

Bienvenido a **Molina Healthcare.**

Está en familia.

Manual del Miembro **de Utah**
Molina Medicaid Integrated Care
2026-2027



Esta información está disponible de forma gratuita en formatos alternativos, que incluyen letra grande, audio, braille, formato electrónico y otros idiomas. Si es sordo, ciego, tiene dificultades para escuchar o hablar, o si habla otro idioma que no sea inglés, los servicios de intérprete están disponibles de forma gratuita. Llame al 1 (888) 483-0760 si tiene problemas de audición, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al TTY: 711 o 1 (801) 715-3470 o al número de teléfono gratuito 1 (800) 346-4128.

ATENCIÓN: Si necesita servicios y ayudas auxiliares, incluidos intérpretes, materiales en formatos alternativos (como letra grande, braille, audio o formatos electrónicos accesibles), o servicios de asistencia lingüística, están disponibles sin costo. Llame al 1 (888) 483-0760 (TTY: 711).

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	07
SERVICIOS DE IDIOMAS.....	07
¿Cómo puedo obtener ayuda si soy sordo, tengo problemas de audición, soy ciego o hablo otro idioma?.....	07
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	07
¿Cuáles son mis derechos?	07
¿Cuáles son mis responsabilidades?	08
CÓMO CONTACTAR A MI PLAN DE MEDICAID	09
¿A quién puedo llamar si necesito ayuda?.....	09
BENEFICIOS DE MEDICAID	09
¿Cómo uso mis beneficios de Medicaid?	09
¿Cómo es mi Tarjeta de Miembro de Utah Medicaid?.....	09
¿Puedo consultar mis beneficios de Medicaid en línea?	10
¿Qué es un Proveedor de atención primaria?	10
¿Cómo elijo un Proveedor de atención primaria?.....	10
¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria?.....	10
COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS.....	10
¿Qué son los copagos y los costos compartidos?	10
¿Quiénes no pagan copagos?.....	11
¿Qué servicios no tienen copago?	11
¿Cuándo pago copagos?	11
TABLA DE MONTOS DE COPAGO.....	11
¿Qué es el máximo de gastos de bolsillo?.....	12
¿Qué sucede cuando alcanzo mi máximo de gastos de bolsillo?	12

Copagos máximos de gastos de su bolsillo:.....	12
¿Qué debería hacer si recibo una factura médica?.....	12
Es posible que deba pagar una factura médica por lo siguiente:.....	12
ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN.....	13
¿Qué es la administración de la atención?.....	13
¿Cómo puedo obtener Administración de la atención?.....	13
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN URGENTE.....	13
¿Qué es una emergencia?.....	13
¿Cuál sería un ejemplo de emergencia?.....	13
¿Qué debería hacer si tengo una emergencia?.....	13
¿Qué hago si tengo preguntas acerca de un peligro de envenenamiento?.....	13
¿Qué debería hacer después de recibir atención de emergencia?.....	13
¿Qué es la atención urgente?.....	14
¿Cuándo debería acudir a una clínica de atención urgente?.....	14
ATENCIÓN POSTERIOR A LA ESTABILIZACIÓN.....	14
¿Qué es la atención posterior a la estabilización?.....	14
¿Cuándo está cubierta la atención posterior a la estabilización?.....	14
SERVICIOS DE FARMACIA.....	14
¿Dónde puedo encontrar los servicios de farmacia cubiertos?.....	14
¿Cómo puedo obtener un medicamento que necesita una Autorización previa?.....	14
¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos?.....	15
¿Qué servicios de planificación familiar no están cubiertos?.....	15
ESPECIALISTAS.....	16
¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista?.....	16
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL.....	16
¿Qué servicios de salud conductual están cubiertos?.....	16
¿Hay otros servicios de salud conductual cubiertos?.....	16
SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS AMERICANOS (IHS).....	16
¿Qué son los Servicios de Salud para Indígenas Americanos?.....	16
TELESALUD O TELEMEDICINA.....	17
¿Puedo utilizar la telesalud o la telemedicina?.....	17
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	17
¿Qué es una autorización previa?.....	17
¿Qué significa estar en el Programa de restricción?.....	18
PLAN MÉDICO ADICIONAL.....	18
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?.....	18

DIRECTIVAS ANTICIPADAS	18
¿Qué es una directiva anticipada?	18
APELACIONES Y RECLAMACIONES	19
¿Qué es una determinación adversa de beneficios?	19
¿Qué es una apelación?	19
¿Cómo presento una solicitud de apelación?	19
¿Cuánto tiempo tarda una apelación?	20
¿Puedo recibir la decisión de una apelación más rápidamente?	20
¿Cómo solicito una apelación acelerada?	20
¿Qué sucede con mis beneficios durante una apelación?	20
¿Qué es una audiencia imparcial estatal?	20
¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?	21
¿Qué es una reclamación?	21
¿Cómo presento una reclamación?	21
FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO	21
¿Qué es el fraude, despilfarro y abuso de atención médica?	21
¿Cómo puedo informar un fraude, despilfarro o abuso?	22
SERVICIOS DE TRANSPORTE	22
¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia?	22
¿Cómo me dirijo al médico cuando no se trata de una emergencia y no puedo conducir?	22
¿Qué tipo de transporte está cubierto por mi Medicaid?	22
¿Puedo recibir ayuda si debo viajar largas distancias?	23
CANTIDAD, DURACIÓN Y ALCANCE DE LOS BENEFICIOS	24
¿Puedo recibir un servicio que no se encuentre en esta lista?	26
¿Qué sucede si cambio de plan médico?	26
AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD	26
¿Cómo protegemos su privacidad?	26
¿Cómo puedo obtener más información acerca de las normas de privacidad?	26

Molina Healthcare of Utah
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

MolinaHealthcare.com

Member Services Telephone Number: (888) 483-0760

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

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

- Asistencia y servicios a personas con discapacidades.
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
 - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille).
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés.
 - Intérpretes capacitados.
 - Material escrito traducido a su idioma.
 - Material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al 1 (888) 483-0760, TTY: 1 (800) 346-4128.

Si cree que Molina no le proporcionó estos servicios o recibió un trato diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para redactar su queja, le proporcionaremos ayuda. Llame a nuestro(a) Coordinador(a) de Derechos Civiles al 1 (866) 606-3889, o TTY: 711. Envíe su queja por correo postal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com. O, envíe su queja por fax al 1 (801) 858-0409.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarla por correo postal a:

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

También puede enviarla a un sitio web a través del portal de la Oficina de Derechos Civiles Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY al 1 800-537-7697.

Molina Healthcare of Utah (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todo miembro, sin discriminar basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Molina no excluye personas ni las trata de manera diferente debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Esto incluye identidad de género, embarazo y estereotipo de sexo.

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

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

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760, TTY: 1 (800) 346-4128.

Si cree que Molina no ha cumplido en proporcionar estos servicios o le ha tratado de forma diferente basándose en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género, usted puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir su queja, le podemos ayudar. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1 (866) 606-3889 o TTY al 711. Envíe su queja por correo al:

Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su queja por correo electrónico al civil.rights@molinahealthcare.com. O envíe su queja por fax al 1 (801) 858-0409.

También puede entablar una queja sobre derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

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

También puede enviarlo mediante el portal de la página web de la Oficina para Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY al 1-800-537-7697.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Chino	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-483-0760 (TTY: 711)
Vietnamita	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Coreano	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-483-0760 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Navajo	Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee aká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-888-483-0760 (TTY/TDD: 711)
Nepalí	बिह: 711) ।
Tongano	FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Serbocroata	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam be splatno. Nazovite 1-888-483-0760 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
Tagalo	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Alemán	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Ruso	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-483-0760 (телетайп: 711).
Árabe	لصتا. ناجمل اب كل رفاوتت ةيوغلل اةدعاسمل تامدخ نإف، ةغلل ركذا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم مكبل او مصلا فتاه مقر) 1-888-483-0760 (711).
Mon-Khmer, Camboiano	ប្រយ័ត្ន: បរិស័ទជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សំរាប់ជំនួយឥតគិតថ្លៃភាសា ដោយមិនគិត ឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បរិស័ទ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-483-0760 (TTY: 711)។
Francés	ATENCIÓN: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-483-0760 (TTY: 711).
Japonés	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます1-888-483-0760 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください

INTRODUCCIÓN

Le damos la bienvenida a Molina Medicaid Integrated Care. Somos un plan de atención integrada. Esto significa que cubrimos servicios de salud física, de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) si los necesita.

El Manual del Miembro de Molina Medicaid Integrated Care y la lista de proveedores están disponibles en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

En este manual, se explican los servicios de Medicaid que cubrimos. Puede obtener este manual y otra información escrita en español. También puede recibir este manual en formato electrónico en inglés o en español. Para obtener ayuda, llámenos al 1 (888) 483-0760.

SERVICIOS DE IDIOMAS

¿Cómo puedo obtener ayuda si soy sordo, tengo problemas de audición, soy ciego o hablo otro idioma?

Si es sordo, ciego o tiene alguna dificultad para escuchar o hablar, o si habla un idioma distinto al inglés llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760. Encontraremos a alguien que hable su idioma, sin cargo.

Si tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711 o TTY: 1 (800) 346-4128. El Servicio de Retransmisión de Utah es un servicio público de comunicación telefónica o TTY/TTD. Si necesita servicios de retransmisión en español, llame al 1 (888) 346-3162, opción 1, para comunicarse con el Servicio de Retransmisión en español.

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

Además, puede llamar al equipo de Servicios para Miembros para solicitar nuestros documentos en cualquier idioma que necesite.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿Cuáles son mis derechos?

Tiene derecho a lo siguiente:

- Contar con información que pueda entender, incluida la ayuda con el idioma, las necesidades visuales y de la audición.
- Que le traten de manera justa y con respeto.
- Que su información médica se mantenga privada.
- Recibir información sobre todas las opciones alternativas de tratamiento.
- Tomar decisiones sobre su atención médica, lo que incluye aceptar el tratamiento.
- Participar de las decisiones sobre su atención médica, lo que incluye rechazar el servicio.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica.
- Pedir la corrección de su historia clínica si es necesario.
- Recibir atención médica independientemente de la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la religión, la edad o la discapacidad.
- Obtener información sobre reclamaciones, apelaciones y solicitudes de audiencia.
- Solicitar más información sobre la estructura de nuestro plan y las operaciones.
- Recibir atención de emergencia y de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Utilizar cualquier hospital u otro centro médico para recibir servicios de emergencia.
- No sentirse controlado(a) ni obligado(a) a tomar decisiones médicas.
- Saber cómo pagamos a los proveedores, incluido su derecho a solicitar información sobre los planes de incentivos para médicos.



- Crear una directiva anticipada que les indique a los médicos qué tipo de tratamiento desea y cuál no, en caso de que esté tan enfermo(a) que no pueda tomar decisiones.
- Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia. Esto significa que no pueden retenerlo(a) contra su voluntad. No pueden obligarlo(a) a hacer algo que no desea.
- Ejercer sus derechos en cualquier momento y a no ser maltratado si lo hace. Esto incluye el tratamiento de nuestro plan de salud, sus proveedores médicos o la agencia estatal de Medicaid.
- Recibir servicios de atención médica que sean el tipo correcto de servicios según sus necesidades.
- Obtener servicios cubiertos que sean fáciles de conseguir y estén disponibles para todos los miembros. “Todos los miembros” incluye a aquellos que no hablen inglés muy bien o que tengan discapacidades físicas o mentales.
- Obtener una segunda opinión sin cargo.
- Obtener los mismos servicios ofrecidos bajo el programa de Medicaid de pago por cada servicio.
- Obtener servicios cubiertos fuera de la red si no podemos proporcionarlos.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Sus responsabilidades son las siguientes:

- Seguir las reglas de este plan de cuidado integrado.
- Leer este Manual del Miembro.
- Mostrar su tarjeta de miembro de Medicaid cada vez que reciba servicios.
- Cancelar la cita con el médico si lo necesita, con 24 horas de anticipación.
- Respetar al personal y la propiedad en el consultorio de su proveedor.
- Proporcionar la información correcta a su médico y a su plan
- Utilizar proveedores (médicos, hospitales, etc.) en la red de Molina.
- Pagar sus copagos.
- Llamar al Departamento de Servicios Laborales (DWS) si cambia su dirección, estado familiar u otra cobertura de atención médica.



CÓMO CONTACTAR A MI PLAN DE MEDICAID

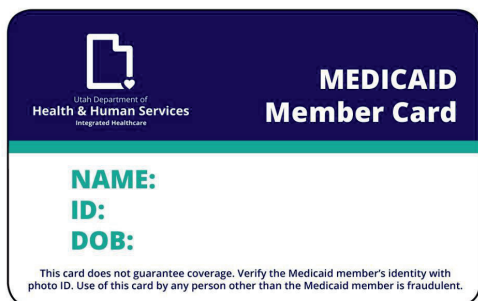
¿A quién puedo llamar si necesito ayuda?

Nuestro equipo de Servicios para Miembros está aquí para ayudarle. Estamos aquí para ayudar a responder sus preguntas. Puede llamarnos al 1 (888) 483-0760, de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m.

Podemos proporcionarle ayuda con lo siguiente:

- Encontrar un proveedor.
- Cambiar de proveedor.
- Consultas sobre facturas.
- Comprender sus beneficios.
- Encontrar un especialista.
- Con una queja (también llamada reclamación) o una apelación
- Otras preguntas.

También puede encontrarnos en Internet en MolinaHealthcare.com.



BENEFICIOS DE MEDICAID

¿Cómo uso mis beneficios de Medicaid?

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

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

Encontrará una lista de servicios cubiertos en la página 24.

¿Cómo es mi Tarjeta de Miembro de Utah Medicaid?

La Tarjeta de Miembro de Utah Medicaid entra en la billetera y llevará el nombre, el número de identificación de Medicaid y la fecha de nacimiento del miembro. Su tarjeta de miembro de Medicaid de Utah se verá así:

Medicaid Members:

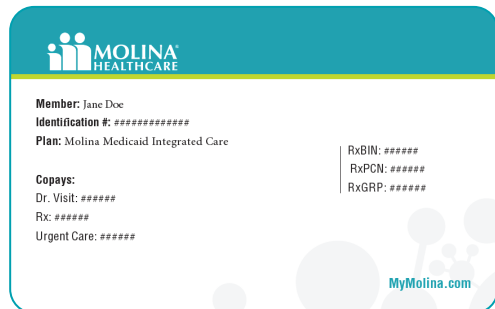
- Show this card with photo ID before you get medical care
- For information about your Medicaid benefits or claims, call toll-free 1-844-238-3091
- To verify your Medicaid eligibility, visit mybenefits.utah.gov
- For changes affecting your eligibility, visit jobs.utah.gov/mycase or call 1-866-435-7414
- If you have other insurance, report changes to ORS at 801-536-8798

Medicaid Providers:

- Most members are enrolled in a health plan
- To verify eligibility, health plan enrollment, coverage dates, and covered benefits, call *AccessNow* at 1-800-662-9651 or visit medicaid.utah.gov/eligibility

NO pierda ni dañe su tarjeta, y no se la preste a otra persona. Si pierde o daña su tarjeta de identificación de Utah Medicaid, llame al Departamento de Servicios Laborales (DWS) al 1 (866) 435-7414 para obtener una tarjeta nueva.

Molina también le enviará una tarjeta de identificación de Molina Medicaid Integrated Care que se verá como se indica a continuación:



Si necesita una copia de su tarjeta de identificación de Molina, puede llamar a Servicios para Miembros u obtener una copia en el portal para miembros MyMolina.com.

¿Puedo consultar mis beneficios de Medicaid en línea?

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

Los miembros titulares pueden consultar la información de cobertura y del plan para todas las personas bajo su cuidado. Los adultos e hijos mayores de 18 años pueden consultar su propia información de cobertura y del plan. También se les puede brindar acceso a esta información a los representantes médicos.

Para obtener más información sobre el acceso o la consulta de la información sobre los beneficios, visite mybenefits.utah.gov o llame al 1 (844) 238-3091.

También puede consultar los beneficios de su plan en línea en MolinaHealthcare.com.

CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR

¿Qué es un Proveedor de atención primaria?

Un Proveedor de atención primaria (PCP) es un médico al que consulta por la mayoría de sus

necesidades de atención y que le proporciona atención médica cotidiana. Su PCP le conoce y conoce sus antecedentes médicos. Con un PCP, sus necesidades médicas se podrán administrar desde un solo lugar. Tener un PCP es una buena idea, ya que este trabaja con nosotros para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

¿Cómo elijo un Proveedor de atención primaria?

Deberá elegir un PCP del directorio de proveedores disponible en línea en MolinaHealthcare.com o puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Una vez que haya elegido un PCP, deberá comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para informarles su elección. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para elegir un PCP. Si tiene una necesidad especial de atención médica, uno de los administradores de cuidados lo ayudará a elegir un PCP. Para hablar con un administrador de casos acerca de la elección del PCP, llame al 1 (888) 483-0760.

¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760 si desea cambiar de PCP.

Debería poder ver a un proveedor de atención primaria en las siguientes ocasiones:

- Dentro de 30 días para atención preventiva.
- Dentro de 14 días para atención que no es de urgencia.
- Dentro de dos días para atención de casos urgentes, pero que no ponen en riesgo la vida (p. ej., atención proporcionada en el consultorio del médico).

COPAGOS Y COSTOS COMPARTIDOS

¿Qué son los copagos y los costos compartidos?

Es posible que deba pagar una tarifa por algunos servicios. Esta tarifa se llama copago o costo compartido.



¿Quiénes no pagan copagos?

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

- Nativos de Alaska.
- Indígenas de los EE. UU.
- Miembros que reciben cuidados paliativos.
- Miembros que califican para los beneficios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportuno y Periódico (EPSDT).
- Mujeres embarazadas.

¿Qué servicios no tienen copago?

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

- Servicios de laboratorios y radiología.
- Servicios de planificación familiar
- Vacunas (inyecciones).

- Servicios médicos preventivos.
- Servicios para dejar de fumar/vapear (dejar el tabaco).
- Servicios de salud conductual ambulatorios (trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias).

¿Cuándo pago copagos?

Es posible que deba pagar un copago para lo siguiente:

- Consultas con el doctor.
- Visitas al hospital para recibir atención ambulatoria.
- Hospitalizaciones planificadas.
- Uso de la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
- Obtención de medicamentos recetados.

TABLA DE MONTOS DE COPAGO

En la siguiente tabla, se muestran sus montos de copago.

Servicio	Copago
Sala de emergencias (ER)	\$8 de copago por el uso de la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
Hospital para pacientes internados	\$75 de copago por internación en hospital
Farmacia	\$4 de copago por receta médica, hasta \$20 por mes
Visitas al médico, podólogo y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$4 por visita, no más de \$100 por año o hasta el 5% de los ingresos, lo que sea menor
Servicios para la vista	Copago de \$4 por consulta con un optometrista Copago de \$4 por consulta con un oftalmólogo

¿Qué es el máximo de gastos de bolsillo?

Medicaid tiene un límite en el monto que usted debe pagar en copagos. Esto se llama máximo de gastos de su bolsillo y se aplica a determinados tipos de servicios por periodos específicos de tiempo.

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

Asegúrese de guardar los recibos cada vez que pague un copago. Una vez que alcance su máximo de gastos de bolsillo, comuníquese con Medicaid al 1 (866) 608-9422 para recibir ayuda en el proceso.

Copagos máximos de gastos de su bolsillo:

Farmacia: \$20 de copago por mes
Médico, podólogo y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: copago de \$100 por año o hasta el 5% de los ingresos, lo que sea menor*

* El año de copago inicia en enero y se extiende hasta diciembre.

Tenga en cuenta lo siguiente: Es posible que no deba pagar un copago si tiene otro seguro, 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 se encuentra en línea en el portal de Utah Medicaid en [medicaid.utah.gov](https://www.medicaid.utah.gov)

¿Qué debería hacer si recibo una factura médica?

Si recibe una factura médica por servicios que cree que deberían estar cubiertos por Medicaid, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicaid Integrated Care para pedir asistencia. No pague la factura hasta hablar con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicaid Integrated Care. Es posible que no reciba un reembolso si paga la factura por su cuenta.

Es posible que deba pagar una factura médica por lo siguiente:

- Acepta (por escrito) recibir cuidados o servicios específicos que no están cubiertos por Medicaid antes de recibirlos.
- Solicita y recibe servicios que no están cubiertos durante una apelación o Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid. Solo paga por los servicios si la decisión no es favorable para usted.
- No muestra su Tarjeta de Miembro de Medicaid antes de recibir los servicios.
- No es elegible para Medicaid.



- Recibe atención de un médico que no forma parte de su plan de Medicaid, o no está afiliado a Utah Medicaid (excepto para servicios de emergencia).

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

¿Qué es la administración de la atención?

La administración de la atención (o administración de casos) es un beneficio que se ofrece a los miembros con necesidades médicas complejas. Esto puede implicar ayuda para encontrar especialistas, programar citas y realizar un seguimiento después de los servicios médicos.

¿Cómo puedo obtener Administración de la atención?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 483-0760 para obtener detalles sobre estos servicios. Algunos servicios de Administración de la atención son proporcionados directamente por Medicaid del Estado, incluida la Administración de casos dirigidos. Llame a Medicaid al 1 (866) 608-9422.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN URGENTE

¿Qué es una emergencia?

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

¿Cuál sería un ejemplo de emergencia?

Entre los casos de emergencias se puede incluir lo siguiente:

- Envenenamiento.
- Sobredosis.
- Quemaduras graves.
- Dolor en el pecho.
- Embarazo con sangrado o dolor.
- Sangrado abundante.
- Pérdida del conocimiento.
- No poder moverse ni hablar repentinamente.
- Fracturas.
- Problemas para respirar.

- Otros síntomas en los que siente que su vida corre peligro

¿Qué debería hacer si tengo una emergencia?

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

Recuerde:

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

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

En caso de preguntas o emergencias por envenenamiento o sobredosis de medicamentos o drogas, llame al Centro de Toxicología al 1 (800) 222-1222.

¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?

No hay copago por el uso de la sala de emergencias durante una verdadera emergencia. Un hospital que no se encuentre dentro de su plan podría pedirle que pague al momento de recibir el servicio. Si esto sucede, presente su reclamo por servicios de emergencia ante Molina Medicaid Integrated Care. Molina Medicaid Integrated Care pagará el reclamo. No necesita autorización previa. Si acude a una sala de emergencias en un caso que no es de emergencia, se le cobrará un copago.

¿Qué debería hacer después de recibir atención de emergencia?

Llámenos tan pronto como sea posible después de recibir atención de emergencia. Notifique a su PCP para que esté al tanto de su consulta de emergencia.

¿Qué es la atención urgente?

Los problemas urgentes normalmente deben ser tratados dentro de las 24 horas. Si no está seguro(a) de si un problema es urgente, llame a su médico o a una clínica de cuidado urgente.

También puede llamar a nuestra Línea de Consejos de Enfermería:

Inglés: (888) 275-8750

Español: (866) 648-3537

Personas sordas y con discapacidad auditiva: 711

Para buscar una clínica de atención urgente, llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760 o consulte nuestro sitio web o directorio de proveedores.

Debería poder acudir a una clínica de atención de urgencia en un plazo de 24 horas.

¿Cuándo debería acudir a una clínica de atención urgente?

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

- Catarro común, síntomas de gripe o dolor de garganta.
- Dolor de oído o dolor de muelas.
- Distensión en la espalda.
- Migrañas.
- Solicitudes o renovaciones de medicamentos con receta.
- Dolor de estómago.
- Corte o raspón.

ATENCIÓN POSTERIOR A LA ESTABILIZACIÓN

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

La atención posterior a la estabilización ocurre cuando lo(a) internan en el hospital desde la sala de emergencias. Este tipo de atención tiene cobertura. Incluye todas las pruebas y los tratamientos que reciba hasta su estabilización.

¿Cuándo está cubierta la atención posterior a la estabilización?

Molina Medicaid Integrated Care cubre este tipo de atención en todos los hospitales. Una

vez estabilizada su afección, es posible que se solicite el traslado a un hospital de su plan.

SERVICIOS DE FARMACIA

¿Dónde puedo encontrar los servicios de farmacia cubiertos?

Molina tiene una lista de medicamentos que están cubiertos. La lista se llama Lista de medicamentos preferidos (PDL). Puede encontrar la PDL en MolinaHealthcare.com/providers/ut/medicaid/drug/formulary.aspx.

También puede comunicarse con Molina para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Algunos medicamentos están cubiertos por Molina y algunos están cubiertos directamente por Medicaid del Estado.

¿Cómo puedo obtener un medicamento que necesita una Autorización previa?

Hable con su médico o llame a Molina para obtener detalles sobre cómo hacer una Autorización previa.

La Lista de medicamentos preferidos (PDL) de Molina es una lista de medicamentos cubiertos por Utah Medicaid. Puede ver esta lista en la página web de Miembros. Vaya a la sección "What's Covered" (Lo que se cubre) y haga clic en Prescription Drugs (Medicamentos recetados). También puede comunicarse con Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760 y solicitar que se le envíe una copia impresa por correo postal.

En la PDL muestra si se prefiere un medicamento, si se cubre un nombre genérico o de marca y si hay límites. La mayoría de los medicamentos están cubiertos por un suministro de un mes. Algunos medicamentos se pueden surtir hasta por tres meses, como se muestra en la PDL. La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar, pero le informaremos si un cambio afecta un medicamento que está tomando.

Si su médico le receta un medicamento que no está en la lista, o que necesita aprobación para su afección, su médico debe obtener la Autorización previa de Molina. Sin esta

aprobación, la farmacia no puede surtir su receta. Revisaremos la solicitud de su médico para determinar si el medicamento es médicamente necesario.

Puede surtir su receta médica en cualquier farmacia de nuestra red. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación del plan cuando vaya a la farmacia. Para encontrar una farmacia en nuestra red, visite nuestro sitio web y haga clic en “Find a Doctor or Pharmacy” (Buscar un doctor o una farmacia).

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos?

Los servicios de planificación familiar incluyen los siguientes:

- Información sobre anticonceptivos.
- Asesoramiento para ayudarle a planificar la llegada de un bebé.
- Acceso a anticonceptivos (consulte la tabla a continuación).

No debe pagar un copago por tratamientos anticonceptivos y de planificación familiar. Puede consultar a cualquier proveedor que acepte Medicaid para obtener servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos. Esto significa que puede obtener estos servicios de proveedores dentro o fuera de la red. Puede consultar al proveedor sin una remisión.

Puede recibir los siguientes tipos de anticonceptivos con una receta médica de cualquier proveedor que acepte Medicaid o Molina Medicaid Integrated Care:

Tipo de anticonceptivo	
Preservativos	Sí *OTC
Implantes anticonceptivos	Sí

Tipo de anticonceptivo	
Cremas	Sí *OTC
Depo-Provera	Sí
Diafragma	Sí *OTC
Espumas	Sí *OTC
DIU	Sí
Píldora del día después	Sí
Parches	Sí
Píldoras	Sí
Anillos	Sí
Esterilización. (ligadura de trompas o vasectomía)	Sí ** Se requiere formulario de consentimiento
Esterilización no quirúrgica	Sí ** Se requiere formulario de consentimiento

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

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

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

¿Qué servicios de planificación familiar no están cubiertos?

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

- Medicamentos para la infertilidad.
- Fertilización in vitro
- Asesoramiento genético.

Para obtener más información acerca de los servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760.

ESPECIALISTAS

¿Qué sucede si necesito consultar con un especialista?

Si necesita un servicio que no proporciona su PCP, puede acudir a un especialista dentro de la red. Entre los especialistas se incluyen los proveedores de salud conductual.

Debería poder ver a un especialista en las siguientes ocasiones:

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

Si tiene problemas para acudir a un especialista cuando lo necesita, llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760 para recibir ayuda.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

¿Qué servicios de salud conductual están cubiertos?

Los servicios de salud conductual son servicios para trastornos de salud mental o por abuso de sustancias. La atención hospitalaria relacionada con problemas de salud mental y servicios médicos para pacientes internados por desintoxicación en casos de trastornos por consumo de sustancias (SUD) también están cubiertos.

Los servicios ambulatorios de salud conductual incluyen lo que se indica a continuación:

- Evaluaciones.
- Pruebas psicológicas.
- Terapia individual, familiar y grupal.
- Servicios de terapia conductual individual y grupal.
- Administración de medicamentos.
- Capacitación y desarrollo de las habilidades individuales.
- Servicios de rehabilitación psicosocial (tratamiento diurno).

- Servicios de apoyo de pares.
- Servicios de administración de casos específicos.
- Equipo móvil de atención en crisis (MCOT).
- Centro de Recepción de Salud Conductual.

Los servicios son proporcionados por profesionales de SUD y salud mental autorizados, lo que incluye médicos, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales clínicos autorizados, asesores clínicos de salud mental, asesores de SUD, administradores de casos específicos y otros.

Si desea obtener más información acerca de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760.

¿Hay otros servicios de salud conductual cubiertos?

Sí, a continuación se presentan otros servicios de salud conductual que están cubiertos:

- Terapia electroconvulsiva (ECT).
- Servicios de cuidado de respiro.
- Servicios psicoeducativos.
- Servicios personales.
- Ayuda para la vida diaria.

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

SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS AMERICANOS (IHS)

¿Qué son los Servicios de Salud para Indígenas Americanos?

Servicios de Salud para Indígenas Americanos es una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos, responsable de proveer servicios federales de salud a los indígenas de los EE. UU. y los nativos de Alaska.

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

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

TELESALUD O TELEMEDICINA

¿Puedo utilizar la telesalud o la telemedicina?

La telemedicina consiste en utilizar la tecnología para ofrecer atención médica a distancia, normalmente por teléfono, Internet o video. Algunos servicios se pueden brindar a través de la telesalud o la telemedicina. Comuníquese con su proveedor para saber si ofrece servicios de telesalud o telemedicina.

Si desea obtener más información sobre los servicios que se pueden proporcionar a través de la telesalud o la telemedicina, llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760.

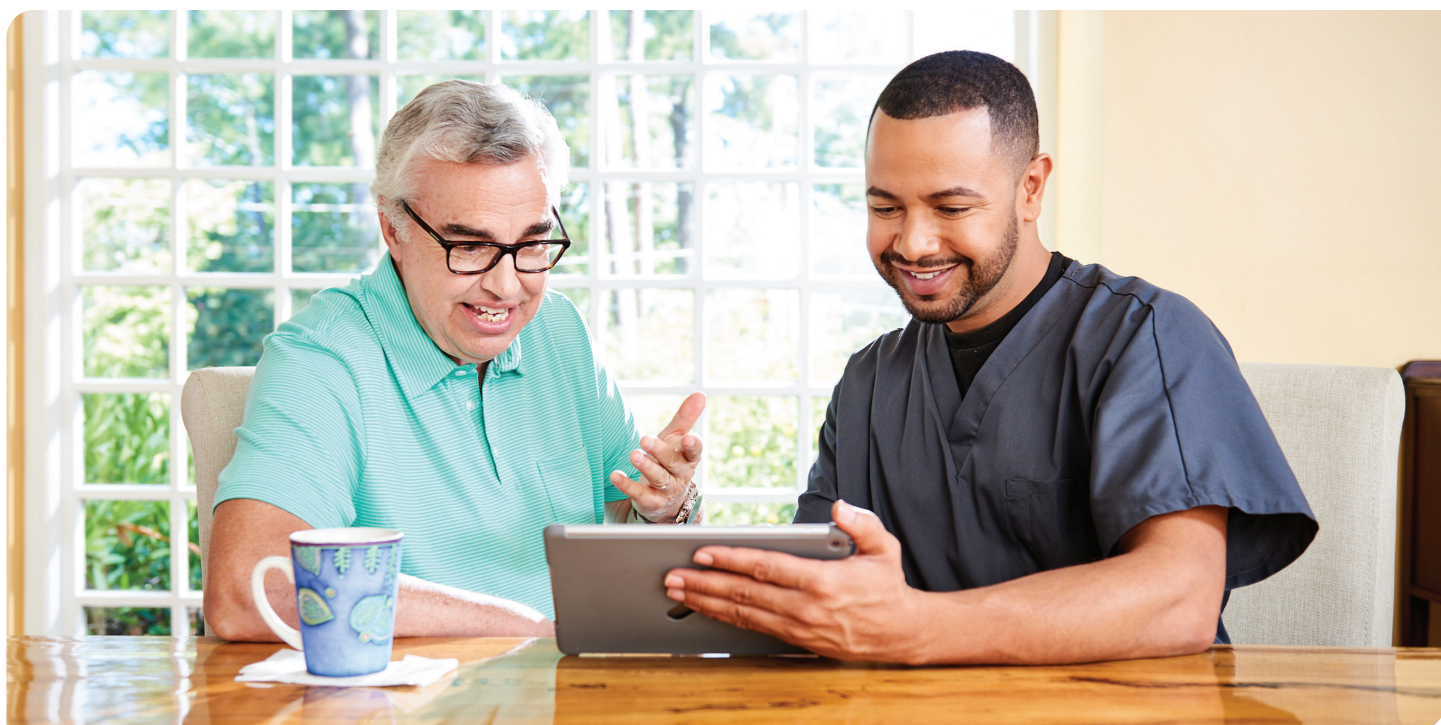
AUTORIZACIÓN PREVIA

¿Qué es una autorización previa?

Molina Medicaid Integrated Care debe aprobar algunos servicios antes de que usted los reciba. Esto se denomina 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 Molina Medicaid Integrated Care. Si no se otorga la aprobación para el pago de un servicio, puede solicitar un formulario de apelación de Molina Medicaid Integrated Care. Llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760 si tiene alguna pregunta.

La mayoría de los servicios cubiertos están disponibles sin autorización previa. No necesita una remisión para ver a un especialista de Molina Medicaid Integrated Care. Sin embargo, puede acudir a un especialista antes si su médico le envía una autorización. Usted o su médico deben informar a Molina Medicaid Integrated Care antes de recibir ciertos tipos de atención. De lo contrario, se pueden reducir o incluso denegar sus beneficios. Se necesita



autorización previa para los siguientes servicios:

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

Su médico debe llamar y solicitar las autorizaciones correspondientes antes de que usted pueda recibir los servicios. Es su responsabilidad preguntarle al médico si obtuvo la autorización de Molina Medicaid Integrated Care.

Por lo general, decidimos si aprobar un servicio o no dentro de los 7 días naturales después de recibir la solicitud. En ocasiones, es posible que usted o su doctor consideren que es importante tomar una decisión sobre la aprobación de un servicio rápidamente. De ser así, haremos lo posible para tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas. Notificaremos a su médico acerca de nuestra decisión. Si la solicitud para el servicio no es aprobada por Molina, le enviaremos una carta. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos para los que se requiere autorización previa y los que no la necesitan, puede visitar MolinaHealthcare.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

PROGRAMA DE RESTRICCIÓN

¿Qué significa estar en el Programa de restricción?

Los miembros de Medicaid que necesitan ayuda para utilizar servicios de atención médica de forma adecuada pueden afiliarse al Programa de restricción. Los miembros que participan en el Programa de restricción están limitados a un médico y una farmacia principales. Todos los servicios médicos y las recetas deben ser aprobados o coordinados por el médico principal del miembro. Todas las recetas deben

surtirse en la farmacia principal del miembro. El uso continuo de servicios de atención médica se revisa con frecuencia.

Ejemplos de usos indebidos de servicios:

- Acudir a la sala de emergencias para la atención médica rutinaria.
- Visitar a demasiados médicos.
- Surtir demasiadas recetas de medicamentos para el dolor.
- Obtener medicamentos de venta controlada o de los que se pueda abusar potencialmente de más de una persona que receta.

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

PLAN MÉDICO ADICIONAL

¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?

Algunos miembros tienen otro seguro médico, incluido Medicare, además de Medicaid. Su plan médico adicional o Medicare es su seguro principal.

Si tiene un plan médico adicional, su seguro principal pagará primero. Lleve todas sus tarjetas de seguros médicos a las consultas con los proveedores.

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

Avisé a su médico y a nosotros si tiene otro seguro médico. También debe dar aviso a la Oficina de Servicios de Recuperación (ORS) acerca de cualquier otro seguro médico que tenga. Llame a la ORS al 1 (801) 536-8798. Esto ayudará a Medicaid y a sus proveedores a saber quién debería pagar sus facturas. Esta información no cambiará los servicios que reciba.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es un documento legal que le permite hacer elecciones acerca de su atención médica con antelación. Es posible

que llegue un momento en el que se encuentre demasiado enfermo(a) como para tomar decisiones por usted mismo(a). Una directiva anticipada hará que se conozcan sus deseos si usted no puede hacerlo.

Existen cuatro tipos de directivas anticipadas:

- Testamento vital (atención en el final de la vida).
- Poder legal para asuntos médicos.
- Poder notarial para la atención de la salud mental.
- Directiva de atención médica prehospitalaria (orden de no resucitar).

Testamento vital: Un testamento vital es un documento en el que se indica a los médicos qué tipos de servicios desea o no recibir si se enferma demasiado y queda al borde la muerte, y no puede tomar sus propias decisiones.

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

Poder notarial para la atención de la salud mental:

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

Directiva de atención médica prehospitalaria:

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

Para obtener más información sobre cómo crear una directiva anticipada, visite:

MolinaHealthcare.com o llame al
1 (888) 483-0760

APELACIONES Y RECLAMACIONES

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

Una determinación adversa de beneficios es cuando ocurre lo siguiente:

- Se deniega el pago o se paga menos por los servicios que se brindaron.
- Se deniega un servicio o se aprueba menos de lo que usted o su proveedor solicitaron.
- Se disminuye la cantidad de servicios que habíamos aprobado o se finaliza el servicio aprobado.
- Se deniega el pago por un servicio cubierto.
- Se deniega el pago de un servicio por el que usted podría ser responsable de asumir.
- No se toma una decisión sobre una apelación o reclamación cuando deberíamos haberlo hecho.
- No se proporciona una cita con el médico o un servicio en un plazo de 30 días para una visita rutinaria o de 2 días para una consulta de atención urgente.
- Denegamos su solicitud para disputar una responsabilidad financiera.

Tiene derecho a recibir un Aviso de determinación adversa de beneficios si ocurre alguno de los sucesos antes mencionados. Si no recibió este aviso, comuníquese con Servicios para Miembros y se lo enviaremos.

¿Qué es una apelación?

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

¿Cómo presento una solicitud de apelación?

- Usted, su proveedor o cualquier representante autorizado pueden solicitar una apelación.
- Podrá encontrar un formulario de apelación en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.
- Se aceptarán las solicitudes de apelación presentadas de las siguientes maneras:

- Por correo postal:
Molina Healthcare of Utah
Attention: Member Appeals and Grievances
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422
 - Por fax:
(877) 682-2218 o
 - Por teléfono:
1 (888) 483-0760
- Presente la solicitud de apelación dentro de los 60 días posteriores al aviso de determinación adversa de beneficios.
 - Si necesita ayuda para presentar una solicitud de apelación, llámenos al 1 (888) 483-0760.
 - Si es sordo o tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711 o al 1 (800) 346-4128.

¿Cuánto tiempo tarda una apelación?

Le daremos una decisión de apelación por escrito en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación por escrito.

En ocasiones, es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Podemos demorar otros 14 días calendario para tomar una decisión. Si llegamos a necesitar más tiempo, le avisaremos a través de una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de dos días.

¿Puedo recibir la decisión de una apelación más rápidamente?

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

En ocasiones, es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión de apelación acelerada. Podemos demorar hasta 14 días calendario más para tomar una decisión. Si

llegamos a necesitar más tiempo, le avisaremos mediante una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de dos días.

Si denegamos su solicitud para una apelación rápida, también le avisaremos mediante una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de dos días.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Puede solicitar una apelación acelerada por teléfono o por escrito. Llámenos al 1 (888) 483-0760 o escribanos a:

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

¿Qué sucede con mis beneficios durante una apelación?

Sus beneficios no se suspenderán porque solicitó una apelación. Si su solicitud de apelación se debe a que redujimos o suspendimos un servicio que estaba recibiendo, indíquenos si desea seguir recibéndolo. Es posible que deba pagar por el servicio si la decisión de apelación no es favorable para usted. Puede solicitar la continuación del servicio, si solicita la continuación dentro de los 10 días calendario posteriores al aviso de la determinación adversa de beneficios o antes de la fecha de vigencia de la acción (lo que ocurra más tarde).

¿Qué es una audiencia imparcial estatal?

Una audiencia imparcial estatal es una audiencia con la agencia estatal de Medicaid sobre su apelación. Usted, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar una audiencia imparcial estatal. Cuando le informemos nuestra decisión acerca de su solicitud de apelación, le diremos cómo pedir una audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con nuestra decisión. También le proporcionaremos el formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal que puede enviar a Medicaid.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?

Si usted o su proveedor no están conformes con nuestra decisión sobre la apelación, puede presentarle a Medicaid el formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal. El formulario debe enviarse a Medicaid dentro de los 120 días calendario posteriores a nuestra decisión de apelación. Sus beneficios continuarán durante una Audiencia Imparcial Estatal solo si solicita una Audiencia Imparcial Estatal y la continuación de los beneficios dentro de los 10 días posteriores a nuestra decisión de apelación y la continuación de los servicios ya estaba vigente desde la etapa de apelación del plan.

¿Qué es una reclamación?

Una reclamación es una queja acerca de un asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Tiene derecho a presentar una reclamación. Esto le brinda una oportunidad de informarnos acerca de sus inquietudes.

Puede presentar una reclamación sobre problemas relacionados con su atención, como los que indican a continuación:

- Cuando no esté de acuerdo con la cantidad de tiempo que el plan necesita para tomar una decisión de autorización.
- Si la atención o el tratamiento son apropiados.
- Acceso a la atención médica.
- Calidad de la atención.
- Actitud del personal.
- Trato descortés.
- Cualquier otro tipo de problema que pueda haber tenido con nosotros, su proveedor de atención médica o sus servicios.

¿Cómo presento una reclamación?

Puede presentar una reclamación en cualquier momento. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, llámenos al 1 (888) 483-0760. Si es sordo o tiene alguna discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de Utah al 711 o al 1 (800) 346-4128, y ellos podrán ayudarle a presentar su reclamación.

Usted, su proveedor o cualquier representante autorizado pueden presentar una reclamación por teléfono o por escrito. Para hacerlo por teléfono, llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760. Para presentar una reclamación por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección:

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

Le comunicaremos nuestra decisión acerca de su reclamación dentro de los 90 días calendario a partir del día en que la recibamos. En ocasiones, es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Podemos demorar hasta 14 días calendario más para tomar una decisión. Si llegamos a necesitar más tiempo para tomar una decisión, le avisaremos a través de una llamada telefónica lo antes posible, o por escrito dentro de dos días.

FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO

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

Hacer algo indebido en relación con Medicaid podría considerarse un fraude, despilfarro o abuso. Queremos asegurarnos de que sus dólares de atención médica se usen de inmediato. El fraude, despilfarro y abuso pueden hacer que la atención médica sea más costosa para todos. Infórmenos si cree que un proveedor de atención médica o una persona que recibe cobertura de Medicaid está haciendo algo incorrecto.

Estos son algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso:

Por parte de un Miembro:

- Dejar que alguien use su Tarjeta de miembro de Medicaid.
- Cambiar la cantidad o el número de resurtidos en una receta médica.
- Mentir para recibir servicios médicos o farmacéuticos.

Por parte de un Proveedor:

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

¿Cómo puedo informar un fraude, despilfarro o abuso?

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

- **Departamento de cumplimiento interno de Molina**
 - Línea de Alerta para Cumplimiento Normativo de Molina Medicaid Integrated Care:
 - Número de teléfono gratuito: (866) 606-3889
 - En línea: <https://molinahealthcare.AlertLine.com>
 - Oficina de Cumplimiento Normativo de Molina Medicaid Integrated Care: Attn: Compliance Officer
Molina Medicaid Integrated Care
7050 Union Park Center #600
Midvale, UT 84047]
- **Fraude de Proveedores**
 - La Oficina del Inspector General (OIG)
Correo electrónico: mpi@utah.gov
Línea directa gratuita: 1 (855) 403-7283
- **Fraude de Miembros**
 - Correo Electrónico de la Línea Directa de Fraudes del Departamento de Servicios Laborales: wsinv@utah.gov
Teléfono: (800) 955-2210

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

SERVICIOS DE TRANSPORTE

¿Cómo me dirijo al hospital ante una emergencia?

Si tiene un problema médico grave y no es seguro que conduzca hasta una sala de

emergencias, llame al 911. Utah Medicaid cubre el transporte médico de emergencia.

¿Cómo me dirijo al médico cuando no se trata de una emergencia y no puedo conducir?

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

- Tener Medicaid en la fecha en que sea necesario el transporte.
- Tener un motivo médico para el transporte.
- Llamar al Departamento de Servicios Laborales (DWS) al 1 (800) 662-9651 para averiguar si puede recibir ayuda con el transporte.

¿Qué tipo de transporte está cubierto por mi Medicaid?

- **Pase de autobús de UTA, incluido Trax** (las rutas de Front Runner y de autobuses expresos no están incluidas): Si usted puede tomarse un autobús, llame a DWS para preguntar si su programa de Medicaid cubre un pase. El pase le llegará por correo postal. Muestre su Tarjeta de miembro de Medicaid y el pase de autobús al conductor.
- **UTA Flextrans:** Servicios especiales de autobús para miembros de Medicaid que viven en los condados de Davis, Salt Lake, Utah y Weber. Puede usar Flextrans en los siguientes casos:
 - No es física o mentalmente capaz de utilizar un autobús regular.
 - Ha completado un formulario de solicitud de UTA para comunicarles que tiene una discapacidad que hace que no pueda viajar en un autobús regular. Puede obtener el formulario al llamar a estos números:
 - Condados de Salt Lake y Davis: 1 (801) 287-7433
 - Condados de Davis, Weber y Box Elder: 1 (877) 882-7272.
 - Se le ha aprobado el uso del servicio especial de autobús y tiene una Tarjeta de Transporte Médico Especial.

- **Modivcare:** Servicio puerta a puerta que no es de emergencia para citas médicas y atención de urgencia. Es posible que sea elegible para Modivcare en los siguientes casos:
 - No hay un vehículo habilitado en su hogar.
 - Sus discapacidades físicas no le permiten utilizar un autobús de UTA o un Flextrans.
 - Su médico ha completado un Certificado de médico de Modivcare Utah.

[modivcare.com/facilities/ut](https://www.modivcare.com/facilities/ut)

Cuando esté aprobado, podrá hacer arreglos con este servicio al llamar a Modivcare al: 1 (855) 563-4403, o al visitar su sitio web en [modivcare.com/facilities/ut](https://www.modivcare.com/facilities/ut). Debe realizar una reserva con Modivcare tres días hábiles antes de su cita. La atención urgente no requiere una reserva de tres días. Modivcare llamará a su médico para asegurarse de que el problema sea urgente. Los miembros elegibles podrán recibir servicios de Modivcare en todo el estado.

¿Puedo recibir ayuda si debo viajar largas distancias?

- **Reembolso de millas:** Hable con un empleado de DWS si tiene alguna pregunta acerca del reembolso de millas. Solo recibirá el reembolso si NO existe una forma más económica de llegar a su consulta con el médico. Verifique con un empleado del DWS para analizar el reembolso de millas por consultas dentales y médicas preventivas infantiles conforme al beneficio de EPSDT.
- **Costos de estadía:** En algunos casos, cuando las estadías para pasar la noche son necesarias para recibir tratamiento médico, es posible que Medicaid pague por esos costos. El costo incluye alojamiento y comida. Los costos de estadía no suelen pagarse por adelantado. Comuníquese con un empleado del DWS para saber qué costos de estadía podrían estar cubiertos por su programa de Medicaid.



CANTIDAD, DURACIÓN Y ALCANCE DE LOS BENEFICIOS

Beneficio	Detalles de la cobertura
Aborto	Limitado - Llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760 para obtener información sobre los beneficios
Atención médica después de las horas de consulta	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) - Llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760
Ambulancia	Sin cobertura de Molina - Cubierto por Pago por servicio de Medicaid
Anticonceptivos y planificación familiar	Con cobertura No se requiere copago (Consulte la tabla de anticonceptivos en la página 15)
Quiropráctica	Sin cobertura de Molina - Puede estar cubierto por el Pago por servicio de Medicaid para miembros que reciben beneficios de EPSDT y mujeres embarazadas. Llame a Medicaid al 1 (800) 662-9651.
Beneficios dentales	Sin cobertura de Molina - Puede estar cubierto por el programa de Pago por cada servicio de Medicaid o por el plan dental de Medicaid. Llame a Medicaid al 1 (800) 662-9651.
Consultas con el médico	Con cobertura Consulte la tabla de copagos en la página 11
Atención urgente y de emergencia	Con cobertura No se aplican copagos (Debe acudir a un proveedor de la red para recibir atención urgente)
EPSDT	No se aplican copagos Puede permitir la cobertura de servicios que normalmente no están cubiertos si son médicamente necesarios para miembros de 0 a 21 años. (Es posible que se requiera autorización previa) - Llame a Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760
Examen de los ojos	Con cobertura No se aplican copagos Límite de un examen cada 12 meses
Anteojos	Con cobertura No se aplican copagos - Cubierto solo para mujeres embarazadas y miembros elegibles para servicios de EPSDT.

Beneficio	Detalles de la cobertura
Cuidados paliativos	Con cobertura No se aplican copagos (consulte la página 10 para obtener información adicional)
Atención en hospital para pacientes internados	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos)
Servicios de laboratorio y radiografía	Con cobertura No se aplican copagos
Suministros médicos	Con cobertura No se aplican copagos
Atención ambulatoria de la salud conductual (trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias)	Cubierto por el plan integrado No se aplican copagos
Residencia para ancianos.	Cubierto por Molina por hasta 30 días. Las estadías de más de 30 días están cubiertas por Pago por servicio de Medicaid - Llame a Medicaid al 1 (866) 608-9422.
Servicios de cuidado personal	Con cobertura Se requiere autorización previa
Farmacia	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos)
Fisioterapia y terapia ocupacional	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) (Consulte la página 15 para obtener detalles)
Podología	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) (Beneficio limitado para adultos)
Atención médica ambulatoria	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos)
Medicamentos de venta libre	Con cobertura (Consulte la página 11 para ver la tabla de copagos) Comuníquese con Molina - para obtener la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de venta libre.

Beneficio	Detalles de la cobertura
Servicios del habla y de la audición	Con cobertura (limitada) No se aplican copagos – Los servicios de audiología y audición, incluidos los audífonos y las baterías, están cubiertos solo para mujeres embarazadas y miembros elegibles para recibir servicios de EPSDT.
Servicios de transporte médico que no sea de emergencia	Sin cobertura de Molina – Cubierto por Pago por Servicio Llame a Medicaid 1 (800) 662-9651

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

En general, Medicaid no paga por servicios que no están cubiertos. Sin embargo, existen algunas excepciones como las que se mencionan a continuación:

- Procedimientos reconstructivos después de la desfiguración generada por un traumatismo o cirugía médicamente necesaria.
- Procedimientos reconstructivos para corregir discapacidades funcionales graves (por ejemplo, incapacidad para tragar).
- Cuando se realiza el procedimiento, es más rentable para el programa Medicaid que otras alternativas.
- Los miembros, que pueden recibir los beneficios del programa EPSDT, pueden obtener los servicios médicamente necesarios; sin embargo, no están cubiertos de manera habitual.

Si desea solicitar una excepción para un servicio que no está cubierto, puede presentar dicha solicitud junto con su proveedor.

¿Qué sucede si cambio de plan médico?

Trabajaremos con su nuevo plan de salud para garantizar que reciba los servicios que necesita. Seguiremos las pautas de Medicaid sobre cómo hacerlo. Estas pautas se denominan pautas de transición de atención médica. Las pautas permitirán la continuación de las Autorizaciones previas previamente aprobadas del plan de Medicaid anterior hasta que el nuevo plan de

Medicaid pueda revisar y emitir una nueva autorización o se determine que la Autorización previa ya no es necesaria.

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

¿Cómo protegemos su privacidad?

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

- 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 quienes la necesitan para realizar tareas y a través de mecanismos de protección física.
- Usted tiene derecho a consultar su PHI.

¿Cómo puedo obtener más información acerca de las normas de privacidad?

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta con respecto a la privacidad de sus registros médicos. Allí podrán ayudarle con las inquietudes de privacidad que pueda llegar a tener acerca de su información médica. También pueden ayudarle a completar los formularios necesarios para ejercer sus derechos de privacidad.

El aviso completo de las normas de privacidad está disponible en [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com). También puede solicitar una copia impresa de esta información al comunicarse con Servicios para Miembros al 1 (888) 483-0760.

