CHIP

Programa de Seguro de Salud para Niños

1-877-543-7669

health.utah.gov/chip

Guía para el Miembro

Información de Contacto Importante

CHIP Premium Line: 1-866-435-7414 (seleccione la opción 5)
Line Directa de CHIP: 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) or 1-888-222-2542
Representante del Programa de Salud (HPR): 1-866-608-9422 CHIP
Sitio Web de CHIP: www.health.utah.gov/chip
Educación en line de CHIP: www.health.utah.gov/umb
Mi Número de Caso de CHIP: _____
Mi Oficina de Servicios de Elegibilidad: _____
Mi Doctor: _____
Mi Farmacia Local: _____
Mi Dentista: _____

Planes de Salud

SelectHealth: 1-800-538-5038 or www.selecthealth.org
Molina: 1-888-483-0760 or www.molinahealthcare.com

Planes de Dental

Premier Access: 1-877-854-4242 or www.PremierLife.com

Otro

Encuentra una Oficina de Elegibilidad Cerca de Usted: 1-888-222-2542
Centro de Servicios de Elegibilidad DWS: 1-866-435-7414
myCase (información sobre su caso en línea): https://jobs.utah.gov/mycase
MyBenefits: https://medicaid.utah.gov/mybenefits-login/
UPP para Seguro Médico: 1-888-222-2542 o www.health.utah.gov/upp
Información de Medicaid: 1-800-662-9651 o www.health.utah.gov/medicaid
Información General: 2-1-1

CHIP

Programa de Seguro de Salud para Niños

1-877-543-7669
1-888-222-2542
health.utah.gov/chip

Guía Para el Miembro

Efectivo 2022

Tabla de Contenidos

Introducción 5

- Bienvenidos 6
- Resume de Servicios Cubiertos 6
- Herramienta de Búsqueda de Beneficios (Lookup Tool) 7
- Su Representante del Programa de Salud (HPR) 7
- Su Oficina de Elegibilidad 7
- Revisión de Inscripción 8
- Servicios de Interpretación 9
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) 9

Eligiendo un plan de Salud 11

- Sus Planes de Salud y Dentales 12
- Hospitales 14
- Preguntas Comunes 16

Primas y Co-pagos 21

- Primas 22
- ¿Qué más gastos tendré? 23
- ¿Quién no paga copagos o primas? 23
- Co-pagos de Planes B y C 24
- Máximo Costo de Bolsillo 28

Recursos 31

- Servicios de Elegibilidad 32
- Encuentre Su Oficina Local de Servicios de Salud para Tribus / Indígenas 32
- Formulario de Reclamo de Costos Máximos de su Bolsillo 33
- Formulario de Selecciones de Planes de Salud 35
- Derechos y Responsabilidades de los Miembros de CHIP 37
- Aviso de Derechos de Privacidad 38

INTRODUCCIÓN

Bienvenido

Bienvenido al Programa de seguro médico para niños (CHIP). Muchas familias trabajadoras de Utah que no tienen seguro médico para sus hijos pueden calificar para un seguro de bajo costo. CHIP ofrece servicios a través de:

Planes de Salud (en todo el Estado)
- **SelectHealth**
- **Molina Healthcare of Utah**

Plan Dental (en todo el Estado)
- **Premier Access**

Después que haya sido aprobado para CHIP, es hora de que elija un plan de salud para que pueda comenzar a utilizar sus beneficios y servicios. Los beneficios de CHIP son los mismos independientemente del plan de salud que elija. Premier Access será su plan dental. Un Representante del Programa de Salud local (HPR) le ayudará con ese proceso (consulte la página 7)

Para información sobre las pólizas de CHIP, por favor vea el Manual de Pólizas de CHIP visitando https://chip.health.utah.gov/CHIPpolicy/DOHCHIP.htm

Resumen de Beneficios Cubiertos

CHIP cubre los siguientes beneficios para sus hijos:
- Exámenes de Bienestar ($0 co-pay)
- Vacunas ($0 co-pay)
- Visitas al Doctor
- Servicios de Emergencia Medica
- Recetas
- Exámenes de Audición y Visión
- Servicios de Salud Mental y Desorden por Abuso de Sustancias
- Servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA) para el tratamiento del desordend del espectro autista
- Servicios de Salud Mental
- Servicios dentales para la prevención y el tratamiento de la caries dental (copago de $ 0 por exámenes y limpiezas)

Debido a que la atención preventiva es tan importante para mantener saludable a su hijo, CHIP no requiere un copago por los exámenes de bienestar y las vacunas. Para obtener una lista más detallada de beneficios y copagos, consulte la página 24.

Herramienta de Búsqueda de Beneficios (Lookup Tool)

Usted Puede verificar su cobertura médica y la información del plan de salud en línea utilizando la Herramienta de búsqueda de beneficios en www.mybenefits.utah.gov

Las personas principales pueden ver la información de cobertura y plan de salud de toda su familia. Los adultos y los niños mayores de 18 años pueden ver su propia cobertura y la información del plan de salud. También se puede dar acceso a representantes médicos.

Para información adicional sobre cómo acceder o ver información sobre beneficios, visite www.mybenefits.utah.gov o llame al 1-844-238-3091.

Su Representante del Programa de Salud (HPR)

Un HPR le ayudara a elegir su plan de salud. Vea "Cómo elegir un Plan de Salud" en la página 10 para más información. Un HPR también:

- Ofrecerle clases gratuitas sobre cómo funciona CHIP
- Responder preguntas generales sobre su plan de salud y dental
- Ofrecer herramientas de educación en línea sobre CHIP en www.health.utah.gov/umb
- Para hablar con un HPR, llame al 1-866-608-9422

Oficina de Elegibilidad

Un representante de elegibilidad del Departamento de Work Force Services (DWS) revisa su aplicación de CHIP, determina si es elegible y realiza su revisión anual. Debe llamar a la oficina de elegibilidad si tiene:

- Cambio en el número de miembros de la familia que viven en casa
- Cambio de dirección, número de teléfono o mudarse fuera del estado
- Cambio en la cobertura del seguro médico (informe al DWS dentro de los 10 días si su hijo se inscribe en otro seguro médico o si el seguro está disponible a través de su trabajo. Lea más sobre otros seguros en la página 17.)

- Para hablar con un trabajador de elegibilidad de DWS, llame al 1-866-435-7414

Usted no tiene que llamar a su trabajador de elegibilidad cuando hay cambios en sus ingresos. Sin embargo, si tiene una gran reducción en sus ingresos, es posible que desee llamar a la oficina de elegibilidad para ver si califica para copagos, primas o para un programa de asistencia médica diferente.

Usted puede hablar con un trabajador de elegibilidad de DWS o averiguar el estatus de su aplicación, revisión, verificaciones pendientes, etc., mediante:

- Teléfono: 1-866-435-7414
- Acceso en línea a través myCase (24 horas) en https://jobs.utah.gov/mycase

Preocupaciones de Elegibilidad. Si no está de acuerdo con la decisión que se tomó en su caso o si siente que lo han tratado injustamente, tiene derecho a:

- Hablar con un trabajador de elegibilidad o su supervisor
- Llamar a la Oficina de Servicios para Constituyentes de DWS al 1-800-331-4341
- Pedir una audiencia imparcial a más tardar 90 días después de la notificación de acción de DWS.

Revisión de Inscripción

CHIP revisa su elegibilidad cada doce meses.

- En ese momento, CHIP le enviará un formulario de revisión.
- Deberá seguir las instrucciones y completar el Formulario de revisión.
- Usted Puede completar su renovación de CHIP o solicitar beneficios en myCase en línea: https://jobs.utah.gov/mycase

Es importante completar el proceso de revisión a tiempo o su caso puede cerrarse. Si su caso está cerrado por más de tres meses, deberá volver aplicar

Servicios de Interpretación

Si es sordo o tiene problemas de audición, o habla otro idioma, puede conseguir un intérprete. Cuando llama a la línea directa de CHIP o a la oficina prima de CHIP, CHIP proporciona un intérprete por teléfono para ayudarle. Si necesita servicios de interpretación en la oficina de su doctor o dentista, llame a su plan de salud (SelectHealth / Molina) o plan dental (Premier Access) antes de su cita para hacer arreglos.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

La Ley de Privacidad HIPAA describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtenerla.
El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah se compromete a proteger su información médica, proporcionándole este aviso y cumpliendo con los términos del aviso (consulte la página 34).
Referencia: www.health.utah.gov/hipaa

Guía para el Afiliado

ELIGIENDO UN PLAN DE SALUD

Sus Planes de Salud y Dentales

CHIP tiene dos planes de salud (en todo el estado): SelectHealth y Molina. Puedes elegir el que quieras. Premier Access le provea todos sus beneficios dentales de CHIP.

Los beneficios y copagos de CHIP para SelectHealth y Molina son los mismos, pero la lista de doctores y hospitales puede ser diferente. Por favor cheque con su doctor actual para ver qué plan de salud aceptan. Usted también puede contactar a cada plan gratuitamente para averiguar si su doctor ya está en su red.

Información de Contacto del Plan de Salud y Dental:
Molina
801-858-0400 o número gratuito 1-888-483-0760
http://www.molinahealthcare.com/

SelectHealth
801-442-5038 o número gratuito 1-800-442-5038
http://www.selecthealth.org/

Premier Access
1-877-541-5415
https://www.premierlife.com/

Siga los pasos a continuación para elegir su plan de salud:

1. **Decidir entre SelectHealth y Molina**
   - Si le aprueban para CHIP, recibirá una carta en la que se le pedirá que elija un plan de salud.
   - Un HPR le ayudará a elegir su plan.
   - Use la tabla del hospital (páginas 12-13) para ayudarle a decidir qué plan de salud es mejor para su familia.

2. **Contacte a un Representante del Programa de Salud (HPR):**
   - Una vez que haya elegido un plan de salud, contacte a un HPR de la siguiente manera:
   - **Correo electrónico.** Envíe un correo electrónico a chiphpr@utah.gov con su elección de plan, número de caso, nombres de los padres / tutores e hijos e información de contacto.

- **Correo.** Utilizando el "Formulario de Selección del Plan de Salud" (página 31), envíelo por correo a:
  OMHC CHIP HPR
  PO Box 143108, SLC, UT 84114
- **Fax.** Utilizando el "Formulario de Selección del Plan de Salud" (página 31), envíelo por fax al:
  (801) 237-0743
- **Teléfono.** Llame a un HPR al: 1-866-608-9422

IMPORTANTE: Debe elegir su plan de salud dentro de las dos semanas posteriores de la aprobación, o se le asignará uno. Si su hijo fue atendido por un doctor o un hospital que no está cubierto por el plan de salud que usted seleccionó o se le asignó, es posible que usted sea responsable del pago.

Hospitales

Esta es una lista de hospitales donde se ofrecen los servicios de CHIP.

Hospitales	SelectHealth	Molina
Alta View Hospital	☑	
American Fork Hospital	☑	
Ashley Valley Medical Center	☑	☑
Avenues Surgical Center	☑	
Bear Lake County Memorial Hospital		☑
Bear River Valley Hospital	☑	☑
Beaver Valley Hospital	☑	
Blue Mountain Hospital	☑	☑
Brigham Community Hospital		☑
Cache Valley Hospital		☑
Cassia Regional Hospital		☑
Castle View Hospital	☑	☑
Cedar City Hospital	☑	☑
Central Valley Medical Center	☑	☑
Davis Hospital & Medical Center	☑	☑
Davis Hospital & Medical Center - Unidad de psiquiatría		☑
Davis Hospital & Medical Center - Unidad de rehabilitación		☑
Delta Community Hospital	☑	
Dixie Regional Medical Center	☑	☑
Fillmore Community Hospital	☑	☑
Franklin County Medical Center		☑
Garfield Memorial Hospital	☑	☑
Gunnison Valley Hospital	☑	☑
Heber Valley Hospital	☑	☑
Highland Ridge Hospital		☑
Huntsman Cancer Hospital (Requiere autorización previa)		
Intermountain Medical Center	☑	☑
Jordan Valley Medical Center		☑
Jordan Valley Medical Center West Valley Campus		☑
Jordan Valley Medical Center West Valley Campus - Unidad de psiquiatría		☑
Kane County Hospital	☑	☑
Lakeview Hospital		☑

Continuación de Hospitales	SelectHealth	Molina
Lakeview Hospital - Unidad de psiquiatría		☑
Landmark Hospital of Salt Lake City LLC		☑
Layton Hospital	☑	
LDS Hospital	☑	☑
Logan Regional Hospital	☑	☑
Lone Peak Hospital		☑
McKay-Dee Hospital	☑	☑
McKay-Dee Surgical Center	☑	
Milford Valley Memorial Hospital	☑	☑
Moab Regional Hospital	☑	☑
Mountain Point Medical Center		☑
Mountain View Hospital		☑
Mountain West Medical Center	☑	☑
Ogden Regional Medical Center		☑
Orem Community Hospital	☑	☑
Park City Hospital	☑	☑
Primary Children's Hospital and Medical Center	☑	☑
Promise Hospital of Salt Lake City		☑
Provo Canyon Behavioral Hospital		☑
Riverton Hospital	☑	
Salt Lake Regional Medical Center - Unidad de psiquiatría		☑
San Juan Hospital	☑	☑
Sanpete Valley Hospital	☑	☑
Sevier Valley Hospital	☑	☑
Shriners Hospitals for Children		☑
South Davis Community Hospital - enfermedad crónica		☑
Spanish Fork Hospital	☑	
St. Marks Hospital		☑
St. Marks Hospital - Unidad de rehabilitación		☑
St. Marks Hospital Behavioral Health		☑
Timpanogos Regional Hospital		☑
TOSH - The Orthopedic Specialty Hospital	☑	
Uintah Basin Medical Center	☑	☑
Utah Valley Hospital	☑	☑
Utah Valley Specialty Hospital Inc.	☑	☑

Preguntas Comunes

¿Qué hará mi plan de salud y dental por mí?

- Procesar sus facturas
- Enviarle tarjetas de identificación médica y dental
- Enviarle un folleto de proveedores de atención médica para que elija
- Pre autorizar los procedimientos cuando sea necesario
- Contestar sus preguntas sobre beneficios

¿Cuándo recibiré mis tarjetas de identificación médica y dental?

- Recibirá su (s) tarjeta (s) médica (s) dentro de 2-3 semanas después de elegir o ser asignado a su plan de salud para cada niño inscrito en CHIP.
- Recibirá su (s) tarjeta (s) dental (es) dentro de 2-3 semanas después de ser elegible para CHIP.
- Si no recibe sus tarjetas o si las pierde, llame a su (s) plan (s).

¿Qué debo hacer si mis hijos necesitan atención médica antes de que obtengamos las tarjetas de identificación de CHIP?

En algunos casos, es posible que deba pagar los servicios. Es posible que se le reembolse por los servicios cubiertos por CHIP. Contacte a su plan de salud o dental o con un HPR si tiene preguntas.

¿Recibiré una nueva tarjeta si agrego a un familiar a CHIP?

Recibirá una nueva tarjeta médica para cualquier niño agregado a CHIP. Si necesita cobertura médica para un miembro de la familia que actualmente no está cubierto por Medicaid o CHIP, comuníquese con su trabajador de elegibilidad en el Departamento de Workforce Services para ver si el niño es elegible.

¿Cómo sé qué cubre CHIP?

Sus planes de salud y dentales le enviarán un paquete que incluye información sobre los beneficios cubiertos, la autorización previa y una lista de proveedores que puede utilizar. Llame a su plan de salud si no lo recibe dentro de 4-6 semanas. Aprenda más sobre sus beneficios llamando a sus planes o visitando sus sitios web.

Molina
801-858-0400 o número gratuito 1-888-483-0760
http://www.molinahealthcare.com/

SelectHealth
801-442-5038 o número gratuito1-800-442-5038
http://www.selecthealth.org/

Premier Access
1-877-541-5415
https://www.premierlife.com/

¿Tenemos que utilizar un proveedor participante?

Si. Ambos su plan de salud como dental requieren que use un proveedor que participa en sus redes.

¿Necesito obtener una referencia antes de poder ver a un especialista?

Cheque con su plan médico y dental antes de visitar a un especialista.

¿Cuáles farmacias puedo utilizar?

Puede usar cualquier farmacia aprobada por SelectHealth o aprobada por Molina. Su plan de salud le enviará más detalles.

¿Puedo obtener ayuda para coordinar mis servicios médicos?

Si. SelectHealth y Molina ofrecen servicios de administración de casos para ayudarle a coordinar sus servicios médicos. Contacte a su plan de salud para más información.

¿Puedo cambiar mis planes de salud y dentales?

Usted puede cambiar su plan de salud en los primeros 90 días después de recibir los beneficios de CHIP.
Usted debe permanecer con su plan de salud seleccionado hasta el 30 de junio de cada año. Sin embargo, usted puede cambiar su plan de salud durante el período de cambio de plan anual desde mayo hasta mediados de junio. Cualquier cambio realizado en ese momento entrará en vigencia el 1 de julio de ese año. Recibirá una carta cada año para recordarle el período de cambio de plan anual. Solo hay un plan dental. Para más información, contacte a un HPR (vea la página 10).

¿Hay otros beneficios que deba conocer?

Llame a SelectHealth o Molina para conocer los incentivos u otros programas que pueden ofrecer.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con las acciones o decisiones de mi plan de salud o dental?

Si no está de acuerdo con las acciones de su plan de salud o dental, puede pedir una apelación. Debe presentar una apelación ante su plan de salud o dental dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se le informó de su acción o decisión.

Si no está de acuerdo con el resultado del proceso de apelación de su plan de salud o dental, puede pedir una audiencia con la Unidad de Audiencias de la División de Medicaid y Salud Financiación. La solicitud debe realizarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se le informa sobre la decisión de apelación de su plan de salud o dental.

Primero debe presentar una apelación ante su plan de salud antes de poder tener una audiencia con la Unidad de Audiencias del Estado. Si no apela primero con su plan de salud, no puede tener una audiencia con el estado.

¿Qué pasa si mi hijo se inscribe en otro seguro?

Su hijo no puede tener otro seguro y estar cubierto por CHIP a menos que el seguro sea un plan de cobertura limitada (como un plan dental o de visión solamente, etc.). Debe notificar a DWS dentro de los diez (10) días posteriores a la inscripción.

Una vez que se notifique a DWS, revisarán la información para determinar si su hijo continuará calificando para CHIP. Si se cierra su caso de CHIP, notifique a los proveedores médicos de su hijo que le facturen a su otro seguro, en lugar de a CHIP.

¿Qué sucede cuando mi hijo obtiene acceso a un seguro?

Si su hijo obtiene acceso al seguro después de ser aprobado para CHIP, debe notificar a DWS dentro de los diez (10) días. Si elige no inscribirse en el seguro, su hijo puede seguir estando cubierto por CHIP hasta la renovación. Si elige inscribirse en el seguro, su hijo (o familia) puede

ser elegible para UPP (Asociación Premium de Utah) y puede calificar para un reembolso de la prima.

Visite www.health.utah.gov/upp para más información o contacte a DWS al 866-435-7414 y solicite hablar con un especialista de UPP.

¿Qué sucede si mi hijo ha estado cubierto por otro seguro por un tiempo y no lo reporté o no lo sabía?

Su hijo no puede tener CHIP además de otra cobertura de seguro médico. A menos que el otro seguro médico sea un plan de cobertura limitada

Si su hijo está cubierto por otra póliza de seguro médico mientras recibe la cobertura de CHIP, tendrá un pago en exceso. Usted puede ser responsable de devolver al estado la cantidad de la prima médica que el estado pagó por el plan médico CHIP de su hijo por cada mes que su hijo no fue elegible para CHIP. Contacte a su trabajador de elegibilidad de DWS para informar cambios en la cobertura del seguro dentro de los diez (10) días posteriores al cambio.

¿Se agregará la información médica de mi hijo al cHIE?

Los miembros a CHIP se inscriben automáticamente en el Intercambio de información de salud clínica de Utah (cHIE). El cHIE proporciona un lugar seguro para los proveedores de atención médica participantes para compartir y ver la información médica del paciente.

Una vez que inscribe a su hijo en CHIP, el estado da consentimiento que su hijo se establezca en PARTICIPAR. Esto permanecerá en vigencia hasta que su hijo cumpla 18 años. Tiene el derecho a cambiar el estatus de consentimiento de su hijo para no participar en el cHIE en cualquier momento. Para más información o para optar por no participar en la cHIE, visite Mi cHIE en https://uhin.org/partners/patients/ o hable con un proveedor de atención médica.

Guía Para el Miembro

PRIMAS Y CO-PAGOS

Primas

Dependiendo de sus ingresos, es posible que deba pagar una prima (hasta $ 75) cada trimestre. La prima es una cantidad fija sin importar cuántos hijos tenga.

La Oficina Comercial del Departamento de Workforce Services (DWS) le enviará una factura cuando vencen sus primas. Recibirá una nueva factura cada tres (3) meses, comenzando con el primer mes en que su hijo se inscribió en CHIP.

DWS también tiene opciones de pago mensual disponibles para usted. Sólo llame a la oficina comercial de DWS y pregunte.

Puede elegir cualquiera de las siguientes formas de pagar sus primas:

- **En línea:** https://jobs.utah.gov/mycase
- **Teléfono:** DWS Business Office
  1-866-435-7414 (seleccione la opción 5)
  (lunes – viernes, 8:00 a.m. – 5:00 p.m.)
- **Correo:** Department of Workforce Services
  Business Office
  P.O.Box 143250
  Salt Lake City, UT 84114-3250

Recargo. Es muy importante que pague su prima a tiempo. Si no paga antes de la fecha de vencimiento, se le cobrará un recargo de $15 en su cuenta. Luego, tendrá que pagar la prima y el cargo por pago atrasado para mantener a su hijo en CHIP. Si no paga su prima, se cerrará su caso.

Puede haber un atraso en recibir los beneficios hasta que se notifique a sus planes de salud y dentales que su hijo es elegible nuevamente. Contacte a un HPR si su hijo tiene una necesidad inmediata.

¿Qué más gastos tendré?

Deducible. El plan B y el plan C requieren que pague un deducible. Un deducible es la parte de una factura que no está cubierta por CHIP. Primero debe pagar el deducible antes de que CHIP pueda pagar el costo restante de estas facturas. Esto se aplica a los servicios de diagnóstico para pacientes hospitalizados, ambulatorios y principales.

Co-Pago. La mayoría de las familias de CHIP deberán pagar un copago por los servicios médicos y dentales. Según sus ingresos, un representante de su oficina local de elegibilidad determinará para qué Plan de copago B o C de CHIP es elegible. El plan de copago al que está asignado aparecerá en su tarjeta de identificación de CHIP. Las siguientes páginas describen los beneficios y copagos de cada plan. Los servicios de atención preventiva, como las vacunas y los exámenes de bienestar, no tienen copago.

Co-seguro. Algunos servicios tienen coseguro. Un coseguro es un porcentaje de la factura total. Usualmente es el 20% de la cantidad de la factura.

¿Quién no paga copagos o primas?

Los niños **Indígenas Estadounidenses y Nativos de Alaska** verificados no pagan copagos ni primas trimestrales. Una persona inscrita en CHIP debe proporcionar una verificación de membresía tribal. La tribu debe ser reconocida por el gobierno federal.

Verificación aceptable de Indio Americano y Nativo de Alaska el estado incluye:

- Número o Tarjeta de Identificación/Inscripción Tribal
- Certificado de Grado de Sangre Indígena o Nativa de Alaska (CDIB) firmado por la Oficina de Asuntos Indígenas (BIA)
- Hoja de Portada de los Servicios de Salud Indígena (IHS) (la Hoja de Portada de IHS es un registro médico certificado por IHS que proviene de sus registros originales)
- Documentos de la Corte Tribal

Co-pagos de Plan B de CHIP	
Máximo de Bolsillo	5% del ingreso bruto anual de la familia incluidos los gastos dentales*
Prima	$30/por familia/trimestre
Condición Previamente Existente	No periodo de espera
BENEFICIOS MÉDICOS	
Deducible	$40 por familia
Exámenes de Bienestar	$0
Vacunas	$0
Visitas al Doctor	$5
Visitas al Especialista	$5
Sala de Emergencia	$5; $10 no emergencia
Ambulancia	5% de la cantidad aprobada después del deducible
Centro de Cuidado Urgente	$5
Servicios de Hospital Externos y Cirugía Ambulatoria	5% de la cantidad aprobada después del deducible
Servicios de Hospital Internos	$150 después del deducible
Laboratorio y Rayos-X	$0 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 5% del total después del deducible para las pruebas mayores de diagnóstico y rayos-x
Cirujano	5% de la cantidad aprobada
Anestesiólogo	5% de la cantidad aprobada
Recetas - Medicamentos Genéricos Preferidos - Medicamentos de Marca Preferidos - Medicamentos No Preferidos	 - $5.00 - 5% de la cantidad aprobada - 5% de la cantidad aprobada
Salud Mental y Desorden de Uso de Sustancias - Centro para pacientes hospitalizados - Externos visita de oficina (consultorio) y centro de urgencias	 - $150.00 después de deducible - $0.00
Tratamiento Residencial	$0
Terapia Física	$5 (Limite de 20 visitas por año)
Visitas al Quiropráctico	No es un beneficio cubierto
Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) - Para el tratamiento del trastorno del espectro autista	$0
Cuidado en el Hogar y Cuidado de Hospicio	5% de la cantidad aprobada después del deducible
Equipos Médicos y Materiales	5% de la cantidad aprobada después del deducible
Educación de Diabetes	$0
Examen de la Vista	$5 (Limite de 1 visita por año)
Examen de Audición	$5 (Limite de 1 visita por año)
BENEFICIOS DENTALES	
Deducible	$0
Beneficio Máximo - Preventivo, servicios básico y mayores por niño, por año	$1,000 por año del plan, por niño

Servicios Preventivos - Exámenes de rutina y Limpieza (2 por año), Fluoruro tópico, rayos-x	$0.00
Servicios Básicos - Rellenos, extracciones, cirugía oral, endodoncia, periodoncias	5% de la cantidad aprobada
Servicios Mayores - Coronas, puentes, dentaduras postizas	5% de la cantidad aprobada
Ortodoncia - Requiere autorización previa - Cubierto solo si es médicamente necesario	5% de la cantidad aprobada ($1,000 máximo por vida**) Requiere autorización previa
Especialistas - Endodontistas, cirujanos ortodontistas, periodontistas, especialistas en pediatría, prostodoncistas	5% de la cantidad aprobada

* CHIP le enviará una carta de aprobación, informándole la cantidad máximo aproximado de bolsillo personal de su familia.

** Los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual.

Co-pagos de Plan C de CHIP	
Máximo de Bolsillo	5% del ingreso bruto anual de la familia incluidos los gastos dentales*
Prima	$75/por familia/trimestre
Condición Previamente Existente	No periodo de espera
BENEFICIOS MÉDICOS	
Deducible	$500 por niño; $1,500 por familia
Exámenes de Bienestar	$0
Vacunas	$0
Visitas al Doctor	$25
Visitas al Especialista	$40
Sala de Emergencia	$300 después del deducible
Ambulancia	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Centro de Cuidado Urgente	$40
Servicios de Hospital Externos y Cirugía Ambulatoria	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Servicios de Hospital Internos	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Laboratorio y Rayos-X	$0 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 20% del total después del deducible para las pruebas mayores de diagnóstico y rayos-x
Cirujano	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Anestesiólogo	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Recetas - Medicamentos Genéricos Preferidos - Medicamentos de Marca Preferidos - Medicamentos No Preferidos	 - $15 - 25% de la cantidad aprobada - 50% de la cantidad aprobada
Salud Mental y Desorden de Uso de Sustancias - Centro para pacientes hospitalizados - Externos visita de oficina (consultorio) y centro de urgencias	 - 20% de la cantidad aprobada después del deducible - $0
Tratamiento Residencial	$0
Terapia Física	$40 después de deducible (Limite de 20 visitas por año)
Visitas al Quiropráctico	No es un beneficio cubierto
Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) - Para el tratamiento del trastorno del espectro autista	$0
Cuidado en el Hogar y Cuidado de Hospicio	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Equipos Médicos y Materiales	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Educación de Diabetes	$0
Examen de la Vista	$25 (Limite de 1 visita por año)
Examen de Audición	$25 (Limite de 1 visita por año)
BENEFICIOS DENTALES	
Deducible	$50 por niño; $150 por familia
Beneficio Máximo - Preventivo, servicios básico y mayores por niño, por año	$1,000 por año del plan, por niño

Servicios Preventivos - Exámenes de rutina y Limpieza (2 por año), Fluoruro tópico, rayos-x	$0
Servicios Básicos - Rellenos, extracciones, cirugía oral, endodoncia, periodoncias	20% de la cantidad aprobada después del deducible
Servicios Mayores - Coronas, puentes, dentaduras postizas	50% de la cantidad aprobada después del deducible
Ortodoncia - Requiere autorización previa - Cubierto solo si es médicamente necesario	50% de la cantidad aprobada ($1,000 máximo por vida**) Requiere autorización previa
Especialistas - Endodontistas, cirujanos ortodontistas, periodontistas, especialistas en pediatría, prostodoncistas	Hable con su plan dental para obtener un estimado de cargos adicionales

* CHIP le enviará una carta de aprobación, informándole la cantidad máximo aproximado de bolsillo personal de su familia.

** Los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual.

Máximo Costo de Bolsillo

¿Qué es lo máximo que tendré que pagar?

No es necesario que pague más del 5% de los ingresos contables de su hogar por costos de bolsillo en cada período de beneficios. Los costos de bolsillo incluyen deducibles, primas y copagos adeudados por servicios cubiertos por CHIP. DWS le enviará una carta de aprobación, informándole la cantidad aproximadamente del máximo de bolsillo personal para su hogar.

¿Qué sucede cuando he pagado el máximo costo de bolsillo?

Una vez que haya alcanzado el 5% de los ingresos anuales de su hogar, su hogar ya no tendrá que pagar copagos por ese período de beneficios. Aún se requieren pagos trimestrales de primas para los planes CHIP B y C.

¿Cuándo debo comenzar a realizar un seguimiento de mis costos de bolsillo?

Comience a rastrear el día en que su hijo se vuelve elegible para CHIP. Hemos incluido un formulario para ayudarle a realizar un seguimiento de estos gastos cada año. Consulte el "Formulario de reclamo de costos máximos de bolsillo" en la página 33, llame al 1-888-222-2542 para que le envíen un formulario por correo o descárguelo de: www.health.utah.gov/chip/resources.

¿Cuáles son las fechas del período de beneficios?

El período de beneficios es de 12 meses de cobertura de CHIP, comenzando con el mes en que su hijo se volvió elegible para CHIP. Cheque con DWS si no sabe en qué mes comenzó la cobertura de CHIP de su hijo.

El período de beneficios puede ser menos de 12 meses si:

- su hijo ya no califica para CHIP;
- solicita una revisión anticipada de su elegibilidad médica;
- su hijo se vuelve elegible para Medicaid; o
- su hijo califica para un mejor plan de CHIP

¿Cómo demuestro que he pagado el máximo de gastos de mi bolsillo?

- Cada vez que pague un copago o deducible, escriba la información en el "Formulario de reclamo de costos máximos de bolsillo" (página 29).
- Una vez que los copagos y deducibles se suman a su 5% máximo o más, envíe por correo o fax el formulario de reclamo completo a:
  OMHC CHIP, PO Box 143108, Salt Lake City, UT 84114-3108
  Fax: (801) 538-6099
  O Llame al 1-888-222-2542 o al 801-538-6728 en el Condado Salt Lake
- Usted puede obtener más formularios de reclamo llamando al 1-888-222-2542 o descargándolo de: www.health.utah.gov/chip/resources

- Usted puede conseguir más formularios de reclamo llamando al 1-866-772-1261 o en health.utah.gov/chip.

¿Qué pasa después?

- CHIP se asegurará de que haya cumplido con los costos máximos de bolsillo del 5%.
- Si ha alcanzado su máximo, CHIP le enviará una carta verificando que se ha alcanzado su máximo de bolsillo personal y que no debe copagos ni deducibles hasta el final del período de beneficios.
- Usted puede usar la carta para mostrarle a su proveedor de atención médica que no debe copagos ni deducibles hasta que obtenga una nueva tarjeta.
- Recibirá nuevas tarjetas de su plan de salud y dental que demuestren que no se debe ningún copago, si alcanza el máximo de bolsillo personal antes del final de su período de beneficios actual.

¿Qué pasa si mis ingresos cambian?

Si sus ingresos o el tamaño de su hogar cambian, puede calificar para un plan CHIP de menor costo. También puede calificar para un programa de asistencia médica diferente. Para averiguarlo, puede pedir una revisión anticipada. Si aún califica para CHIP, se producirán los siguientes cambios:

- Comienza un nuevo período de beneficios de 12 meses
- Tiene una nueva cantidad de máximo del 5% para copagos y deducibles
- La cantidad máxima del 5% comienza de nuevo
- Los copagos, deducibles o primas pagados en el año de beneficios anterior no cuentan para la cantidad máximo de bolsillo personal del nuevo período de beneficios.

RECURSOS

Servicios de Elegibilidad

Hable con un trabajador de elegibilidad llamando al Centro de Servicios de Elegibilidad de DWS al 1-866-435-7414. También puede acceder a información sobre su caso en línea, incluido el estado de sus beneficios y las verificaciones recibidas por DWS. También puede chatear en línea con un trabajador de elegibilidad en: https://jobs.utah.gov/mycase

Un trabajador de elegibilidad de DWS también puede ayudarle si tiene familiares en Medicaid o en Premium Partnership for Health Insurance (UPP) de Utah.

Encuentre Su Oficina Local de Servicios de Salud para Tribus / Indígenas

Nombre	Contacte	Teléfono
Confederated Tribes of Goshute Indian Reservation	Christine Steele	(435) 234-1194
Fort Duchesne U & O Indian Health Services Clinic	Francine Kagenveama	(435) 725-6828
Utah Navajo Health Systems, Inc. Blanding Family Practice Montezuma Creek Community Health Center Monument Valley Health Center Navajo Mountain Health Center	 Maure Keith Darlene Eddie Gilene Smith-Walker Gilene Smith-Walker	 (435) 678-3601 (435) 651-3746 (435) 727-3000 (435) 727-3000
Northwestern Band of Shoshone Nation	Gayla Pena	(435) 734-2286
Paiute Indian Tribe of Utah	Laurel Yellowhorse (Outreach & Benefits) Shivwits Clinic Cedar City Clinic Koosharem Clinic Kanosh Clinic	(435) 586-1112 or 1-800-658-5340 (435) 688-8198 (435) 867-1520 (435) 893-0977 (435) 759-2610
Urban Indian Center of Salt Lake	Victoria Migoli	(801) 214-7664
Ute Mountain Ute Health Center	Sophie Romero	(970) 565-4441
Ute Indian Tribe Ute Family Services Family Group Decision Making Support Staff	 Cecilia Bausch Kaye Black	 (435) 725-4054 (435) 725-4876

-Usted puede arrancar esta página.-

CHIP
Asegurando a los Niños de Utah

Formulario de Reclamo de Costos Máximos de su Bolsillo

Mi máximo de bolsillo es: $_____
Nombre de Padre/Guardián: _____
Plan de Salud y Dental:_____

Le hemos proveído este formulario para ayudarle a realizar un seguimiento de los servicios médicos y dentales de sus hijos. Una vez que haya alcanzado su máximo de bolsillo personal, devuelva este formulario a CHIP (vea a continuación). Complete una línea por cada copago o coseguro que pague. No es necesario que envíe recibos, pero consérvelos para sus registros.

Usted puede enviar formularios de facturas hasta un año después del final del año de beneficios en donde se producen los gastos.

Nombre del niño	Fecha de visita o factura	¿Pagaste esta factura? S/N	Nombre y Dirección del Proveedor de Atención Médica	Cantidad de Copago o Co-seguro
			Subtotal en esta página	

Gran Total (todas las páginas) $_____

Regrese esta forma a:
OMHC CHIP, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-538-6099
E-mail: chip@utah.gov

Nombre del niño	Fecha de visita o factura	¿Pagaste esta factura? S/N	Nombre y Dirección del Proveedor de Atención Médica	Cantidad de Copago o Co-seguro
			Subtotal en esta página	

Regrese esta forma a:
CHIP, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-538-6099
E-mail: chip@utah.gov

-Usted puede arrancar esta página.

CHIP
Asegurando a los Niños de Utah

Formulario de Selecciones de Planes de Salud

Una vez que haya elegido un plan de salud, envíe este formulario por correo o fax a un HPR. O envíe un correo electrónico a chiphpr@utah.gov con su elección de plan y la información a continuación.

(Por favor escriba claramente)

Caso #		
Nombre de Padre/ Guardián	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento
Nombre (s) del niño / niños	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento
	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento
	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento
	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento
Información de Contacto	(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)	
	(Teléfono de Día)	(Teléfono Celular)
	(Correo Electrónico)	
Mi Elección de Plan de Salud	☐ SelectHealth	☐ Molina

Nota: Usted debe permanecer en su plan de salud seleccionado hasta el 30 de junio de cada año.

Regrese esta forma a:
OMHC CHIP HPR, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-237-0743
E-mail: chiphpr@utah.gov

-Usted puede arrancar esta página.-

Nombre/s del niño/s	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento
	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento
	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento
	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento
	(Primer, Apellido)	Fecha de Nacimiento

Regrese esta forma a:
OMHC CHIP HPR, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-237-0743
E-mail: chiphpr@utah.gov

-Usted puede arrancar esta página.

Derechos y Responsabilidades de los Miembros de CHIP

Las personas que son elegibles para CHIP tienen derecho a:

- Recibir beneficios correctos y a tiempo.
- Recibir una notificación adecuada si hay un cambio en los beneficios para que califican.
- Ser tratado con dignidad, cortesía y respeto.
- Recibir información sobre programas médicos, incluidos Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños. Cualquiera puede consultar una copia del manual de pólizas de cualquier programa.

Sus responsabilidades como Miembro de CHIP:

Usted debe reportar los siguientes cambios al Departamento de Workforce Services dentro de los diez (10) días calendario posteriores al día en que se enteró del cambio.

- Su hijo comienza a recibir cobertura bajo un grupo de plan de salud u otra cobertura de seguro médico.
- Obtiene acceso a la cobertura de un plan de seguro ofrecido por un empleador donde el costo de inscribir al niño es menos del 5% de los ingresos contables de su hogar.
- Empieza a tener cobertura u obtiene acceso a la cobertura bajo el plan de salud grupal de un empleador estatal debido al empleo de un padre o tutor legal con el estado.
- Su hijo inscrito deja el hogar o muere.
- Su hijo inscrito o su hogar se cambia fuera del estado.
- Su hijo inscrito o su hogar cambia su dirección.
- Su hijo inscrito ingresa a una institución pública o un
- Institución para Enfermedades Mentales.

Una persona que intencionalmente proporcione información falsa y que completó la solicitud en nombre de un miembro es responsable de reembolsar cualquier beneficio incorrecto recibido por el miembro.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah
División de Salud Integrada

Aviso de Derechos de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE. Vigencia: 17 de febrero de 2015.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah, División de Salud Integrada (DIH) está comprometido a proteger su información médica. La ley requiere que DIH mantenga la privacidad de su información médica, le proporcione este aviso y cumpla con los términos de este aviso.

CÓMO UTILIZAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

DIH puede utilizar su información médica para realizar nuestras actividades comerciales. Ejemplos:

Tratamiento: podemos utilizar su información médica para determinar de manera apropiada las aprobaciones o negaciones de su tratamiento médico. Por ejemplo, si usted es un beneficiario de Medicaid, el Programa de seguro médico para niños (CHIP) o un beneficiario de Premium Partnership for Health Insurance (UPP) de Utah, podemos revisar el plan de tratamiento proporcionado por su proveedor de atención médica para determinar si es médicamente necesario.

Pago: podemos utilizar su información médica para determinar su elegibilidad en el programa Medicaid, CHIP o UPP y realizar el pago a su proveedor de atención médica. Por ejemplo, podemos revisar las reclamaciones de pago por parte de DIH por servicios médicos que recibió de su proveedor.

Operaciones de Atención Médica: podemos utilizar su información médica para evaluar el desempeño de un plan de salud o un proveedor de atención médica. Por ejemplo, DIH contrata consultores que revisan los registros de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad de la atención que recibió.

Fines Informativos: podemos utilizar su información médica para brindarle información útil, como opciones de planes de salud, actualizaciones de beneficios del programa y exámenes médicos gratuitos

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted Tiene el Derecho a:

- Solicitar por escrito restricciones sobre cómo usamos y compartimos su información médica. Consideraremos todas las solicitudes de restricciones cuidadosamente, pero no estamos obligados a aceptar ninguna restricción. *
- Solicitar que usemos un número de teléfono o una dirección específicos para comunicarnos con usted.
- Inspeccionar y obtener una copia de su información médica (incluida una copia electrónica si mantenemos el registro de manera electrónica). Pueden aplicarse cuotas. En circunstancias limitadas, podemos denegarle el acceso a una parte de su información médica y puede solicitar una revisión de negación. *
- Solicitar por escrito correcciones o adiciones a su información médica.
- Cambiar su participación en el Intercambio de Información de salud Clínica (cHIE). Contacte a cHIE por teléfono (801.466.7705), fax (801.466.7169) o en chie@uhin.org para cambiar su estado de participación.
- Solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su información médica realizadas por nosotros. La contabilidad no incluye las divulgaciones realizadas para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica y algunas divulgaciones requeridas por la ley. Su solicitud debe indicar el período de tiempo deseado para la contabilidad, que debe estar dentro de los seis años anteriores a su solicitud. La primera contabilidad es gratuita, pero se aplicará una cuota si se realiza más de una solicitud en un período de 12 meses.*
- Las solicitudes marcadas con un asterisco (*) deben realizarse por escrito.

  * Debe realizarse por escrito. Contacte con el Oficial de Privacidad de la DIH para obtener el formulario apropiado para su solicitud.

Contacte al Oficial de privacidad de la DIH para que lo ayude con cualquier pregunta que pueda tener sobre la privacidad de su información médica. El oficial de privacidad lo ayudará a completar los formularios necesarios para ejercer sus derechos de privacidad.

COMPARTIENDO SU INFORMACIÓN MÉDICA

Hay situaciones limitadas en las que se nos permite o exige divulgar información médica sin su autorización firmada. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar los programas de Medicaid, CHIP y UPP y lo siguiente:

- A nuestros socios comerciales que prestan servicios en nuestro nombre. Exigimos a todos los socios comerciales que protejan adecuadamente su información de acuerdo con la ley aplicable.
- Según lo requiera la ley. El uso y la divulgación se realizarán en pleno cumplimiento de las leyes aplicables que rigen la divulgación.
- A los investigadores siempre que se hayan tomado todos los procedimientos requeridos por la ley para proteger la privacidad de los datos;
- Al Departamento de Salud para informar enfermedades transmisibles, lesiones traumáticas, defectos de nacimiento o para estadísticas vitales, como nacimiento o muerte;
- A un director de funeraria o una agencia de donación de órganos cuando muere un paciente, o a un médico forense cuando sea apropiado para investigar una muerte sospechosa;
- A las autoridades estatales para denunciar el abuso de niños o ancianos;
- A las fuerzas del orden por ciertos tipos de lesiones relacionadas con delitos, defectos de nacimiento o estadísticas vitales, como disparos;
- Al Servicio Secreto o NSA para proteger, por ejemplo, al país o al Presidente;
- Al fabricante de un dispositivo médico, según lo requiera la FDA, para monitorear la seguridad de un dispositivo médico;
- A los funcionarios judiciales o un tribunal administrativo según lo requiera la ley, en respuesta a una orden o una citación judicial válida;
- A las autoridades gubernamentales para prevenir amenazas graves a la salud o seguridad del público;
- A agencias gubernamentales y otras partes afectadas para informar una violación de la privacidad de la información médica;
- A un programa de compensación para trabajadores si una persona se lesiona en el trabajo y reclama beneficios bajo ese programa.

Otros usos y divulgaciones de su información médica, además de los explicados anteriormente, requieren su autorización firmada. Por ejemplo, no usaremos su información médica a menos que nos autorice por escrito a:

- Compartir cualquiera de sus notas de psicoterapia, si existen, con un tercero que no sea parte de su atención;
- Proporcionar este aviso que describe las formas en que podemos usar y compartir su información médica;
- Comparta su información médica con empresas de marketing; o
- Vender su información médica identificable.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD

DIH está obligado por ley a:

- Mantener la privacidad de su información médica;
- Proporcionar este aviso que describe las formas en que podemos usar y compartir su información médica;
- Notificarle si su información médica se vio afectada por una infracción; y
- Siga los términos del aviso actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de realizar cambios en este aviso en cualquier momento y hacer que las nuevas prácticas de privacidad sean efectivas para toda la información que mantenemos. Los avisos actuales se publicarán en las oficinas del DIH y en nuestro sitio web, http://health.utah.gov/hipaa. También puede solicitar una copia de cualquier aviso de su Oficial de Privacidad de DIH que se mencionan a continuación.

CONTÁCTENOS

Si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud,

Los beneficiarios de Medicaid, CHIP y UPP deben comunicarse con el Oficial de Privacidad de DIH, Stephanie Argoitia, 801538-9925; 288 North 1460 West, PO Box 143102, Salt Lake City, Utah 84114-3101; sargoitia@utah.gov.

Investigaremos todas las quejas y no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles en la siguiente dirección:
Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, S. W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201

Departmento de
Salud y
Servicios Humanos
de Utah

La información de la Guía para miembros de CHIP puede cambiar sin previo aviso. Esta guía contiene una breve descripción de la cobertura y no es una póliza, cobertura o acuerdo de servicio. Una descripción detallada de los servicios está disponible en SelectHealth, Molina, Premier Access y la póliza maestra.

CHIP
PO Box 143108
SLC, UT 84114-3108

PRST STD
U.S. Postage
PAID
Salt Lake City, UT
Permit No. 4621

CHIP

Asegurando a los Niños de Utah