICIO QUE NO ESTÁ 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. Puede encontrarlas en [medicaid.utah.gov/managed-care/](https://www.medicaid.utah.gov/managed-care/).

Notificación de prácticas de privacidad

¿CÓMO PROTEGEMOS SU PRIVACIDAD?

- > Nos esforzamos por proteger la privacidad de su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) 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 el derecho de 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. Pueden ayudarle con las inquietudes que pueda tener sobre la privacidad de su información médica. También pueden ayudarlo a llenar los formularios que necesita para hacer uso de sus derechos a la privacidad.

El aviso completo de prácticas de privacidad está disponible en [intermountainhealthcare.org/website-information/privacy-notices/patients/](https://www.intermountainhealthcare.org/website-information/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**.

SelectHealth respeta las leyes federales de derechos civiles. No le brindaremos un trato diferente por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, o estado 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 SelectHealth Advantage: **855-442-9900** (TTY: 711) / SelectHealth: **800-538-5038**.

