CHIP

Programa de Seguro de Salud para Niños

1-877-543-7669

health.utah.gov/chip

Guía para el Afiliado

Números de teléfono importantes

Línea CHIP Premium: 1-866-435-7414 (seleccione la opción 5)
CHIP Hotline: 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) o 1-888-222-2542
Representante del Programa de Salud (HPR): 1-866-608-9422
Sitio web de CHIP: www.health.utah.gov/chip
Educación en la página de Internet 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
DentaQuest: 1-800-483-0031 or www.dentaquestgov.com

Información Adicional

Encuentre la Oficina de Servicios de Elegibilidad: 1-888-222-2542
Servicios de Elegibilidad (DWS): 1-866-435-7414
myCase (Información en el internet acerca de su caso): https://jobs.utah.gov/mycase
Primary Care Network (Seguro de Salud para Adultos PCN): 1-888-222-2542 o www.health.utah.gov/pcn
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 Afiliado

julio de 2017 eficaz

Tabla de Contenidos

Introducción 5
- Bienvenidos 6
- Resumen de Beneficios Cubiertos por CHIP 6
- Benefit Lookup Tool 7
- Su Representante del Programa de Salud (HPR) 7
- Su Oficina de Servicios de Elegibilidad 7
- Renovación de Matrícula 8
- Servicios de Interpretación 8
- Prácticas de Confidencialidad y Privacidad (HIPAA) 9

Selección del Plan Médico y Dental 11
- ¿Cómo Escoger un Plan Médico y Dental? 12
- Condados 13
- Hospitales 14
- ¿Cómo Escoger un Plan de Dental? 16
- Preguntas Frecuentes Sobre Planes de Salud 17
- Preguntas Frecuentes Sobre Planes de Salud y Otros Tipos de Seguro 19

Cuotas y Co-pagos 21
- Cuotas 22
- Co-pagos 23
- Co-pagos de Plan B/C 24
- Máximo de su Bolsillo 26

Recursos 29
- Servicios de Elegibilidad 30
- Formulario de Reclamo de Máximo de su Bolsillo 31
- Formulario de Selección del Plan de Salud 33
- Derechos y Responsabilidades del Afiliado a CHIP 35
- Aviso de Prácticas de Privacidad 36

INTRODUCCIÓN

Bienvenidos

Bienvenidos al programa de seguro de salud 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 muchos beneficios y provee estos servicios a través de dos planes médicos:

- SelectHealth
- Molina Healthcare of Utah

Dos planes dentales:

- Premier
- Dentaquest

Una vez aprobado por CHIP, usted deberá elegir un plan de salud para poder comenzar a utilizar sus beneficios y servicios. Los beneficios de CHIP son iguales sin importar el plan que usted elija. Su Representante del Programa de Salud (HPR) lo ayudará en ese proceso (página 7).

Para más información de procedimientos de CHIP, visite www.utahcares.utah.gov/infosourcehip.

Resumen de Beneficios Cubiertos por CHIP

CHIP cubre los siguientes beneficios para sus hijos:

- Exámenes médicos de rutina para niños ($0 co-pagos)
- Vacunas ($0 co-pagos)
- Visitas al doctor
- Servicios de emergencias médicas
- Recetas médicas
- Exámenes de audición y visión
- Servicios de salud mental
- Servicios dentales para la prevención y tratamiento de caries ($0 co-pagos para exámenes y limpiezas)

Como el cuidado preventivo es muy importante para mantener a su hijo saludable, CHIP no requiere co-pagos para exámenes médicos de rutina ni vacunas. Para ver una lista más detallada sobre los beneficios y co-pagos, vaya a la página 24.

Benefit Lookup Tool

Puede revisar su cobertura e información del plan de salud usando el Benefit Lookup Tool en el sitio web www.mybenefits.utah.gov.

El individuo primario de la familia puede ver la cobertura e información del plan de salud para toda la familia. Adultos y niños mayores de 18 años pueden ver su propia cobertura e información del plan de salud. El acceso también se puede dar a los representantes médicos.

Para obtener información adicional sobre el acceso o cómo ver información de beneficios, por favor visite www.mybenefits.utah.gov o llame 1-844-238-3091.

Su Representante del Programa de Salud (HPR)

Su HPR le ayudará a escoger su plan de salud médico y dental. Vea "Cómo escoger un Plan Médico y Dental" en la página 12 para obtener mayor información. Su HPR también:

- Le ofrecerá clases gratis sobre cómo funciona CHIP
- Responderá preguntas generales sobre su plan de salud
- Le dará herramientas de educación en el Internet sobre CHIP en www.health.utah.gov/umb

En "Selección de Plan Médico y Dental" (página 11) encontrará más información al respecto.

Su Oficina de Servicios de Elegibilidad

Un representante de la oficina de servicios de elegibilidad (DWS) procesa su solicitud, determina si es elegible y realiza la renovación anual de su matrícula.

Usted deberá llamar a la oficina de admisión en caso de:

- Cambios en el número de integrantes de su familia
- Cambios de dirección, número de teléfono, o si se muda o cambia fuera del estado
- Cambios de cobertura médica (Permite a los DWS conocer dentro del término de 10 días si sus hijos han sido inscritos con otro seguro de salud o si el seguro está disponible a través de su trabajo. Lea más acerca de otros seguros en la página 19.)

Usted no necesita llamar a su representante de la oficina de admisión cuando sus ingresos cambian. Sin embargo, si sus ingresos disminuyen considerablemente, deberá llamar a su oficina de admisión para saber si usted califica para co-pagos más bajos, cuotas, o para un programa de asistencia médica diferente.

Puede hablar con un trabajador de elegibilidad DWS o averiguar el estado de su aplicación recertificación, verificaciones, etc., por:

- Teléfono - 1-866-435-7414
- Acceso en línea a myCase (24 horas): https://jobs.utah.gov/mycase
- Chatear con un trabajador de elegibilidad (horario comercial): https://jobs.utah.gov/mycase

Preocupaciones con respecto a la elegibilidad. Si no esta de acuerdo con la decisión sobre su caso o siente que le han tradado injustamente, tiene derecho a:

- Hablar con un representante o con su supervisor
- Llamar al Departamento de Workforce Services (DWS) Office of Constituent Services al 800-331-4341
- Si desea pedir una audiencia justa, debe hacerlo antes de que pasen 90 días después de recibir la noticia de acción del DWS sobre su caso

Renovación de Matrícula

CHIP revisa su matrícula cada doce meses a partir del comienzo del programa.

- Llegado el momento de la renovación, CHIP le enviará una solicitud de renovación.
- Usted tendrá que seguir las instrucciones y completar la forma de renovación.
- Usted también podría completar la forma de renovación de CHIP en el internet yendo a donde dice *MyCase*.

Es importante completar la renovación dentro del plazo designado ó su caso se cerrará.

Servicios de Interpretación

Si usted es sordo o sufre alguna discapacidad auditiva, o habla otro idioma, puede solicitar un intérprete. Cuando se comunique con CHIP Hotline o con CHIP Premium Office, se le ofrecerá un intérprete telefónico para que lo ayude. Si necesita servicios de interpretación en la oficina de su doctor o de su dentista, llame a su plan de seguro de salud (SelectHealth/Molina) o a su seguro dental (Premier Access/DentaQuest) para hacer los arreglos de interpretación, antes de hacer la cita con el doctor.

Prácticas de Confidencialidad y Privacidad (HIPAA)

El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad (HIPAA) describe cómo se puede utilizar y revelar su información médica y de qué manera puede usted acceder a esa información. El Departamento de Salud de Utah está comprometido a proteger su información médica, hacerle llegar este aviso y respetar las normas de dicho aviso. Vaya a la página 37.

Referencia: www.health.utah.gov/hipaa

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

¿Cómo Escoger un Plan Médico?

CHIP tiene dos planes de salud: SelectHealth y Molina. Usted puede elegir el que quiera. Los beneficios y co-pagos de SelectHealth y Molina son los mismos, pero la lista de doctores y hospitales podría ser diferente. Por favor verifique con su doctor para saber que planes médicos acepta. Tambien puede llamar al teléfono gratis de las oficinas de los dos planes médicos para que le informen si su doctor esta inscrito con ellos.

1. Para elegir su plan Médico, siga los siguientes pasos:

- Si usted es elegible para CHIP, recibirá una carta donde se le pedirá que elija su plan de salud.
- Comuníquese con su Representante del Programa de Salud (HPR) en cuanto reciba la carta.
- Las listas en cuadro de las páginas siguientes lo ayudarán a decidirse.

2. Póngase en contacto con su Representante del Programa Médico (HPR).

- Una vez elegido el plan médico, comuníquese con su Representante del Programa Médico (HPR):
  - Envíe un correo electrónico a **chiphpr@utah.gov** con la elección de su plan médico, número de caso, nombres de los padres/ guardián legal y niños, e información de contacto.
  - Envíe por correo el Formulario de Selección del Plan Médico (página 33):
    BMHC CHIP HPR
    PO Box 143108, SLC, UT 84114
  - Envíe por fax el Formulario de Selección del Plan de Salud (página 33): (801) 237-0743
  - Llame a su HPR usando los siguientes números telefónicos:
    Si vive en el Condado de Salt Lake: (801) 526-9422
    Número de llamada gratis 1-866-608-9422

Es esencial que usted elija su plan médico adentro de dos semanas de la aprobación o se asignará uno. Si su hijo fue atendido por un médico u hospital que no está cubierto bajo el plan médico se selecciona o se le asigna, usted puede ser responsable del pago. **Nótese: si usted no informa a su HPR sobre el plan que desea, se le designará un plan automáticamente.**

Condados

Esta es una lista de condados donde los servicios de CHIP se ofrecen. Comuníquese con los planes de salud si necesita más información.

Condados disponibles	**SelectHealth** 1-800-515-2220 www.selecthealth.org	**Molina** 1-888-483-0760 www.molinahealthcare.com
Beaver	☑	☑
Box Elder	☑	☑
Cache	☑	☑
Carbon	☑	☑
Daggett	☑	☑
Davis	☑	☑
Duchesne	☑	☑
Emery	☑	☑
Garfield	☑	☑
Grand	☑	☑
Iron	☑	☑
Juab	☑	☑
Kane	☑	☑
Millard	☑	☑
Morgan	☑	☑
Piute	☑	☑
Rich	☑	☑
Salt Lake	☑	☑
San Juan	☑	☑
Sanpete	☑	☑
Sevier	☑	☑
Summit	☑	☑
Tooele	☑	☑
Uintah	☑	☑
Utah	☑	☑
Wasatch	☑	☑
Washington	☑	☑
Wayne	☑	☑
Weber	☑	☑

Hospitales

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

Hospitales	SelectHealth	Molina
Alta View Hospital	☑	
American Fork Hospital	☑	
Ashley Regional Medical Center	☑	
Bear River Valley Hospital	☑	☑
Bear Lake Memorial Hospital	☑	
Beaver Valley Hospital	☑	☑
Blue Mountain Hospital	☑	☑
Brigham City Community Hospital	☑	☑
Cache Valley Specialty Hospital	☑	☑
Cassia Regional Medical Center	☑	☑
Castle View Memorial Hospital	☑	☑
Central Valley Medical Center	☑	☑
Davis Hospital & Medical Center	☑	☑
Delta Community Medical Center	☑	☑
Dixie Regional Hospital	☑	☑
Fillmore Community Medical Center	☑	☑
Franklin County Medical Center	☑	
Garfield Memorial Hospital	☑	☑
Gunnison Valley Hospital	☑	☑
Heber Valley Medical Center	☑	☑
Huntsman Cancer Hospital	☑	
Intermountain Medical Center	☑	
Jordan Valley Hospital		☑
Kane County Hospital	☑	☑
Lakeview Hospital		☑
LDS Hospital	☑	☑*
Logan Regional Hospital	☑	☑
McKay Dee Medical Center	☑	
Milford Valley Memorial Hospital	☑	☑
Moab Regional	☑	☑
Mountain View Hospital		☑
Mountain West Medical Center	☑	☑
Ogden Regional Medical Center		☑

* Requiere aprobación previa del plan de salud

Continuación de Hospitales

Hospitales	SelectHealth	Molina
Oneida County Hospital	☑	
Orem Community Hospital	☑	
The Orthopedic Specialty Hospital	☑	
Park City Medical Center	☑	
Pioneer Valley Hospital		☑
Primary Children's Medical Center	☑	☑
Riverton Hospital	☑	
Salt Lake Regional Medical Center		☑
San Juan Hospital	☑	☑
Sanpete Valley Hospital	☑	☑
Sevier Valley Medical Center	☑	☑
St. Marks Hospital		☑
Timpanogos Regional Hospital		☑
Uintah Basin Medical Center	☑	☑
University of Utah Hospital		☑
Utah Valley Regional Medical Center	☑	☑*
Valley View Medical Center	☑	☑

* Requiere aprobación previa del plan de salud

¿Cómo Escoger un Plan Dental?

CHIP tiene dos planes de seguro dental: Premier Access y DentaQuest

Wasatch Front. Si usted vive dentro de los límites del "Wasatch Front" (incluyendo los condados de Salt Lake, Condado de Utah, Weber y Davis) usted puede escoger entre DentaQuest y Premier Access.

No Wasatch Front. Si usted vive en cualquier condado diferente a los condados de Salt Lake, Condado de Utah, Weber y Davis, su plan de seguro dental será Premier Access. Antes de recibir tratamiento dental, verifique que su dentista acepta el seguro dental Premier Access.

Los beneficios y co-pagos de Premier Access y DentaQuest son los mismos, pero la lista de dentistas podría ser diferente. Por favor verifique con su dentista actual para saber qué planes de seguro acepta. También puede llamar al teléfono gratis de las oficinas de los dos planes de seguro para que le informen si su dentista está inscrito con ellos.

Una vez elegido un plan dental, comuníquese con su Representante del Programa de Salud (HPR):

- Envíe un correo electrónico a **chiphpr@utah.gov** con la elección de su plan de salud, número de caso, nombres de los padres/ guardián legal y niños, e información de contacto.
- Envíe por correo el Formulario de Selección del Plan de Salud (página 33):
  BMHC CHIP HPR
  PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
- Envíe por fax el Formulario de Selección del Plan de Salud (página 33): (801) 237-0743
- Llame a su HPR usando los siguientes números telefónicos:

Si vive en el Condado de Salt Lake:	(801) 526-9422
Número de llamada gratis	1-866-608-9422

Nótese: Si usted no informa a su HPR sobre el plan que desea, se le designará un plan automáticamente.

Preguntas Frecuentes

¿Cómo me ayudan los servicios de seguro médico y seguro dental?

Su plan de salud:

- Procesará sus reclamos
- Le enviará su tarjeta médica y dental
- Le enviará un panfleto que incluye una lista de profesionales los cuales brindan servicios de atención médica para que usted elija
- Pre autorizará procedimientos cuando sea necesario
- Contestará sus preguntas sobre los beneficios

¿Cuándo recibiré mi tarjeta médica y dental?

Usted recibirá sus tarjetas de identificación de servicio de seguro para cada niño inscrito en el servicio de seguro CHIP, dentro de las próximas 2-3 semanas después de que ha seleccionado el plan de salud que quiere usar. Si usted no recibe su tarjeta o si la pierde, comuníquese con su Plan.

¿Qué debo hacer si mis hijos necesitan atención médica antes de recibir la tarjeta médica?

En algunos casos puede que tenga que pagar por los servicios. Usted puede haber un reembolso po los servicios cubiertos de CHIP. Si tiene preguntas, póngase en contacto con su plan médico, plan dental o un HPR.

¿Recibiré una nueva tarjeta médica si agrego un miembro de la familia a CHIP?

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

¿Cómo sé qué servicios están cubiertos por CHIP?

Su plan médico y dental le enviará un paquete que incluye información sobre los beneficios, pre autorizaciones y una lista de profesionales de servicios médicos que usted puede utilizar. Llame a su plan de salud si no recibe el paquete de 4 a 6 semanas.

¿Tengo que usar uno de los proveedores participantes ?

Sí. Tanto el plan de seguro médico como el plan de seguro dental requieren que usted use uno de los proveedores que participan en la red.

¿Necesito una recomendación antes de ver a un especialista?

Verifique con su plan de seguro médico o su plan de seguro dental antes de hacer la cita con el médico o dentista para asegurarse que los doctores que va a utilizar participan en la red de proveedores.

¿Qué farmacias puedo usar?

Usted puede usar cualquier farmacia que acepte SelectHealth o Molina. Su plan de salud le enviará información más detallada.

¿Me pueden ayudar a coordinar mis servicios médicos?

Sí. SelectHealth y Molina ofrecen servicios de organización de casos que lo ayudarán a coordinar sus servicios médicos. Comuníquese con su plan de salud para más información.

¿Puedo cambiar mis planes médico y dental?

Usted deberá quedarse con el plan de salud que eligió hasta el 30 de Junio de cada año. Sin embargo, usted puede cambiar su plan durante el período de cambio de plan anual, desde mayo hasta mediados de junio. Cualquier cambio realizado en ese período tendrá efecto el 1 de julio de ese año. Usted recibirá una carta cada año donde se le recordará el período de cambio del plan anual.

Si usted se muda o cambia de condado dentro del estado de Utah, deberá llamar a su representante del programa de salud porque posiblemente su plan médico no estará disponible en el nuevo condado. Para más información, comuníquese con su Representante del Programa de Salud (HPR) (página 12).

¿Existe algún otro beneficio que deba conocer?

Llame a SelectHealth o Molina para más información sobre incentivos u otros programas que le puedan ofrecer.

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

Si usted no está de acuerdo con las acciones de su plan de salud médico o dental, puede apelar la decisión. Si lo hace, debe apelar dentro de los siguientes 30 días a la fecha en que le comunicaron la acción o decisión.
Si usted no está de acuerdo con el resultado del proceso de apelación de su plan de salud, puede solicitar una audiencia con la Unidad de Audiencias de la División de Medicaid y Financiación de Salud (Hearing Unit at the Division of Medicaid and Health Financing). La audiencia se debe solicitar dentro de los siguientes 30 días de la fecha en que recibió la decisión de su apelación sobre el plan de salud.

Usted debe hacer primero una apelación sobre su plan de salud, antes de que pueda obtener una audiencia con la Unidad de Audiencias del Estado. Si usted no apela primero, no puede tener una audiencia con el estado.

¿Qué pasa si mi hijo recibe cobertura de otra compañía de seguro de salud después de que es aprobado por CHIP?

Su niño no puede tener otro seguro estar cubierto por CHIP a menos que el seguro es un plan de cobertura limidada (como un plan dental o plan de visión único, etc).

Debe indicarle al DWS dentro de 10 días si cualquiera de lo siguiente ocurre mientras su hijo está cubierto por CHIP:

- Usted obtiene un seguro para su hijo o si uno de los padres que no tiene la custodia del niño le ofrece un seguro para su hijo.
- Usted o su cónyuge obtiene acceso seguro a través de su empleador.

¿ Qué pasa cuando yo reporto la información sobre el seguro de salud a DWS?

DWS revisará la información para determinar si el caso CHIP de su hijo puede permanecer abierto. Si el seguro de salud no incluye las excepciones mencionadas anteriormente, su caso será cerrado. En ese momento usted debe informar a los proveedores de salud de su hijo para que envíen las cuentas por servicios de salud a su hijo a la nueva compañía de seguros y no a CHIP.

¿ Qué pasa cuando mi hijo ha estado cubierto por otro seguro médico por un tiempo y yo no lo reporté o no sabía acerca del otro cubrimiento?

Su niño no puede tener CHIP además a otra cobertura médica, a menos que el seguro es un plan de cobertura limitada. Si su hijo está cubierto por otro seguro médico mientras recibe cobertura de CHIP tendrá un sobrepago.

Esto significa que usted puede ser responsable de pagar al estado el importe de la prima médica que el estado había pagado por el plan médico y dental de CHIP de su hijo cada mes que su hijo fue elegible para CHIP.

Comuníquese con su trabajador de elegibilidad DWS para reportar todos los cambios en la cobertura de seguro dentro de los 10 días del cambio.

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

En Utah los que reciben servicios medicos (Medicaid, CHIP, UPP, PCN) son enrolados en forma automatic en el Utah Clinical Health Information Exchange (cHIE o Sistema de Intercambio de Informacion de Salud Clinica de Utah). Para conseguir mas informacion o para cambiar a no participar mas en cHIE, visite www.mychie.org or contacte a su proveedor de cuidado de salud.

CUOTAS & CO-PAGOS

Cuotas/Primas

Según sus ingresos usted tendrá que pagar una cuota (un máximo de $75) cada tres meses. La cuota es una cantidad fija y no se toma en cuenta el número de hijos que usted tenga.

La oficina de negocios del departamento de Workforce Services (DWS) le mandará una factura de cobro en el momento en que debe pagar la prima del seguro. Usted recibirá esas facturas cada tres (3) meses, empezando con el primer mes en que su niño fue inscrito en el programa CHIP.

DWS también tiene disponible opciones de pago mensual. Solamente tiene que llamar a la oficina de negocios de DWS y preguntar al respecto.

Usted puede escoger una de las siguientes opciones para pagar sus primas:

- **Online:** https://jobs.utah.gov/mycase
- **Teléfono:** DWS Business Office (Oficina de Negocios)
  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

Cargos por atraso de pago. Es muy importante que haga el pago de la cuota en la fecha establecida para evitar el recargo de $15 adicionales a su cuenta. De ser así, usted deberá hacer el pago de ambos, tanto de la cuota comodel recargo de atraso para mantener al niño en el programa CHIP. Si no hace el pago de la cuota, la inscripción de su niño quedará automáticamente cerrada.

Puede haber un retraso en obtener beneficios hasta que sus planes médicos y dentales son notificados de que su hijo es elegible nuevamente. Si su niño tiene una necesidad inmediata, póngase en contacto con su HPR.

Co-pagos

La mayoría de las familias necesitarán abonar un co-pago por los servicios médicos y dentales. Un representante de la oficina de admisión local le asignará un Plan B o C de co-pago de acuerdo a sus ingresos. El co-pago que usted tiene designado estará impreso en su tarjeta de identificación de CHIP. Las próximas páginas describen los beneficios y co-pagos para cada plan. Los servicios de cuidados preventivos como vacunas y exámenes de rutina, no requieren co-pago.

Deducible. Sin embargo, los Planes B y C requieren el pago de un deducible. El deducible es un porcentaje que no está cubierto por CHIP. Usted debe pagar el deducible antes de que CHIP abone el porcentaje restante de su factura. Esto es para pacientes internados, pacientes de consulta y servicios de diagnóstico importantes.

¿Quién no paga co-pagos o primas del seguro de salud?

Los niños indios-americanos nativos y los niños nativos de Alaska no pagan co-pagos o primas trimestrales por el seguro de salud CHIP. Estos niños inscritos en CHIP deben proveer su verificación de identidad de que pertenecen a una tribu. La tribu debe estar reconocida por el gobierno federal.

Verificación aceptable para niños indio-americanos nativos y / o nativos de Alaska:

- Certificado de identificación de la tribu/Tarjeta o número de la tarjeta
- Certificado del grado de consanguineidad nativo Indio-Americano o de Alaska (CDIB) firmado Por la Oficina de Asuntos Indios (BIA)
- Hoja del Indian Heath Services (IHS) (El IHS es un registro médico certificado por IHS como un registro original)

Co-pagos de Plan B	
Máximo de su bolsillo	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales*
Cuota/tarifa	$30.00 por familia/cada tres meses
Condición previamente existente	No período de espera
BENEFICIOS DE MÉDICOS	
Deducible	$40.00 por familia
Exámenes para niños sanos	$0.00
Vacunas	$0.00
Visitas al doctor	$5.00
Visitas al especialistas	$5.00
Visitas a la sala de emergencia	$5.00; $10.00 no-emergencia
Ambulancia	5% del monto total después de deducible
Centro de cuidado urgente	$5.00
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados	5% del monto total después de deducible
Servicios de Internal Pacientes de Hospital	$150.00 después de deducible
Servicios de Rayos-x y laboratorio	$0.00 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 5% del total después del deducible para las pruebas principales de diagnóstico y rayos-x
Cirujano	5% del monto total
Anestesista	5% del monto total
Recetas médicas - Genéricos - De marca - No-PDL	 - $5.00 - 5% del monto total - 5% del monto total
Salud mental - Pacientes internados - Pacientes no internados	 - $150.00 después de deducible - $0.00
Tratamiento residencial	5% del monto total después de deducible (limite por año de 25 días)
Terapia física	$5.00 (limite por año de 20 visitas)
Servicios de quiropráctica	No están cubiertos
Cuidado a domicilio y hospicio	5% del monto total después de deducible
Equipo medico y provisiones	5% del monto total después de deducible
Educación de diabetes	$0.00
Examen visual	$5.00 (limite por año de 1 visita)
Examen auditivo	$5.00 (limite por año de 1 visita)
BENEFICIOS DENTALES	
Deducible	$0.00
BENEFICIOS PRINCIPALES - Preventivos, Servicios Básicos y Principales al año, por niño	$1,000.00 anual, por cada año
SERVICIOS PREVENTIVOS - Exámenes de rutina y limpieza (2 por año), rayos-x	$0.00
SERVICIOS BASICOS - Amalgama, extracciones, cirugia oral, endodoncias, periodoncias	5% del monto total
SERVICIOS PRINCIPALES - Coronas, puentes, dentaduras	5% del monto total
ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA**	5% del monto total ($1,000 por vida máxima)
ESPECIALISTAS - Endodontistas, cirujanos ortodontistas, periodontistas, odontopediátricos	5% del monto total

* CHIP le enviará una carta de aprobación, diciéndole la cantidad aproximada máxima que usted tendrá que pagar de su bolsillo por su familia.

** Los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual y requiere la autorización previa.

Co-pagos de Plan C	
Máximo de su bolsillo	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales*
Cuota/tarifa	$75.00 por familia/cada tres meses
Condición previamente existente	No período de espera
BENEFICIOS DE MÉDICOS	
Deducible	$500.00 por niño/$1,500.00 por familia
Exámenes para niños sanos	$0.00
Vacunas	$0.00
Visitas al doctor	$25.00
Visitas al especialistas	$40.00
Visitas a la sala de emergencia	$300.00
Ambulancia	20% del monto total después de deducible
Centro de cuidado urgente	$40.00
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados	20% del monto total después de deducible
Servicios de Internal Pacientes de Hospital	20% del monto total después de deducible
Servicios de Rayos-x y laboratorio	$0.00 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 20% del total después del deducible para las pruebas principales de diagnóstico y rayos-x
Cirujano	20% del monto total
Anestesista	20% del monto total
Recetas médicas - Genéricos - De marca - No-PDL	 - $15.00 - 25% del monto total - 50% del monto total
Salud mental - Pacientes internados - Pacientes no internados	 - 20% del monto total después de deducible - $0.00
Tratamiento residencial	20% del monto total (limite por año de 25 días)
Terapia física	$40.00 (limite por año de 20 visitas)
Servicios de quiropráctica	No están cubiertos
Cuidado a domicilio y hospicio	20% del monto total después de deducible
Equipo medico y provisiones	20% del monto total después de deducible
Educación de diabetes	$0.00
Examen visual	$25.00 (limite por año de 1 visita)
Examen auditivo	$25.00 (limite por año de 1 visita)
BENEFICIOS DENTALES	
Deducible	$50.00 por niño/$150.00 por familia
BENEFICIOS PRINCIPALES - Preventivos, Servicios Básicos y Principales al año, por niño	$1,000.00 anual, por cada año
SERVICIOS PREVENTIVOS - Exámenes de rutina y limpieza (2 por año), rayos-x	$0.00
SERVICIOS BASICOS - Amalgama, extracciones, cirugia oral, endodoncias, periodoncias	20% del monto total después de deducible
SERVICIOS PRINCIPALES - Coronas, puentes, dentaduras	50% del monto total después de deducible
ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA**	50% del monto total ($1,000 por vida máxima)
ESPECIALISTAS - Endodontistas, cirujanos ortodontistas, periodontistas, odontopediátricos	Hable con su plan dental para una estimación de gastos adicionales.

* CHIP le enviará una carta de aprobación, diciéndole la cantidad aproximada máxima que usted tendrá que pagar de su bolsillo por su familia.

** Los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual y requiere la autorización previa.

Máximo de su Bolsillo

¿Cuál es la cantidad máxima que deberé pagar?

No pagará más del 5% de los ingresos de su familia por el costo de los deducibles en cada plaza de beneficios. Los gastos incluyen deducibles, las primas y copagos, debidas por los servicios cubiertos por CHIP. DWS le enviará una carta de aprobación, diciéndole aproximadamente el costo máximo que tendrá que pagar por su familia.

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

Una vez que alcanzó el 5% máximo, su familia ya no tendrá co-pagos por ese plazo de beneficios.

¿Cuándo debo empezar a hacer un seguimiento de mis gastos de bolsillo?

Empiece un registro el mismo día que hijo es elegible para CHIP. Nosotros hemos incluido una forma para ayudarle a hacer un seguimiento de los gastos cada año. Vea la Formulario de Reclamo de Máximo de su Bolsillo en la página 31.

¿Cuáles son las fechas para empezar a contar el plazo de beneficios?

- Su hijo ya no califica para CHIP
- Usted solicita una revisión temprana de su elegibilidad
- Su hijo es elegible para Medicaid
- Su hijo califica para un mejor plan CHIP o reducción de primas trimestres de CHIP

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

- Cada vez que abona un co-pago, escriba la información en el Formulario de Reclamo de Máximo de su Bolsillo en la página 31.
- Una vez que los co-pagos suman su 5% máximo o más, envíe por correo o fax el formulario de reclamo completo a: BMHC-CHIP, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
  Fax: 801-538-6099

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

¿Qué sucede después?

- CHIP se asegurará que haya alcanzado el 5% máximo en costos de bolsillo.
- Si usted ya ha recibido el máximo beneficio por el plazo de beneficios CHIP le enviará una carta verificando el pago máximo de su bolsillo por ese plazo de beneficios y que usted no debe copagos hasta el fin del año en que ha recibido beneficios.
- Se puede usar esta carta para mostrar a su doctor que no debe un copago hasta que recibe una nueva tarjeta.
- Su plan de salud le enviará una nueva tarjeta médica que demuestre que ningun copado es debido, si cumples con su máximo de su bolsillo antes de finalízar su actual plazo de beneficios.

¿Qué pasa si cambia mi ingreso?

Si su ingreso o el número de miembros de su familia cambia, usted podría calificar para bajar el costo de su plan CHIP. Usted también podría calificar para un programa diferente de asistencia médica. Para saber, usted puede pedir una revisión temprana. Si usted todavía califica para CHIP, los siguientes cambios ocurren:

- Empieza un nuevo beneficio por doce meses
- Tendrá una pago máximo del 5% por copagos y deducibles
- La cantidad máxima del 5% empieza de nuevo
- Los copagos, deducibles y primas pagados en el previo año de beneficios y la cantidad máxima de pago de su propio bolsillo no se cuentan para el nuevo plazo de beneficios

RECURSOS

Servicios de Elegibilidad

Hable con un trabajador del departamento de elegibilidad llamando al Centro de Servicios de Elegibilidad al 1-866-435-7414. Usted también podría tener acceso a la información de su caso a través del internet, incluyendo su estatus de beneficios y verificaciones recibidos por DWS. Usted también podría conversar en línea con un trabajador de elegibilidad en: https://jobs.utah.gov/mycase

Un trabajador de elegibilidad de DWS puede también ayudarle si usted tienen miembros de su familia en Medicaid, Primary Care Networ (PCN), o Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP).

Encuentre Su Oficina Local de Servicios de Salud de los Indígenas Americanos

Name	Contact	Phone
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	Maure Keith	(435) 678-3601
Montezuma Creek Community Health Center	Darlene Eddie	(435) 651-3746
Monument Valley Health Center	Gilene Smith-Walker	(435) 727-3000
Navajo Mountain Health Center	Gilene Smith-Walker	(435) 727-3000
Northwestern Band of Shoshone Nation	Gayla Pena	(435) 734-2286
Paiute Indian Tribe of Utah	Laurel Yellowhorse (Outreach & Benefits)	(435) 586-1112 or 1-800-658-5340
	Shivwits Clinic	(435) 688-8198
	Cedar City Clinic	(435) 867-1520
	Koosharem Clinic	(435) 893-0977
	Kanosh Clinic	(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	Cecilia Bausch	(435) 725-4054
Family Group Decision Making Support Staff	Kaye Black	(435) 725-4876

CHIP
Asegurando a los Niños de Utah

Formulario de Reclamo de Máximo de su Bolsillo

El máximo de mis gastos de bolsillo es: $_____
Nombre del padre, madre o tutor: _____
Planes de Salud y Dental:_____

Le ofrecemos este formulario para ayudarlo a mantener un registro de los servicios médicos y dentales de sus hijos (vea página 24). Una vez que llega al máximo de sus gastos de bolsillo, devuelva este formulario a CHIP (vea a continuación). Complete una línea para cada co-pago o seguro compartido que tenga. No necesitará presentar comprobantes de pago, pero guárdelos para su benificio.

Usted podría someter las formas de reclamos hasta un año después de que se termine el año de beneficios en el cual ocurrieron los gastos.

Nombre del niño/niña	Fecha de visita o reclamo	¿Pagó usted esta factura? Si/No	Proveedor de atención médica/ Nombre y Dirección	Cantidad de Co-pagos o seguros compartidos
			Subtotal en esta página	

Total (de todas las páginas) $_____

Envíe el formulario a:
BMHC CHIP, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-538-6099
E-mail: chip@utah.gov

-Usted pude cortar y conservar esta página.

Nombre del niño/niña	Fecha de visita o reclamo	¿Pagó usted esta factura? Si/No	Proveedor de atención médica/ Nombre y Dirección	Cantidad de Co-pagos o seguros compartidos
			Subtotal en esta página	

Return form to:
CHIP, PO Box 143107, SLC, UT 84114-3107
Fax: 801-538-6952
E-mail: chip@utah.gov

-Usted pude cortar y conservar esta página.

-Usted pude cortar y conservar esta página.

CHIP
Asegurando a los Niños de Utah

Formulario de Selección del Plan de Salud

Una vez elegido el plan de salud, envíe este formulario por correo o por fax a su Representante del Programa de Salud (HPR); o vía e-mail a **chiphpr@utah.gov** con su elección sobre el plan y la siguiente información.

(Por favor escriba con letra clara.)

Número de caso		
Nombre del padre, madre o guardián legal	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
Nombre/s del niño/s	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
Información de contacto	(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)	
	(Número de teléfono durante el día)	(Celular)
	(Dirección de e-mail o de correo electrónico)	
Plan de Salud elegido	☐ SelectHealth	☐ Molina
Plan de Dental elegido	(Solamente para residentes de los Condados de Salt Lake, Utah, Weber y Davis) ☐ Premier Access	☐ DentaQuest

Nótese: Usted debe quedarse con el Plan de Salud que eligió hasta el 30 de junio de cada año.

Envíe el formulario a:
BMHC CHIP HPR, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-237-0743
E-mail: chiphpr@utah.gov

Nombre/s del niño/s	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento

Envíe el formulario a:
BMHC CHIP HPR, PO Box 143108
SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-237-0743
E-mail: chiphpr@utah.gov

-Usted pude cortar y conservar esta página.

Derechos y Responsabilidades del Afiliado a CHIP

Las Personas que son elegibles para CHIP tienen el derecho a:

- Recibir los beneficios correctos y a tiempo
- Recibir las notificaciones apropiadas si hay un cambio en los beneficios para los cuales califican
- Ser tratados con dignidad, cortesía y respeto
- Recibir información sobre los programas médicos incluyendo Medicaid y el programa de seguro de salud para los niños (Children Health Insurance Program). Cualquier persona puede ver una copia del manual que contiene las políticas para cada programa.

Sus responsabilidades como miembro inscrito en CHIP:

Usted debe reportar los siguientes cambios al Departamento de Work Force Services dentro de los diez días calendario siguientes al día en que se enteró de uno de los siguientes cambios:

- Su niño empieza a recibir cubrimiento bajo un plan de un grupo de salud u otro cubrimiento de seguro de salud.
- Usted obtiene acceso a cubrimiento de seguro de salud bajo un plan ofrecido por un empleador donde el costo de cubrimiento de su hijo es menor al 5% del ingreso familiar total de la cabeza de familia.
- Usted empieza a recibir cubrimiento u obtiene acceso a cubrimiento bajo un plan de seguro de salud para empleados del estado debido a que uno de los padres o el guardián legal obtiene empleo con el estado.
- El hijo que está inscrito se va de la casa o muere.
- El hijo inscrito o la persona que es cabeza de familia se va a vivir a otro estado.
- El hijo inscrito o la cabeza de familia cambia de dirección.
- El hijo inscrito entra a una institución pública o a una institución para enfermedades mentales.

Cualquier individuo que intencionalmente provea información falsa y la persona que completó la aplicación en beneficio del inscrito o afiliado en el programa, es responsable por repagar cualquier beneficio incorrecto que haya recibido el afiliado.

Departamento de Salud de Utah
División de Medicaid y Financiación de Salud

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA, REVELADA Y COMO UD. PUEDE OBTENERLA. POR FAVOR, LÉALA CON CUIDADO. Efectivo 1 Septiembre 2013

El Departamento de Salud, División de Medicaid y Financiamiento de la Salud (Division of Medicaid and Health Financing - DMHF) se compromete a proteger su información médica. La ley requiere que DMHF mantenga la privacidad de su información médica, proveerle de este Aviso de Normas de Privacidad y aceptar los términos de la misma.

PRÁCTICAS CONFIDENCIALES Y SUS USOS

DMHF puede usar su información médica para llevar acabo nuestro trabajo. Ejemplos:

Tratamiento – determinar apropiadamente la aprobación o negación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los administradores del DMHF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de asistencia médica para la necesidad médica si se trata de un cliente de Medicaid o para servicios cubiertos si se trata de un cliente de PCN, CHIP, o de UPP.

Pagos – determinar su elegibilidad con Medicaid, PCN, CHIP, o UPP y pagar a su proveedor de asistencia médica. Por ejemplo, su proveedor médico puede enviar los cobros al DMHF por los servicios médicos que Ud. obtuvo. Gestiones de Atención Médica - evaluar el desempeño del plan de salud o su proveedor médico. Por ejemplo, DMHF hace contratos con terceros quienes revisan archivos de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad del cuidado que Ud. recibió.

Propósitos de Información – darle buena información tales como planes alternativos de salud, programas de beneficios actuales, exámenes médicos gratis, e información de la protección al consumidor.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Ud. tiene derecho a:

- Solicitar restricciones en como podemos usar y compartir su información médica. Consideraremos toda solicitud de restricciones cuidadosamente pero no estamos sujetos a aceptar ninguna de ellas.
- Solicitar que nosotros usemos un numero de teléfono y dirección específicos para comunicarnos con Ud.
- Revisar y copiar su información médica incluyendo archivos y cuentas médicas. Posibles cobros. Bajo limitadas circunstancias podríamos negarle acceso a una parte de su información médica y Ud. podría solicitar una revisión de esta negación. *
- Solicitar correcciones o agregar nueva información a su archivo. *
- Cambiar su participación en el cHIE. Llame el cHIE por teléfono (801).466.7705), fax (801).466.7705), fax (801).466.7169), o a chie@uhin.org para cambiar su estado de participación.
- Solicitar un resumen de cierta información de salud entregada por nosotros. El resumen no incluye información entregada por tratamiento, pagos, gestiones médicas y alguna información requerida por la ley. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo indicado para este resumen el cual no debe exceder los seis años precedentes a su solicitud y excluye las fechas antes del 14 de abril del 2003. El primer resumen es gratis pero un cobro se aplicará si más de una petición es hecha durante un periodo de doce meses. *
- Solicitar copia de este aviso aunque Ud. esté de acuerdo de recibirlo en forma electrónica.
- Todas las solicitudes marcadas con asterisco (*) deben ser hechas por escrito. Comuníquese con el Oficial de Privacidad de DMHF para obtener los formularios apropiados de su solicitud.

COMPARTIENDO SU INFORMACIÓN MÉDICA

Existen limitadas situaciones donde se nos permite o requiere revelar información médica sin su firma de autorización. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar los programas de Medicaid, PCN, CHIP, y UPP y los siguientes:

- A nuestros socios del negocio que efectuan servicios a favor de nosotros. Requerimos que todos los socios del negocio apropiadamente salvaguardan su información de acuerdo con la ley aplicable;
- Como requirido por la ley. El usar y la divulgación será hecho para conformar completamente con las leyes aplicables que gobiernan la divulgación;
- Al Departamento de Salud para reportar enfermedades transmisibles, lesiones traumáticas, defectos de nacimiento, o para estádisticas demográficas, como un nacimiento o una muerte;
- Al director de la funeraria o una agencia de la donación de órganos cuando un paciente muere, o a un médico forense cuando sea apropriado para investigar una muerte sospechosa;
- A las autoridades estatales para reportar el abuso infantíl o el abuso de ancianos;
- A un organismo de seguridad del Estado para ciertas tipas de lesiones relacionadas con el delito, como lesiones por arma de fuego;
- Al Servicio Secreto o NSA para proteger, por ejemplo, el país o el presidente;
- Al fabricante de los dispositivos médicos, como requirido por la FDA, para controlar la seguridad de un dispositivo médico;
- A los funcionarios del corte o un tribunal administrativo como requerido por la ley, en repuesta a una orden o un a citación válida;
- A las autoridades gubernamentales para prevenir amenazas graves a la salud o la seguridad al público;
- A las agencias gubernamentales y otras partes afectadas, para reportar un incumplimiento de la privacidad de la información de salud;
- A un programa de compensación de trabajadores si una persona se lesiona en el trabajo y reclama beneficios bajo que programa.

Otros usos e informaciones no descritas en este informe requiere su autorización firmada. Por ejemplo, no usaremos su información de salud a menos que Ud. nos autoriza por escrito. Ud. puede revocar su autorización en cualquier momento con una nota por escrito.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD

DMHF es requerido por ley:

- Mantener la privacidad de su información médica
- Proveer esta información que describe las maneras en que nosotros podemos usar y compartir su información médica
- Notificarse a Ud. si su información de salud se vio afectada por una violación
- Continuar los términos de esta información actualmente en efecto

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer un nuevo Aviso de Normas de Privacidad de toda la información que tenemos. Avisos actuales serán publicados en las oficinas de DMHF y en nuestra página electrónica, http://health.utah.gov/hipaa. También puede solicitar copia de cualquier aviso contactando a su Oficial de Privacidad de DMHF a continuación:

PARA CONTACTARNOS

Si Ud. desea más información respecto a sus derechos de privacidad, o piensa que sus derechos de privacidad fueron violados, o no está de acuerdo con una decisión que nosotros tomamos para obtener su información médica, clientes del Medicaid, PCN, CHIP, y UPP deben contactar al Oficial de Privacidad de DMHF, Blake Anderson, 801-538-9925; 288 North 1460 West, 3rd floor, PO Box 143101, Salt Lake City, Utah, 84114-3101; blakeanderson@utah.gov.

Investigaremos todos los reclamos y no tomaremos en su contra por dichos reclamos.
Ud también puede enviar un reclamo por escrito a la Oficina de los Derechos Civiles:
Office of Civil Rights, 200 Independence Ave, S. W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201.

UTAH DEPARTMENT OF
HEALTH

La información en esta Guía para el Afiliado puede cambiar sin aviso. Esta guía contiene una breve descripción de cobertura y no es un contrato de póliza, cobertura o servicio. Una descripción detallada de la cobertura está disponible en guía para el afiliado de SelectHealth, Molina, Premier Access, y DentaQuest.

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